



UNDERSØGELSE AF ALKOHOLBEHANDLINGEN I DANMARK



Nordic
Healthcare
Group

SAMMENFATNING

I Finansloven 2023 blev der afsat midler til, at Sundhedsstyrelsen skulle foretage en grundig kulegravning af den offentligt finansierede alkoholbehandling, som blandt andet skal have fokus på selvbetaling på området, om der generelt ydes tilstrækkelig behandling samt inddragelse af kommuner, private behandlere og andre relevante organisationer.

Rådgivningsvirksomhederne Nordic Healthcare Group (NHG) og Decide har som led i Sundhedsstyrelsens kulegravning fået til opgave at gennemføre en grundig undersøgelse af den eksisterende alkoholbehandling i Danmark. Undersøgelsens formål har været at afdække følgende centrale områder: Personalets kompetencer og uddannelse, faglig kvalitet i alkoholbehandling, kortlægning af efterbehandling, brugeroplevet kvalitet og organisatorisk kvalitet, strukturelle faktorer og styringsmuligheder. Et særskilt formål med undersøgelsen har dertil været at opdatere resultaterne fra Sundhedsstyrelsens Servicetjek af den offentligt finansierede alkoholbehandling fra 2019. Derudover skal undersøgelsen inddrage nye analyser og vidensafdækninger med henblik på at beskrive udviklingen i kvaliteten af alkoholbehandlingen.

NHG's undersøgelse bygger på data indsamlet fra en række forskellige kilder, herunder følgegruppemøder afholdt i regi af Sundhedsstyrelsen, interviews med relevante faglige aktører på området samt med behandlingssteder (både offentlige, private og selvejende). Yderligere er der gennemført interviews med brugere i alkoholbehandling, en national spørgeskemaundersøgelse blandt behandlingssteder og dataanalyser fra det Nationale Alkoholbehandlingsregister gennemført af Sundhedsdatastyrelsen.

Denne sammenfatning samler op på de vigtigste fund inden for hvert af undersøgelsens udvalgte områder. Hvert område afdækkes i et selvstændigt kapitel i rapporten, som også inkluderer en uddybende sammenfatning.

Undersøgelsens analyse af personalekapacitet og kompetencer på alkoholbehandlingsstederne viser, at der fortsat er visse udfordringer med både antal ansatte og kompetenceprofiler hos personalet. I overvejende grad indikerer undersøgelsen, at de samme tendenser som i 2019 eksisterer i forhold til antallet af ansatte og tilgængelige kompetencer.

Særligt på behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland er der begrænset sundhedsfaglig dækning, hvilket kan udfordre behandlingskvaliteten. Desuden ses der et fald i sundhedsfaglige ressourcer siden 2019 på flere offentligt finansierede behandlingssteder. Slutteligt viser analysen på, at de privatfinansierede behandlingssteder har færre ansatte med sundhedsfaglige kompetencer. Samlet set peger analyserne på, at disse forskelle og problematikker i personalekapaciteten og kompetencerne i alkoholbehandlingen kan udfordre muligheden for at levere en behandling af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Undersøgelsens analyse af faglig kvalitet i behandlingen indikerer, at praksis og kvalitet varierer i nogen grad på tværs af behandlingsstederne. Størstedelen af de

offentligt finansierede behandlingssteder følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og nationale kliniske retningslinjer, mens andelen er væsentligt lavere blandt de privatfinansierede. Undersøgelsen indikerer i den forbindelse, at det kan være en udfordring i forhold til varierende kvalitet på behandlingsstederne, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer er af ældre dato. Det skyldes, at behandlingsstederne kan blive i tvivl om, hvorvidt de stadig er fagligt retvisende, og dermed hvilket grundlag de kan tilrettelægge behandlingen ud fra. Undersøgelsen peger desuden på, at visitationen til dag- og døgnbehandling varierer på tværs af kommuner. Tilmed viser undersøgelsen, at der er forskelle i hvilke behandlingstilbud og metoder, der er tilgængelige på behandlingsstederne, og at der både anvendes tilbud og metoder med dokumenteret effekt (fx pårørendetilbud, familieorienteret behandling og CRA) og uden (fx NADA akupunktur).

Der er fortsat et stort opsporingsgab, hvor borgere med behandlingsbehov overstiger antallet af borgere i behandling. Det tyder på, at der stadig eksisterer udfordringer med at få motiveret borgere til at opsøge behandling, hvilket blandt andet kan ske via andre aktører, såsom praktiserende læge, sygehuse og andre forvaltninger. Analysen indikerer, at samarbejdet mellem alkoholbehandlingen og disse øvrige aktører på nuværende tidspunkt er varierende på tværs af landet.

Undersøgelsen af efterbehandling viser, at efterbehandling som støtte til borgere efter endt behandlingsforløb er vigtig. Især efter døgnbehandling understreger brugere og behandlingssteder vigtigheden af en overgang til dag- eller ambulant behandling. Størstedelen af behandlingsstederne tilbyder efterbehandling, men omfanget og intensiteten varierer, og der er ikke fælles standarder for, hvordan et efterbehandlingsforløb af god kvalitet bør se ud. Den nationale kliniske retningslinje anbefaler også overordnet efterbehandling, men praksis er i dag varieret og tilpasses på behandlingsstederne, hvilket kan medføre et varieret tilbud til borgerne på tværs af landet.

Brugerundersøgelsen viser, at brugerne langt hen ad vejen er tilfredse med kvaliteten af den alkoholbehandling, som de har modtaget. Brugerinterviewene peger på, at valget om at komme i alkoholbehandling er vigtigere for brugeren end valget om hvilket sted, de skal i behandling. Yderligere kender flere ikke til deres rettigheder og muligheder i forhold til fritvalg og behandling hos forskellige typer af leverandører. Derudover indikerer undersøgelsen, at valget om selv at betale for behandling først og fremmest skyldes et specifikt ønske om at komme i døgnbehandling, enten fra brugeren selv eller deres pårørende. Hvad angår selve behandlingen, viser brugerperspektivet, at der er mange forskellige præferencer for type af behandlingssted og -tilbud. Brugere fremhæver især relationen til behandleren som en vigtig succesfaktor for deres behandlingsforløb. Dertil foretrækker brugerne, at deres pårørende inddrages i behandlingen.

Undersøgelsens analyse af de økonomiske og styringsmæssige udfordringer viser, at det særligt er problematisk for kommunerne at budgettere og styre udgifterne til offentligt finansieret *ambulant* alkoholbehandling. I den forbindelse viser undersøgelsen, at langt størstedelen af alkoholbehandlingen i Danmark er ambulant behandling, samt at den offentligt finansierede behandling dækker over omtrent 92 %

af den samlede alkoholbehandling i Danmark. Det betyder, at omfanget af egenbetaling i alkoholbehandlingen er småt.

Det er de forskellige vilkår og patientrettigheder, som udelukkende gælder den ambulante behandling (fx frit valg og selvhenvenderprincippet), der i kombination med den frie etableringsret og det forhold, at der ikke eksisterer klare definitioner af de forskellige behandlingstyper, som skaber disse udfordringer. Det betyder, at borgerne frit kan vælge ambulante behandlingstilbud med forskellig intensitet, kvalitetsniveau og pris. Da den ambulante behandling som nævnt udgør langt størstedelen af den samlede alkoholbehandling i Danmark, er det især vigtigt at forholde sig til de styringsmæssige udfordringer, som lovgivningen for ambulant alkoholbehandling afstedkommer.

Det er en udfordring for kommunerne at forudse omkostninger, da der ikke eksisterer gennemsigtige og standardiserede prissætningsmodeller blandt de offentligt finansierede behandlingssteder. Derudover viser undersøgelsen, at det forhold, at der ikke er en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende) kan skabe forskelle i serviceniveauet og priser på tværs af behandlingssteder. Yderligere viser undersøgelsen, at der alene indsamles nationale data fra offentligt finansierede behandlingssteder, hvilket skaber et ufuldstændigt datagrundlag, som begrænser det nationale overblik og hæmmer evalueringen af behandlingsindsatsen.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Baggrund og formål	7
1.1 Undersøgelsens datagrundlag	8
2. Introduktion til alkoholbehandling i Danmark	11
2.1 Alkoholforbrug i Danmark.....	11
2.2 Organiseringen af alkoholbehandling i Danmark.....	19
2.3 Beskrivelse af alkoholbehandling i Danmark	25
3. Personalekapacitet og kompetencer	32
3.1 Formål og baggrund.....	35
3.2 Personalekapacitet	36
3.3 Personalesammensætning og kompetencer	39
3.4 Den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling	48
3.5 Opsummering om personalekapacitet og kompetencer.....	52
4. Den faglige kvalitet i alkoholbehandlingen.....	55
4.1 Formål og baggrund.....	58
4.2 Opsporing og indgang til alkoholbehandlingsstederne	60
4.3 Grundlag for behandlingen.....	66
4.4 Opstart af behandling og den akutte behandling	68
4.5 Behandlingstilbud, -form og -metode.....	79
4.6 Sektorovergange.....	94
4.7 Opsummering om den faglige kvalitet i alkoholbehandlingen	96
5. Efterbehandling.....	104
5.1 Formål og baggrund.....	105
5.2 Retningslinjer for og evidens om efterbehandling.....	107
5.3 Praxis for efterbehandling i dag.....	108
5.4 Matchet mellem udbuddet og behovet for efterbehandling	114
5.5 Opsummering om efterbehandling	115
6. Brugeroplevet kvalitet.....	118
6.1 Formål og baggrund.....	120
6.2 Før behandlingsforløbet.....	121
6.3 Undervejs i behandlingsforløbet.....	129
6.4 Efter behandlingsforløbet	137
6.5 Opsummering om brugeroplevet kvalitet	140

7. Styring, struktur, kvalitet og prissætning.....	145
7.1 Formål og baggrund.....	148
7.2 De lovmæssige rammer for alkoholbehandling og udfordringer heraf.....	150
7.3 Godkendelse af offentligt finansieret alkoholbehandling og tilsynspraksis blandt alle alkoholbehandlingssteder	156
7.4 Rammerne for prissætning og budgetstyring af offentlig finansieret behandling	163
7.5 Data og dokumentation i alkoholbehandlingen	168
7.6 Opsummering om styring, struktur, kvalitet og prissætning	170
Bilag 1. Litteraturliste	175
Bilag 2. Metode	182
Bilag 1.1 Interviews og for- og følgegruppemøder med interessenter og eksperter	182
Bilag 1.2 Inddragelse af relevant litteratur	182
Bilag 1.3 Spørgeskemaundersøgelse blandt behandlingsstederne	182
Bilag 1.4 Casebesøg på behandlingssteder	185
Bilag 1.5 Interviews med almen praksis og akutmodtagelse.....	186
Bilag 1.6 Interviews med udbydere af den nye rusmiddeluddannelse	187
Bilag 1.7 Interviews med brugere	187
Bilag 1.8 Liste over identificerede behandlingssteder.....	190
Bilag 1.9 Følgegrupperepræsentanter.....	194

1

BAGGRUND OG FORMÅL

1. Baggrund og formål

Sundhedsstyrelsen skal foretage en grundig kulegravning af den eksisterende alkoholbehandling i Danmark. Det blev iværksat i Finansloven 2023, hvor det blev angivet, at:

"Der igangsættes en kulegravning af den offentligt finansierede alkoholbehandling. Kulegravningen vil bl.a. have fokus på selvbetaling på området, og om der generelt ydes tilstrækkelig behandling og inddrage kommuner, private behandlere og andre relevante organisationer. Aftalepartierne er enige om, at der afsættes 3,0 mio. kr. i 2024 til gennemførelse af kulegravningen." (Finansloven for 2023)¹

Rådgivningsvirksomhederne Nordic Healthcare Group (NHG) og Decide har som led i Sundhedsstyrelsens kulegravning fået til opgave at gennemføre en grundig undersøgelse af den eksisterende alkoholbehandling i Danmark.

Undersøgelsens formål har været at afdække følgende centrale områder:

- Introduktion til alkoholbehandlingen i Danmark
- Personalets kompetencer og uddannelse
- Faglig kvalitet i alkoholbehandling
- Kortlægning af efterbehandling
- Brugeroplevet kvalitet
- Organisatorisk kvalitet, strukturelle faktorer og styringsmuligheder

Et særskilt formål med undersøgelsen har været at opdatere resultaterne fra Sundhedsstyrelsens Servicetjek af den offentligt finansierede alkoholbehandling fra 2019. Derudover skulle undersøgelsen inddrage nye analyser og vidensafdækninger siden 2019 for at kunne beskrive den udvikling, der er sket i kvaliteten af alkoholbehandlingen.

Fordi kulegravningen jævnfør formuleringen i Finansloven også skulle afdække emner, som ikke blev afdækket i 2019, såsom selvbetaling og privatfinansierede behandlingssteder, skal NHG og Decides undersøgelse også bidrage med ny viden på områder, som ikke tidligere er blevet belyst. Således har undersøgelsen også særligt fokus på en udvidet analyse af det privatfinansierede marked for alkoholbehandling, samt om der er problemer for borgerne med at blive visiteret til et tilstrækkeligt behandlingstilbud gennem den offentligt finansierede alkoholbehandling², og om dette kan føre til et incitament i retning af øget brugerbetaling.

¹ Finansministeriet, 2023, s. 10-11. *Aftale mellem regeringen og Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Radikale Venstre og Dansk Folkeparti om finansloven for 2023.*

² Visitationen til alkoholbehandling gælder kun for dag- og døgnbehandling. Således er det ikke nødvendigt med visitering til ambulant behandling.

1.1 Undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsen er blevet gennemført i perioden april 2024 til oktober 2024 og har inkluderet følgende dataindsamlingsmetoder:

- To følgegruppemøder med en bred kreds af interessenter på alkoholbehandlingsområdet (afholdt af Sundhedsstyrelsen)
- Formøder med relevante interessenter (afholdt af Sundhedsstyrelsen)
- Interviews eller møder med repræsentanter fra Social- og Boligstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Forsikring og Pension, Dansk Erhverv, Selveje Danmark samt forskerne som Anette Søegaard, Professor MSO, Cand. phil, ph.d. og Torben Tranæs, Forskningsdirektør VIVE, ph.d. i økonomi.
- Casebesøg på alkoholbehandlingssteder, herunder interviews med ledere og medarbejdere
- Spørgeskemaundersøgelse til alle alkoholbehandlingssteder
- Brugerundersøgelse med interviews af borgere i alkoholbehandling
- Desk research i eksisterende litteratur og undersøgelser
- Interviews med almen praktiserende læger og akutmodtagelser
- Dataanalyser fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Lægemedelstatistikregisteret (LSR), Landspatientregisteret (LPR), Sygesikringsregisteret (SSR) og DREAM udført af Sundhedsdatastyrelsen

Undersøgelsen er designet ud fra et overordnet ønske om at kunne sammenligne resultaterne med COWI og Decides afdækning af den offentligt finansierede behandling fra 2019. Det har især haft metodiske konsekvenser for udsendelsen og opgørelsen af den nationale spørgeskemaundersøgelse. For det første har det betydet, at vi har valgt at udsende den nationale spørgeskemaundersøgelse til besvarelse af hvert enkelt behandlingssted frem for til den overordnede leverandør (se begrebsafklaring i boksen nedenfor). For det andet har det betydet, at vi har opdelt behandlingsstederne i tre typer af behandlingssteder: 1) Offentlige behandlingssteder, som er kommunale eller regionale, 2) Offentligt finansierede private behandlingssteder, som både inkluderer selvejende og private behandlingssteder, og 3) Private behandlingssteder, som er rent privatfinansierede. I 2019-afdækningen er der data på de to første grupper, og fordi selvejende og private behandlingssteder med offentlig finansiering er slået sammen i 2019-afdækningen, er de for at opretholde sammenlignelighed også slået sammen i opgørelsen af NHG's spørgeskemaundersøgelse³. De privatfinansierede behandlingssteder indgik ikke i 2019-afdækningen, og derfor indgår disse spørgeskemabesvarelser ikke, når der sammenlignes med 2019.

En samlet metodebeskrivelse fremgår af Bilag 2.

³ På følgegruppemødet blev der gjort opmærksom på, at der er visse udfordringer forbundet med at sammenlægge selvejende og private behandlingssteder med offentlig finansiering i én kategori. Det skyldes, at de selvejende behandlingssteder ifølge følgegruppen skiller sig ud fra de private ved dels primært at inkludere behandlingssteder, som udelukkende udfører offentligt finansieret behandling, og altså udelukkende udfører behandling ud fra samarbejdsaftaler med kommuner. Dels ved at de er nonprofitorganisationer.

Boks 1

Leverandør: En samlet betegnelse for en leverandør af alkoholbehandling, som kan have flere afdelinger. Betegnelsen indebærer således en koncernlignende struktur. Betegnelsen bruges om leverandøren og dennes afdelinger samlet set. Det kan for eksempel være leverandører som Novavi, Tjele, KABS eller Alfa, der har underafdelinger eller satellitlokationer flere steder i landet. Betegnelsen vil især dække over private eller selvejende behandlingssteder, men i enkelte tilfælde også større kommuner, som kan have forskellige behandlingssteder. NHG's afdækning har identificeret 113 leverandører af alkoholbehandling.

Behandlingssted: Anvendes om hver lokalafdeling, satellitlokation eller matrikel, for eksempel Novavi Lyngby. Det er således det laveste niveau af granularitet. NHG's afdækning har identificeret 162 alkoholbehandlingssteder.

Typer af behandlingssteder: 1) Offentlige behandlingssteder, som er kommunale eller regionale, 2) Offentligt finansierede private behandlingssteder, som både inkluderer selvejende og private behandlingssteder, og 3) Private behandlingssteder, som er rent privatfinansierede.

Behandlingstype: Anvendes for at skelne mellem ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Behandlingstilbud: Anvendes om de konkrete tilbud, som hvert behandlingssted har. For eksempel kan et behandlingssted have et tilbud om forløb til pårørende af personer med alkoholafhængighed eller et tilbud om onlinebehandling.

Ovenstående er mundet ud i følgende rapport til Sundhedsstyrelsen.

2

INTRODUKTION TIL ALKOHOL- BEHANDLINGEN I DANMARK

2. Introduktion til alkoholbehandling i Danmark

Dette baggrundskapitel skitserer danskernes alkoholforbrug og den eksisterende viden om konsekvenser ved et højt alkoholforbrug og -behandling. Derefter beskrives de overordnede organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer for alkoholbehandlingen i Danmark, samt hvilken type behandling der gennemføres.

2.1 Alkoholforbrug i Danmark

Dette afsnit vil beskrive konsekvenserne ved danskernes alkoholforbrug og antallet af borgere i alkoholbehandling i Danmark. Det baseres på data fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), udgivne rapporter om alkoholforbrug- og behandling i Danmark og Europa, samt indsamlet data fra NHG's undersøgelse.

Der bruges forskellige betegnelser til at beskrive borgeres alkoholforbrug. I løbet af rapporten kan der derfor fremgå forskellige termer, især når der refereres til andre undersøgelser. I udgangspunktet bruger rapporten *alkoholafhængighed*. Af boksen nedenfor fremgår en indledende begrebsafklaring om alkoholforbrug.

Boks 2 Begreber om alkoholforbrug

Alkoholafhængighed er defineret i den internationale diagnoseklassifikation ICD-10 som en neurologisk sygdom. Den er karakteriseret ved tilstedeværelse af mindst tre af følgende symptomer indenfor det seneste år: Alkoholtrang, kontroltab ved alkoholindtagelse, abstinenser, tolerance (større og større mængder alkohol er nødvendig for at opnå samme virkning), fortsat indtag trods kendt skadevirkning og at alkohol spiller en dominerende rolle i personens liv. Afhængighed kan afdækkes via AUDIT⁴.

Skadeligt forbrug af alkohol er kendetegnet ved, at personen har haft psykiske eller fysiske skader som følge af et stort alkoholindtag indenfor de sidste 12 måneder, men ikke opfylder kriterierne for afhængighed (ICD-10). Nogle personer med skadeligt forbrug af alkohol kan have udbytte af alkoholbehandling. Skadeligt forbrug kan også afdækkes via AUDIT.⁵

I befolkningsundersøgelser som den nationale sundhedsprofil kan spørgeskemaer anvendes til at afdække **"tegn på moderate alkoholproblemer"** og **"tegn på svære alkoholproblemer"** på befolkningsniveau, via CAGE-C-metoden⁶. Disse begreber kan ikke direkte sammenlignes med afhængighed og skadeligt forbrug, fordi de bygger på nogle andre parametre. Der er dog fælles karakteristika for personer, der

⁴ AUDIT står for Alcohol Use Disorders Identification Test og er udviklet af WHO. Testen er udviklet til at kunne identificere personer med et skadeligt alkoholforbrug. Alkoholscreening (AUDIT) åbner muligheden for at opspore og hjælpe borgere med et skadeligt alkoholforbrug.

⁵ Lægehåndbogen sundhed.dk, 2023. *Alkohol, overforbrug*.

⁶ CAGE-C metoden er effektiv til at identificere personer med alkoholproblemer og kan benyttes til at identificere personer med tegn på moderate alkoholproblemer og tegn på svære alkoholproblemer i den generelle befolkning via spørgeskemaundersøgelser.

indgår i grupperne "skadeligt alkoholforbrug" og "tegn på moderate alkoholproblemer" samt for grupperne "alkoholafhængighed" og "tegn på svære alkoholproblemer".

Derudover forholder befolkningsundersøgelser som den nationale sundhedsprofil og sygdomsbyrderapport sig ofte til antallet af personer, der binge-drikker (dvs. drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed) eller drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænse (10 genstande i løbet af en typisk uge). Mange af disse vil dog ikke have et behandlingskrævende alkoholforbrug.⁷

2.1.1 Danskernes alkoholforbrug og konsekvenser heraf

Danmark har det højeste forbrug af alkohol i Norden⁸ og den største andel af borgere, der binge-drikker minimum en gang om måneden i Europa.⁹

Et højt alkoholforbrug er forbundet med en øget risiko for en lang række sygdomme, herunder flere kræftformer, leverlidelser og sygdomme i fordøjelsessystemet samt en øget dødelighed.¹⁰ Derudover kan et højt alkoholforbrug føre til en lang række psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk, samt øge risikoen for arbejdsløshed, ulykker, vold og selvmord.¹¹

Ud over konsekvenserne for den enkelte, påvirker et stort alkoholforbrug også pårørende til borgere med et højt alkoholforbrug. Herunder vokser 109.000 børn, svarende til hvert tiende barn, op med forældre med alkoholproblemer.¹²

Dertil kommer de konsekvenser et højt alkoholforbrug har på samfundsøkonomien. Dette ses både gennem ekstra sundhedsomkostninger til behandling, pleje og medicin, men også gennem tabt produktivitet relateret til sygefravær, fravær fra arbejdsmarkedet generelt, herunder førtidspension, og for tidlig død¹³.

I Sundhedsstyrelsens rapport om sygdomsbyrden i Danmark blev det estimeret, at 135.998 personer i Danmark levede med alkoholrelateret sygelighed i 2017 og 2018. Alkoholrelateret sygelighed er socialt ulige fordelt blandt den danske befolkning og er højere blandt personer med kortere uddannelse. Dertil er der en overrepræsentation af mænd - både blandt personer, der har et skadeligt alkoholforbrug, og blandt personer ramt af alkoholrelateret sygelighed.¹⁴

⁷ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, (2022). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*.

⁸ Sundhedsstyrelsen, 2021. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021*.

⁹ eurostat, 2021. *Alcohol consumption statistics*.

¹⁰ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020. *Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens*.

¹¹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2022. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*.

¹² Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Antal danskere med et alkoholproblem – En analyse baseret på screeningsværktøjet CAGE-C*.

¹³ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2022. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*.

¹⁴ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2022. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*.

2.1.2 Borgere i alkoholbehandling i Danmark

Borgere i behandling i 2023

I 2023 var der 25.339 borgere i offentligt finansieret alkoholbehandling, hvilket er det højeste antal siden 2008.¹⁵

Det samlede omfang af borgere i alkoholbehandling i Danmark i dag er ikke kendt, da der alene er pligt til at indberette oplysninger om offentligt finansieret alkoholbehandling til alkoholbehandlingsregisteret, og der dertil kommer borgere i privat finansierede alkoholbehandling. NHG's undersøgelse samler derfor forskellige datakilder for at vise, hvor stort et område henholdsvis det offentlige og private marked dækker i 2023¹⁶.

NHG's opgørelse fremgår af Tabel 1, som viser, at der samlet set var minimum 27.479 borgere i behandling i 2023.¹⁷

NHG's kortlægning viser, at størstedelen af borgerne i alkoholbehandling i Danmark er i offentligt finansieret alkoholbehandling (cirka 92 %). Den privatfinansierede behandling fylder således højest sandsynligt med ovenstående forbehold under 10 % af den samlede behandling i Danmark. Det betyder, at omfanget af egenbetaling i alkoholbehandlingen er småt.

*Tabel 1 Oversigt over samlet antal borgere i alkoholbehandling i 2023 (Kilde: *Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og CPR-registeret pr. april 2024, Sundhedsdatastyrelsen, ** Forsikring & Pension, *** NHG's spørgeskemaundersøgelse 2024)*

Finansiering	Antal i 2023	Andel af samlet antal i behandling 2023
<i>Offentlig finansieret behandling*</i>	25.339	92%
<i>Privat forsikringsbetalt behandling**</i>	408	1%
<i>Privat selvbetalt behandling***</i>	1.732	6%
I alt i behandling i 2023	27.479	100 %

Note: Tallene dækker over ambulant, dag- og døgnbehandling og omfatter altså meget forskellige behandlingstyper. Fordi tallene er rundet op eller ned til nærmeste hele tal, summerer hver underkategori ikke til 100 % i alt.

De 27.479 borgere i alkoholbehandling i 2023 svarer til mindre end 1 % af befolkningen i Danmark. Samtidig viser den nyeste opgørelse, at der i 2021 var 67.000 danskere (ca. 1,1 % af befolkningen) med tegn på svære alkoholproblemer¹⁸, samt omkring 402.000 danskere (ca. 6 % af befolkningen) med tegn på moderate alkoholproblemer, der på den lange bane kan udvikle sig til et svært alkoholproblem. Selvom ikke alle disse borgeres alkoholforbrug vil være behandlingskrævende, indikerer det, at der

¹⁵ Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, u.å. Note: Antallet af unikke personer i behandling inkluderer både personer med oplyst CPR-nummer og personer, der er i anonym alkoholbehandling. Da man kan indskrives anonymt i alkoholbehandling, skal man derfor være opmærksom på, at den samme person kan optræde flere gange samme år.

¹⁶ Undersøgelsens metodiske grundlag er præsenteret og beskrevet i bilag 1.

¹⁷ Tallet må antages at være en smule større, da vi har opgjørt antallet af borgere i privat selvbetalt behandling via NHG's spørgeskemaundersøgelse. Det betyder, at antallet kun er opgjørt fra de privatfinansierede behandlingssteder, som har svaret på spørgeskemaet (11 ud af 21 behandlingssteder).

¹⁸ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Antal danskere med et alkoholproblem – En analyse baseret på alkoholscreeningsværktøjet CAGE-C.*

eksisterer en underbehandling på området, eller et såkaldt 'opsporingsgab' mellem borgere med et behandlingsbehov og borgere i behandling. Hvor stort alkoholområdets opsporingsgab i realiteten er, er vanskeligt endeligt at opgøre.

Opsporingsgabet afspejler blandt andet, at de borgere, der modtager alkoholbehandling i gennemsnit har haft et overforbrug af alkohol i 11 år, før de søger behandling.¹⁹ Det vil sige, at borgere i alkoholbehandling ofte har haft et behandlingskrævende forbrug i mange år forud for behandlingen.

Opsporingsgabet blev i Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling fra 2019 fremhævet som en af de største udfordringer på alkoholbehandlingsområdet.²⁰

Nedenfor præsenteres yderligere information om borgere i alkoholbehandling baseret på data fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Registret indeholder langt overvejende informationer om offentligt finansieret alkoholbehandling. Fordi det som nævnt er frivilligt for private behandlingsinstitutioner at indberette data til registret, er det generelt vurderet, at informationer fra NAB ikke er repræsentative for privat finansieret alkoholbehandling.

Beregnet skøn af antallet af borgere i forskellige behandlingstyper

Opgørelsen over antallet af borgere i behandling dækker over borgere i tre forskellige typer af behandling, der har varierende omkostninger og grader af intensitet (se mere herom i afsnit 2.3.1). I tabellen nedenfor har vi derfor forsøgt at beregne antallet af borgere i 2023 i offentligt finansieret alkoholbehandling på de tre typer af behandling, som de har været i.

Opgørelsen i Tabel 2 viser, at dag- og døgnbehandlingen samlet set udgør en lille andel af den offentlig finansieret alkoholbehandling. Således tyder data på, at langt størstedelen af borgerne i alkoholbehandlingen er i ambulant behandling (omtrent 97 %).

Antallet i ambulant behandling er fundet ved at tage totalen af antallet af borgere i behandling indregistreret i NAB i 2023 og fratrække antallet med en startdato for henholdsvis dag- og døgnbehandling. Der kan være borgere, der er i dag- og døgnbehandling i 2023, men som har haft en startdato i 2022, og desuden kan der være borgere, som har været i alle tre behandlingstyper og dermed vil tælle flere gange. Dertil kommer, at Sundhedsdatastyrelsen gør opmærksom på, at de normalt ikke laver opgørelser på baggrund af dag- og døgnbehandlingsregistreringerne, da de har en formodning om, at de er underrepræsenteret. Alligevel har vi i forbindelse med denne undersøgelse forsøgt at lave et regneeksempel for at kunne komme med et skøn på størrelsesordenen mellem de tre typer behandling. Det betyder, at der kan være udsving eller fejl i at opgøre antallet af borgere i ambulant behandling på denne måde, vi har gjort. Alt andet lige må vi dog antage, at antallet ligger cirka i denne

¹⁹ Sundhedsstyrelsen, 2015. *Alkoholstatistik 2015. Nationale data.*

²⁰ Sundhedsstyrelsen, 2019. *Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling.*

størrelsesorden, og at andelene i hver type af behandling må give et nogenlunde retvisende billede.

Tabel 2 Beregnet skøn over antallet af borgere i behandling i 2023 fordelt på behandlingstyper (Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og CPR-registeret pr. april 2024, Sundhedsdatastyrelsen)

	Antal i 2023	Andel
Ambulant behandling	25.270	97%
Dagbehandling	537	2%
Døgndbehandling	189	1%
Total	25.996	100%

Note: Tabellen viser alle borgere, hvis behandling er indregistreret i NAB (offentligt - såvel som privatfinansieret). NAB indeholder primært data på borgere i offentlig finansiering, da der kun er registreringspligt på disse. NAB indeholder dog også data om en lille andel selvbetalere, arbejdspladsbetalte, 'andre' og uoplyst finansiering, og tabellen dækker også over disse.

Udvikling i og sammensætning af borgere i offentligt finansieret behandling

Af Tabel 2 fremgår det, at antallet af borgere i offentligt finansieret alkoholbehandling er næsten fordoblet fra 2008 til 2023. Således er der sket en stigning fra 13.048 borgere i alkoholbehandling i 2008 til 25.996 borgere i 2023.

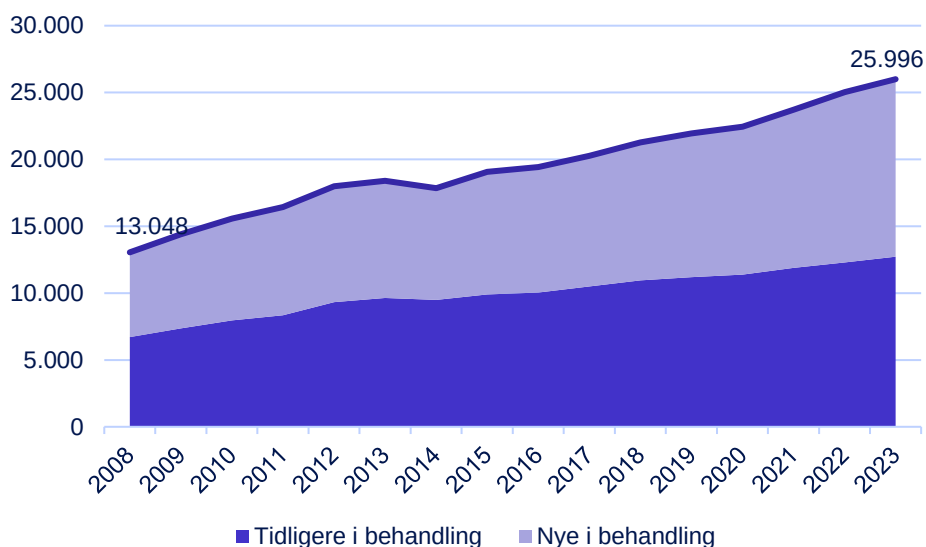
Figuren viser tilmed udviklingen i antallet af personer, som selv angiver, at de tidligere har været i behandling. "Tidligere i behandling" dækker over personer, som selv angiver, at de tidligere har været i behandling, mens "Nye i behandling" dækker over personer, som ikke har angivet dette.²¹

Over den 15-årige periode fra 2008 til 2023 ligger andelen af borgere, som selv angiver, at de tidligere har været i behandling nogenlunde stabilt på omkring halvdelen af det samlede antal borgere i behandling, med et lille fald fra 51 % til 49 %.

Stigningen i det samlede antal borgere kan forklares af, at der er flere borgere, der kommer i behandling i 2023 end i 2008, og samtidig, at borgerne i gennemsnit er i alkoholbehandling i længere tid i 2023, end i 2008 (se mere om længden på behandlingsforløb i Kapitel 4).

²¹ Vi gør opmærksom på, at der kan være visse usikkerheder forbundet med analysen, fordi den er baseret på selvrapporteret data, og der kan være stor forskel på en borgers fortolkning af spørgsmålet. En borgers oplevelse af at have været i "tidligere behandling" kan for eksempel inkludere andre behandlinger end alkoholbehandling, hvilket ikke er hensigten med datapunktet.

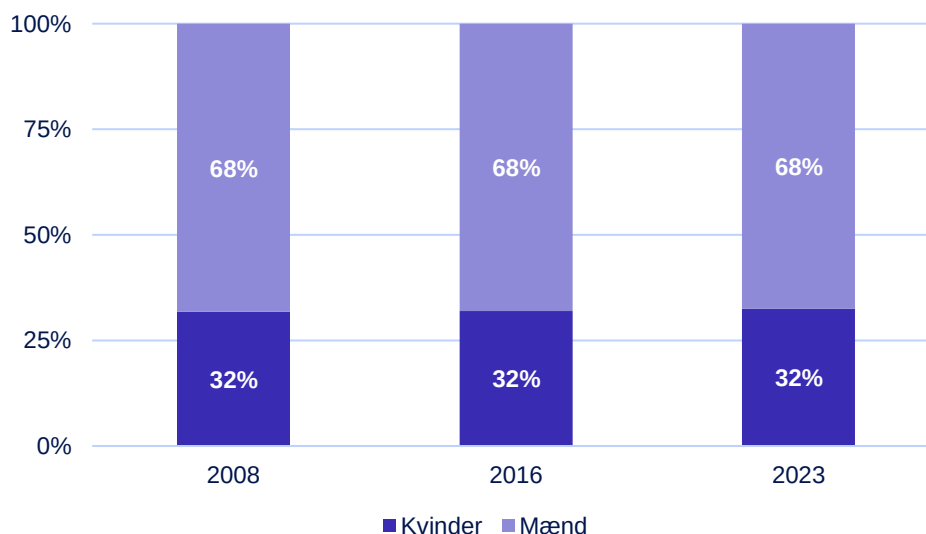
Figur 1 Antal personer i offentligt finansieret alkoholbehandling opgjort på tidligere i behandling eller nye i behandling (Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og CPR-registeret (pr. 20. marts 2024), Sundhedsdatastyrelsen)



Note: Antallet af unikke personer i behandling inkluderer både personer med oplyst CPR-nummer og personer, der er i anonym alkoholbehandling. Da man kan indskrives anonymt i alkoholbehandling, kan den samme person optræde flere gange samme år. Antallet af personer, der var i alkoholbehandling i 2023, er defineret som alle unikke personer, der har et aktivt behandlingsforløb i løbet af 2023. Da man kan være indskrevet i flere år, kan den samme person også tælle med i flere år. "Tidligere i behandling" angiver personer, som selv oplyser, at de tidligere har været i behandling. "Nye i behandling" er fundet ved at fratrække det samlede antal personer i behandling med "tidligere i behandling".

Figur 2 viser kønsfordelingen af borgere i alkoholbehandling i Danmark. Det er en generel tendens siden 2008, at mænd udgør cirka to tredjedele af borgerne i behandling, mens kvinder udgør en tredjedel. Det betyder, at der er mere end dobbelt så mange mænd som kvinder, der modtager alkoholbehandling i Danmark.

Figur 2 Andel kvinder og mænd i alkoholbehandlingen i 2008, 2016 og 2023. (Kilde: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og CPR-registeret (pr. 20. marts 2024), Sundhedsdatastyrelsen)



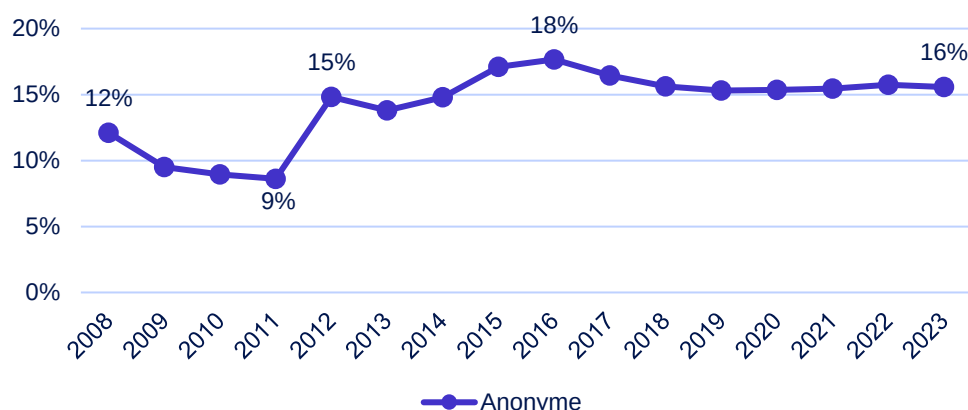
Note: Antallet af unikke personer i behandling inkluderer både personer med oplyst CPR-nummer og personer, der er i anonym alkoholbehandling. Da man kan indskrives anonymt i alkoholbehandling, kan den samme person optræde flere gange samme år. Antallet af personer, der var i alkoholbehandling i

2023, er defineret som alle unikke personer, der har et aktivt behandlingsforløb i løbet af 2023. Da man kan være indskrevet i flere år, kan den samme person også tælle med i flere år.

Ser vi på andelen af det samlede antal borgere i alkoholbehandlingen, som er indskrevet anonymt, fremgår det, at der siden 2008 har været en lille stigning (se Figur 3).

I 2023 var der således 4.051 borgere indskrevet anonymt i behandling, hvilket svarer til cirka hver sjette borger i behandlingen eller 16 %. I 2008 var 1.580 borgere i anonym behandling, svarende til en andel på 12 %. Det er ikke muligt at sige, hvad denne stigning skyldes, men anonymitetsrettigheden belyses nærmere i kapitel 7.

Figur 3 Andel af det samlede antal borgere i alkoholbehandlingen, som er anonymt indskrevet (Kilde: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og CPR-registeret (pr. 20. marts 2024), Sundhedsdatastyrelsen).



Note: Antallet af unikke personer i behandling inkluderer både personer med oplyst CPR-nummer og personer, der er i anonym alkoholbehandling. Da man kan indskrives anonymt i alkoholbehandling, kan den samme person optræde flere gange samme år. Antallet af personer, der var i alkoholbehandling i 2023, er defineret som alle unikke personer, der har et aktivt behandlingsforløb i løbet af 2023. Da man kan være indskrevet i flere år, kan den samme person også tælle med i flere år.

Siden 2008 har størstedelen af borgere i alkoholbehandling været mellem 40 og 59 år. Samtidig har der været en udvikling i fordelingen af borgere i andre aldersgrupper, og herunder en stigning blandt især de yngste og ældste aldersgrupper. I 2008 udgjorde borgere under 25 eller over 69 år tilsammen 4 % af borgerne i behandling. I 2023 udgjorde borgere under 25 år 5 %, og borgere over 69 år 4 % af det samlede antal borgere i behandling²². Sammenlignet med 2008 er der således i 2023 en bredere fordeling af borgere på tværs af aldersgrupper.

Størstedelen af borgere i offentligt finansieret alkoholbehandling (46 %) er enten midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet, mens to ud af fem (40 %) er tilknyttet

²² Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og CPR-registeret pr. april 2024, Sundhedsdatastyrelsen, u.å. Note: Alder er opgjort som personens alder ved indskrivning i alkoholbehandling. Alderen beregnes på baggrund af borgerens CPR-nummer og indskrivningstidspunktet. Antallet af personer der var i alkoholbehandling i 2023, er defineret som alle unikke personer, der er indskrevet i alkoholbehandling i 2023 samt alle personer, der blev indskrevet før år 2023, men som først blev udskrevet i løbet af 2023 eller senere. Antallet af borgere på 15 år og derover i de forskellige aldersgrupper er opgjort pr. 1 januar i opgørelsesåret. Samme person kan tælle med flere behandlingsforløb over årene, men dog kun med ét behandlingsforløb indenfor samme år. Anonyme borgere gives et behandlings-ID og unikke behandlings-ID'er tæller med i opgørelsen. Hvis den samme person har flere anonyme behandlingsforløb i året, kan disse tælle med dobbelt i året.

det ordinære arbejdsmarked eller er uddannelsessøgende. De resterende 14 % inkluderer personer, der ikke er arbejdsdygtige eller er døde eller udvandrede.²³

Fra 2008 til 2023 er andelen af borgere i offentligt finansieret behandling, der anses som færdigbehandlede, steget fra 26 % til 38 % i 2023. Andelen har ligget på et nogenlunde stabilt niveau i årene fra 2020 til 2023. Andelen af borgere, hvis behandling afsluttes, fordi borgerne udebliver fra behandlingen, er i samme periode faldet fra 30 % i 2008 til 17 % i 2023.

Derudover har tendensen siden 2008 været, at cirka 5 % af borgernes behandlingsforløb afsluttes, fordi borgeren udskrives til anden institution, samt at cirka 17 % af behandlingsforløb afsluttes efter borgerens ønske.²⁴

Udvikling i og sammensætning af borgere i privatfinansieret behandling

Da der som nævnt ikke er indberetningspligt til det nationale alkoholbehandlingsregister for privatfinansieret alkoholbehandling, eksisterer der ikke systematisk indsamlet data om antallet af borgere i privatfinansieret alkoholbehandling. NHG har dog fået oplysninger fra Forsikring & Pension om de borgere, der er i behandling finansieret af privat sundhedsforsikring. Dette afsnit vil derfor fokusere på dem.

Baseret på de data, som NHG har haft adgang til, finansierer forsikringsmarkedet jævnfør tidligere Tabel 1 en lille del af det samlede antal borgere i alkoholbehandlingen (cirka 1 %). Det stemmer nogenlunde overens med den rolle, som forsikrings- og pensionsbranchen generelt varetager på det samlede sundhedsområde. Således udgør forsikrings- og pensionsbranchen i dag 2% af de samlede udgifter til sundhed (2022-tal)²⁵. De hjælper primært personer i arbejdsstyrken.

Tabel 3 viser dataene oplyst af Forsikrings- og pensionsbranchen og opgør udviklingen af antallet af borgere fra 2020 til 2023, som har fået finansieret alkoholbehandling af en privat sundhedsforsikring. I 2023 blev der finansieret 408 alkoholbehandlingsforløb via sundhedsforsikring eller arbejdsplads. Samtidig viser data, at der er sket en vækst over to år fra 2021 til 2023 på 36 %. Tallene er dog behæftet med usikkerhed.

Tabel 3 Antal alkoholbehandlinger finansieret af privat sundhedsforsikring (Kilde: Forsikring & Pension)

År	2021	2022	2023
Antal	299	356	408

²³Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, CPR-registeret u.å.; Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase DREAM (pr. 18. marts 2024), Sundhedsdatastyrelsen. Opgørelsen på arbejdsmarkedstilknytning er udelukkende lavet på den del af de indskrevne, som har kendt cpr-nummer dvs. at de anonyme indgår ikke i denne opgørelse.

²⁴Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og CPR-registeret pr. april 2024, Sundhedsdatastyrelsen. u.å.

²⁵Forsikring & Pension, 2023. *Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed*

Forsikrings- og pensionsbranchen oplyser, at det primært er mænd, der er i forsikrings- og pensionsfinansieret alkoholbehandling. I 2023 var der tre gange flere mænd end kvinder i alkoholbehandling finansieret af forsikrings- og pensionsbranchen. Det kan indikere, at der er en lidt større overvægt af mænd end kvinder i forhold til den offentligt finansierede behandling, hvor andelen var dobbelt så mange mænd som kvinder i behandling. Dertil oplyser Forsikrings- og pensionsbranchen, at borgerne ofte har en blandingsafhængighed²⁶, er yngre og typisk arbejder indenfor for eksempel håndværksfag og computerteknologi.

2.2 Organiseringen af alkoholbehandling i Danmark

Dette afsnit beskriver de organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer for alkoholbehandlingen i Danmark.

Med kommunalreformen i 2007 blev ansvaret for hele rusmiddelområdet overdraget til kommunerne. Det betyder, at kommunerne har ansvaret for at tilvejebringe alkoholbehandling til deres borgere. Der blev med kommunalreformen indført et enstrengt kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar ud fra et princip om, at kompetencer og økonomisk ansvar skal følges ad²⁷. Kommunen har i dag flere roller i forbindelse med udbuddet af offentligt finansieret alkoholbehandling. I dag er kommunen både en myndighed, leverandør af alkoholbehandling og indgår evt. samarbejdsaftaler med private leverandører af offentlig finansieret alkoholbehandling.

Kommunalreformen førte også til, at alkohol- og stofbehandling ofte organisatorisk blev lagt sammen i kommunerne i et samlet rusmiddelområde. I dag tilbyder 75 % af de offentlige og offentligt finansierede behandlingssteder både alkohol- og stofbehandling.²⁸

Alkoholbehandling er omfattet af vejledninger fra Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen. Den lovgivningsmæssige regulering af alkoholbehandlingsområdet er dog forholdsvis overordnet, hvilket giver kommunerne og behandlingsstederne stor frihed til selv at definere indhold og form af deres tilbud.

2.2.1 Typer og tilgængelighed af behandlingssteder

Mens kommunerne har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling til deres borgere, er det ikke et krav, at de selv skal udbyde den. Kommunerne kan således tilbyde alkoholbehandling ved at indgå aftaler med andre kommuner, regioner, selvejende eller private institutioner. Derfor eksisterer der også forskellige typer af behandlingssteder. Disse kan kategoriseres efter ejerform og finansieringsform.

På baggrund af **ejerforhold** skelnes overordnet mellem *offentlige*, *selvejende* og *private* alkoholbehandlingssteder.

²⁶ En blandingsafhængighed er en betegnelse for en afhængighed, der omfatter to eller flere rusmidler – fx samtidig brug af alkohol og kokain.

²⁷ Sekretariatet for Ekspertudvalget på socialområdet, 2023. *Analyse af markedet på socialområdet*.

²⁸ Tilbudsportalen, u.å.

Offentlige behandlingssteder dækker over kommunale og regionale behandlingssteder.

NHG's kortlægning viser, at 72 af kommunerne i dag selv udbyder alkoholbehandling på deres egne offentlige behandlingssteder. De resterende kommuner udbyder alkoholbehandlingen gennem fælleskommunale, regionale eller private behandlingssteder.

Der eksisterer i dag kun én regional leverandør af alkoholbehandling, i form af Center for Forsorg og Behandling i Region Hovedstaden, der tilbyder alkohol- og stofbehandling samt botilbud for hjemløse.²⁹ Center for Forsorg og Behandling er organiseret i to behandlingssteder i Hørsholm og Hillerød.

Selvejende alkoholbehandlingssteder dækker over behandlingssteder drevet af nonprofitorganisationer med afsæt i civilsamfundet, f.eks. fonde. De drives professionelt med uddannet og lønnet arbejdskraft i samspil med en bestyrelse og ledelse, hvor bestyrelsen har det overordnede ansvar for den selvejende institution. Ifølge NHG's kortlægning af alkoholbehandlingssteder eksisterer der i dag 26 selvejende behandlingssteder.

Private alkoholbehandlingssteder dækker over behandlingssteder drevet af private virksomheder. NHG's kortlægning har identificeret 49 private alkoholbehandlingssteder.

Tabel 4 viser et overblik over antallet af de forskellige typer af behandlingssteder opdelt på ejerform. Et samlet overblik over de identificeret behandlingssteder findes i Bilag 1.8.

Tabel 4 Oversigt over antal alkoholbehandlingssteder i Danmark, fordelt på ejerform (Kilde: NHG's kortlægning af behandlingssteder 2024)

Ejerform	Kommune	Region	Privat	Fond, selvejende, mv.	Total
Antal	85	2	49	26	162

Udover ejerform skelnes der mellem alkoholbehandlingsstedernes finansieringsform, da alkoholbehandling kan finansieres enten offentligt eller privat (se mere herom i afsnit 2.2.2 og 2.2.3).

Offentligt finansieret alkoholbehandling kan udbydes af et offentligt behandlingssted, eller hos private eller selvejende behandlingssteder, som har indgået en samarbejdsaftale med én kommune herom og er godkendt af Socialtilsynet. Når en kommune indgår en samarbejdsaftale med en privat eller selvejende leverandør, indgår den enkelte kommune en aftale om pris, ydelser og kvalitet. De aftalte vilkår er ikke kendt for andre kommuner. For nogle behandlingssteder med offentlig finansiering vil prisen for behandlingsforløbet dog være mulig at finde på Tilbudsportalen. Dette gælder dog ikke alle behandlingssteder. Der kan ikke konstateres nogen systematik i,

²⁹ Center for Forsorg og Behandling, u.å. *Center for Forsorg og Behandling*.

for hvilke behandlingssteder og -typer priser fremgår af Tilbudsportalen. Kommunen vil til en hver tid kunne tilbagekalde eller genforhandle denne samarbejdsaftale.

Privat finansieret alkoholbehandling kan kun udbydes af private eller selvejende behandlingssteder. Private eller selvejende behandlingssteder, som er godkendt til at udbyde offentligt finansieret alkoholbehandling, må gerne udbyde privat finansieret alkoholbehandling samtidig.

Behandlingssteder kan således være udelukkende offentligt finansierede, delvist offentligt finansierede, eller udelukkende privatfinansierede.

I nærværende afrapportering er private og selvejende behandlingssteder som nævnt lagt sammen under betegnelsen private behandlingssteder, medmindre andet er angivet. Dog skelnes der mellem, hvorvidt de udelukkende modtager privat finansiering eller er godkendt til offentlig finansiering.

Tabel 5 viser antallet af behandlingssteder, der er 1) Offentlige, dvs. udelukkende offentligt finansierede og offentligt ejet (af kommuner eller regioner), 2) Private (enten selvejende eller private i ejerform), som er helt eller delvist offentligt finansierede samt 3) Private, som er udelukkende privatfinansierede.³⁰

Tabel 5 Finansieringen af behandlingssteder (Kilde: NHG's kortlægning af alkoholbehandlingssteder)

Type behandlingssted	Offentligt behandlingssted	Offentligt finansieret privat behandlingssted	Privat finansieret behandlingssted	Total
Antal	87	54	21	162

NHG's kortlægning har derudover afdækket tilgængeligheden af behandlingssteder på tværs af landet. Tabellen nedenfor viser resultaterne af afdækningen og opgør antallet af behandlingssteder beliggende i hver region. Det fremgår, at der er markant flest behandlingssteder beliggende i Region Hovedstaden, hvilket i en vis grad kan forklares med det højere indbyggertal i regionen.

³⁰ Opgørelsen over finansieringsformer er baseret på data fra Tilbudsportalen og desk research.

Tabel 6 Regional fordeling af de identificerede behandlingssteder (Kilde: NHG's kortlægning af behandlingssteder, 2024 (desk research))

	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	Total
Offentligt behandlingstilbud	25	20	12	13	17	87
Privat behandlingstilbud med offentlig finansiering	28	7	4	4	11	54
Privat behandlingstilbud med privat finansiering	7	6	3	2	3	21
Antal identificerede behandlingssteder	60	33	19	19	31	162
Andel af samlede antal behandlingssteder	37 %	20 %	12 %	12 %	19 %	

2.2.2 Offentligt finansieret alkoholbehandling

Offentlig finansieret alkoholbehandling betyder, at behandlingen finansieres af borgerens hjemkommune under Sundhedslovens §141, og således er gratis for borgeren.

Den formelle markedsplads for udbud af offentligt finansieret alkoholbehandling er Tilbudsportalen, som hører under Social- og Boligministeriet.

Formålet med Tilbudsportalen er at sikre sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger om behandlingsstederne og deres tilbud såsom målgrupper, metoder, økonomi, takster, resultater og tilsynsrapporter.³¹ Formålet er at styrke den enkelte borgers grundlag for at kunne vælge et relevant tilbud, at understøtte tilsynsmyndighedernes arbejde, samt at understøtte lige konkurrence mellem private og offentlige leverandører.

For at blive godkendt som alkoholbehandlingssted, der kan indgå på Tilbudsportalen skal to forhold være på plads: 1) Mindst én kommune skal indgå en samarbejdsaftale med alkoholbehandlingsstedet³², og 2) Socialtilsynet skal godkende behandlingsstedet.

For at et alkoholbehandlingssted kan godkendes, kræver det, at der ansøges om godkendelse hos Socialtilsynet. Socialtilsynet i det pågældende område behandler derefter ansøgningen ud fra, om tilbuddet kan levere den nødvendige kvalitet - efter en lovbestemt kvalitetsmodel, der er udviklet af Social og Boligstyrelsen (jf. Lov om Socialtilsyn), og om tilbuddet lever op til en række økonomiske forhold. Hensigten med

³¹ Tilbudsportalen, u.å.

³² Dette krav er særligt for alkoholbehandlingssteder, og det gælder ikke for de øvrige sociale tilbud, der skal godkendes for at komme på Tilbudsportalen.

denne ordning er at sikre en vis kontrol og kvalitet af de alkoholbehandlingssteder, der kan opnå offentlig finansiering. Når behandlingsstedet er kommet på Tilbudsportalen, kan det udbyde sine ydelser til borgere i alle landets 98 kommuner.

2.2.3 Privatfinansieret alkoholbehandling

Privatfinansiering indebærer, at alkoholbehandlingen betales af enten borgeren selv, af borgerens sundhedsforsikring eller af arbejdsgivere.

Når borgerne opsøger hjælp til behandling gennem deres forsikring, foregår det enten i samarbejde med deres arbejdsgiver eller på egen hånd.³³ Forsikring og Pension erfarer, at borgerne ofte selv har fundet det behandlingssted, de gerne vil i behandling hos, eller også rådgiver forsikringen dem om, hvem de har aftaler med og finder egnede behandlingssteder.

Forsikringsmarkedet behandler som nævnt et meget lille udsnit af borgere sammenlignet med det samlede alkoholbehandlingsområde. Forsikringsbranchen hjælper primært personer i arbejdsstyrken og har et stort incitament for at bidrage til at forebygge alkoholafhængighed, da der er flere sygedage og tilkendte førtidspensioner blandt borgere med et højt alkoholforbrug.³⁴

2.2.4 Lovgivning og patientrettigheder

Alkoholbehandlingen i Danmark reguleres af sundhedsloven og omfatter både sundhedsfaglige og socialfaglige opgaver.

Personer, der har et ønske om at modtage alkoholbehandling, har jf. Sundhedslovens §141 fire primære rettigheder:

1. Tilbud om vederlagsfri (dvs. "gratis") alkoholbehandling
2. Garanti for at behandling iværksættes senest 14 dage efter at have søgt hjælp
3. Mulighed for frit valg af alkoholbehandlingssted, uanset hvor man bor. Det vil sige, at borgerens hjemkommune skal dække udgiften for alkoholbehandlingen, uanset om denne er foregået i eller uden for borgerens hjemkommune.
4. Mulighed for at henvende sig anonymt i ambulant alkoholbehandling

Princippet om anonymitet gælder ambulant alkoholbehandling og indebærer, at navn og CPR-nummer ikke fremgår af borgerens journal eller registreres i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Journalen kan dermed ikke videredeles til andre aktører i sundhedsvæsenet. Anonymiteten kan ikke opretholdes, hvis der ordineres medicin som led i alkoholbehandlingen. Borgeren kan ikke benytte retten til anonym ambulant behandling over for behandlingsstedet, hvis der ifm. behandlingen skal ordineres receptpligtige lægemidler, da alle recepter og medicinordinationer er knyttet op på CPR-nummer. Dog skal anonymiteten stadig opretholdes over for vedkommendes

³³ Forsikring & Pension, 2023. *Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed*.

³⁴ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2022. *Sygdomsbyrde i Danmark – risikofaktorer*.

kommune, såfremt der er ønske om dette.³⁵ Personer, der arbejder med alkoholbehandling, har tavshedspligt men også underretningspligt.

Fritvalgsordningen giver borgerne mulighed for frit at vælge, på hvilket offentligt finansieret ambulant alkoholbehandlingssted de vil modtage behandling. Det betyder også, at alkoholbehandlingssteder kan servicere borgere fra andre kommuner.

Derudover eksisterer der på alkoholbehandlingsområdet et selvhenvenderprincip, som betyder, at borgerne selv kan henvende sig direkte til behandlingsstederne med henblik på ambulant alkoholbehandling uden en henvisning fra en læge eller anden aktør.

Selvhenvenderprincippet gælder ikke dag- og døgnbehandling. Hvis borgeren således har behov for mere intensiv alkoholbehandling i form af dag- eller døgnbehandling, kræves en visitation fra borgerens hjemkommune. Kommunerne kan visitere til dag- og døgnbehandlingstilbud på behandlingssteder, der er godkendt til offentlig finansiering.

Med en visitation fra hjemkommunen kan borgerne også gøre brug af fritvalgsordningen og selv vælge mellem dag- og døgnbehandlingssteder, som er godkendt til offentlig finansiering. Det er en forudsætning, at borgeren vælger et dag- eller døgnbehandlingstilbud, som afspejler kommunens visitation.

2.2.5 Tilsyn

Alkoholbehandlingssteder i Danmark kan være underlagt to typer af tilsyn:

- Det **socialfaglige tilsyn**, som udføres af Socialtilsynet og vedrører overholdelse af Socialtilsynslovens §5.³⁶
- Det **sundhedsfaglige tilsyn**, som udføres af Styrelsen for Patientsikkerhed efter Sundhedslovens §213.³⁷

Socialtilsynet gennemfører tilsyn med alle offentlige alkoholbehandlingssteder samt private og selvejende alkoholbehandlingssteder, der har opnået eller ønsker at opnå godkendelse til offentlig finansiering³⁸. Socialtilsynet fører omvendt ikke tilsyn med de privatfinansierede behandlingssteder.

Socialtilsynet skal aflægge besøg ved et behandlingssteds ansøgning om godkendelse til offentlig finansiering, ved markante ændringer i organiseringen³⁹, samt mindst ét planlagt driftsbesøg om året – med mulighed for flere planlagte og ikke-planlagte kontrolbesøg.

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører et sundhedsfagligt tilsyn for at sikre patientsikkerheden på behandlingsstederne. Alle alkoholbehandlingssteder, der

³⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2023). *Folketingets Socialudvalg*.

³⁶ Social- og Boligstyrelsen, u.å. *Fem kommunale socialtilsyn*.

³⁷ Styrelsen for Patientsikkerhed, u.å. *Tilsyn*.

³⁸ En samarbejdsaftale varer 4 år.

³⁹ Markante ændringer dækker bl.a. over flytning til nye lokaler, omorganisering eller oprettelse af en ny afdeling.

udfører sundhedsfaglig behandling⁴⁰, er underlagt det sundhedsfaglige tilsyn – uanset finansieringstype og ejerform på behandlingsstedet. Det vil sige, at privatfinansierede behandlingssteder med sundhedsfaglig behandling ligesom de offentligt finansierede behandlingssteder vil være underlagt tilsyn af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det sundhedsfaglige tilsyn gennemføres ikke årligt, men efter en risikobaseret tilsynsmodel, der er baseret på stikprøve, samt reaktivt ved bekymringshenvendelser. Det Sundhedsfaglige tilsyn har mulighed for strakslukning af behandlingssteder, hvis de observerer fare for borgerens sundhed. I 2023 gennemførte det sundhedsfaglige tilsyn 22 tilsyn på 20 behandlingssteder i Danmark.

Ovenstående viser, at forskellige forhold afgør, hvilke tilsyn et behandlingssted er underlagt. I Tabel 7 opsummeres de typer tilsyn, som forskellige behandlingssteder er underlagt.

Tabellen viser, at behandlingssteder med offentlig finansiering er underlagt de samme tilsynstyper uanset deres ejerform, altså uanset om de er offentlige, private eller selvejende. Tabellen illustrerer tilmed, at privat finansierede behandlingssteder, der ikke udfører sundhedsfaglig behandling, ikke er underlagt nogen tilsyn. Selvom tilbuddene er privatfinansierede, kan der være en problematik i, at leverandører, som angiver at have behandlingstilbud til en gruppe af danske borgere med sundhedsskadelige udfordringer, ikke er underlagt nogen tilsyn.

Tabel 7 Oversigt over hvilke typer tilsyn forskellige behandlingssteder er underlagt

Type behandlingssted	Udfører sundhedsfaglig behandling			Udfører ikke sundhedsfaglig behandling		
	Offentligt	Offentligt finansieret privat	Privat finansieret	Offentligt	Offentligt finansieret privat	Privat finansieret
Underlagt socialfagligt tilsyn?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Underlagt sundhedsfagligt tilsyn?	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej

2.3 Beskrivelse af alkoholbehandling i Danmark

Dette afsnit vil give en introduktion til de overordnede typer af alkoholbehandling i Danmark, samt til indholdet af et behandlingsforløb og borgerens mulige veje til alkoholbehandling.

⁴⁰ Alkoholbehandlingssteder med sundhedsfaglig behandling referer til alkoholbehandlingssteder, som er registreret som en sundhedsfaglig virksomhed; udfører sundhedsfaglig behandling; har sundhedspersoner ansat eller har personer ansat, der udfører sundhedsfaglig behandling under ansvar af en autoriseret sundhedsperson

2.3.1 Typer af behandling

Der udbydes tre grundlæggende typer af alkoholbehandling i Danmark i dag:

1. Ambulant behandling
2. Dagbehandling
3. Døgnbehandling

Intensiteten af de tre behandlingsformer er stigende. Ved opstart af behandlingen anbefales det, at borgeren får en screening for somatisk og psykiatrisk komorbiditet, som indebærer en læge- eller sundhedsfaglig vurdering. Afrusning og medicinsk behandling forudsætter desuden en lægefaglig vurdering.

Ambulant behandling indebærer den mindste indgriben i borgerens liv, da borgeren kan bo hjemme, passe sine almindelige gøremål og arbejde.

Dagbehandling er mere indgribende end ambulant behandling og foregår typisk tre til fem dage om ugen af flere timers varighed ad gangen over en periode på nogle uger. I dagbehandling bor borgeren også hjemme, men indgår i et intenst forløb, hvor det for eksempel kan være vanskeligt at opretholde et fuldtidsarbejde ved siden af.

Borgere i døgnbehandling bor og overnatter i en kortere eller længere periode (typisk mellem fire uger og seks måneder) på et alkoholbehandlingssted og tages dermed ud af deres hjem og hverdag.⁴¹

I Tabel 8 nedenfor opsummeres de primære forskelle mellem de tre behandlingstyper.

Tabel 8 De tre grundlæggende typer af alkoholbehandling i Danmark

	Ambulant behandling	Dagbehandling	Døgnbehandling
Antal samtaler om ugen	Ca. 1 gang	3-5 gange	Mulighed for mange
Varighed samtaler/sessioner	Ca. 1 time	3-4 timer	Varierer
Intensitet⁴²	Ydelse mindst to gange om måneden og højst otte gange om måneden	Ydelse mere end otte gange om måneden i ambulant regi	Ydelse hele døgnet i minimum en måned
Borger overnatter i eget hjem	Ja	Ja	Nej
Krav om visitering	Nej	Ja	Ja

⁴¹ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*.

⁴² Alkohol & Samfund. (2020). *Hvilken alkoholbehandling virker (bedst)?*.

Figur 4 viser, hvor stor en andel af de identificerede behandlingssteder, der udbyder de forskellige typer af alkoholbehandling.⁴³

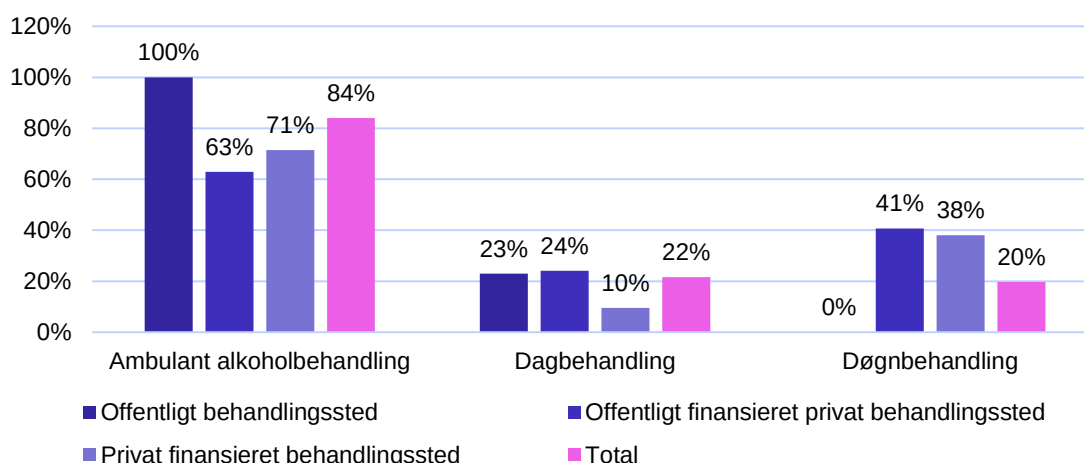
Ambulant behandling er den type behandling, der udbydes af den største andel behandlingssteder, uanset ejer- og finansieringsform. Det stemmer overens med, at langt de fleste borgere i alkoholbehandlingen som nævnt i afsnit 2.1.2 er i ambulant behandling.

Alle de offentlige behandlingssteder udbyder ambulant behandling, mens andelen er relativt mindre for offentligt finansierede private og privatfinansierede behandlingssteder (hhv. 63 % og 71 %). Det skyldes, at nogle selvejende og private alkoholbehandlingssteder udelukkende tilbyder døgnbehandling.

Dagbehandling udbydes af cirka en fjerdedel af offentlige og offentligt finansierede behandlingssteder (23% og 24 %). Dagbehandling er mindre udbredt blandt de privat finansierede behandlingssteder, hvor kun hver tiende udbyder det.

Døgnbehandling sker udelukkende på private og selvejende behandlingssteder. Det betyder, at ingen af kommunerne har deres eget døgnbehandlingssted, og at de alle altså udbyder døgnbehandling igennem private eller selvejende behandlingssteder. Det skyldes jævnfør afsnit 2.1.2, at antallet af borgere i døgnbehandling er lavt, og det vil derfor ikke ressourcemæssigt give mening for kommunerne at have hvert sit eget kommunale døgnbehandlingssted. Det betyder, at de private og selvejende behandlingssteder med offentlig finansiering udfylder en væsentlig rolle i den offentlige alkoholbehandling i den sammenhæng.

Figur 4 Andelen af behandlingssteder der tilbyder forskellige typer behandling, opdelt på type af behandlingssted, (Kilde: NHG's kortlægning af alkoholbehandlingssteder, n = 162, offentlige = 87, Offentligt finansierede private = 54, privat finansierede = 21)



Note: Figuren summerer til over 100 %, da hvert behandlingssted kan udbyde flere typer af behandling.

⁴³ Kortlægningen inkluderer alle alkoholbehandlingssteder på Tilbudsportalen, samt behandlingssteder identificeret gennem desk research og interviews. Information om hvilke typer af behandling de behandlingssteder, der ikke fremgår af Tilbudsportalen tilbyder, er baseret på desk research og er derfor behæftet med en vis usikkerhed.

De forskellige behandlingstyper opdelt efter finansiering og ejerform er opsummeret nedenfor i Tabel 9.

Tabel 9 Oversigt over forskellige typer behandlingssteder

	Offentligt behandlingssted	Selvejende behandlingssted	Privat behandlingssted
Behandlingstype	Ambulant, dag	Ambulant, dag, døgn	Ambulant, dag, døgn
Offentlig finansieret	Udelukkende, efter godkendelse af Socialtilsynet	Ja, hvis samarbejdsaftale med en kommune og godkendt af Socialtilsynet	Ja, hvis samarbejdsaftale med en kommune og godkendt af Socialtilsynet
Privat finansieret	Nej	Varierer	Ja

2.3.2 Behandlingsforløb

Alkoholbehandling består overordnet af tre faser:

- 1) Opstart
- 2) Behandling
- 3) Efterbehandling og afslutning

Opstartsfasen består af forløbet fra borgeren retter kontakt til et behandlingssted, til kortlægning og formulering af målet med alkoholbehandlingen og endeligt indskrivning i behandling.

Når en borger kontakter et behandlingssted med ønske om alkoholbehandling, starter personalet på behandlingsstedet typisk med at finde ud af, hvor stort omfanget af forbruget er, hvad borgerens ønsker er, hvilke mål for behandlingen borgeren har, samt om der skal tages nogle særlige hensyn i behandlingen, fx behov for afrusning, medicinsk behandling eller inddragelse af pårørende. Det afklares også, hvilken type behandling (ambulant, dag- eller døgnbehandling), der er mest relevant for borgeren, og der visiteres eventuelt til denne. Dette samles i praksis ofte i en behandlingsplan⁴⁴.

Borgerens mål og ønsker til alkoholbehandling kan for eksempel være afholdenhed, hvor borgeren holder helt op med at drikke, eller reduktion, hvor borgeren sænker sit forbrug til et lavere niveau og gerne til et kontrolleret niveau.

Hvis borgeren har et meget højt alkoholforbrug, kan det være nødvendigt med afrusning, hvilket i de fleste tilfælde skal udføres før opstarten af behandlingen af afhængigheden eller overforbruget.

Derudover drøftes eventuelt, om der bør etableres et samarbejde med relevante instanser, såsom andre offentlige eller civilsamfundsdrivne instanser. Det kan være

⁴⁴ Det er på alkoholområdet ikke lovpligtigt at udarbejde individuelle behandlingsplaner for hver borger, men grundet overlap med og skelen til stofbehandling, hvor det er et lovkrav, udarbejdes disse i praksis ofte også for borgere i alkoholbehandling.

nødvendigt, hvis der er behov for at handle på borgerens eventuelle udfordringer udover alkoholforbruget.

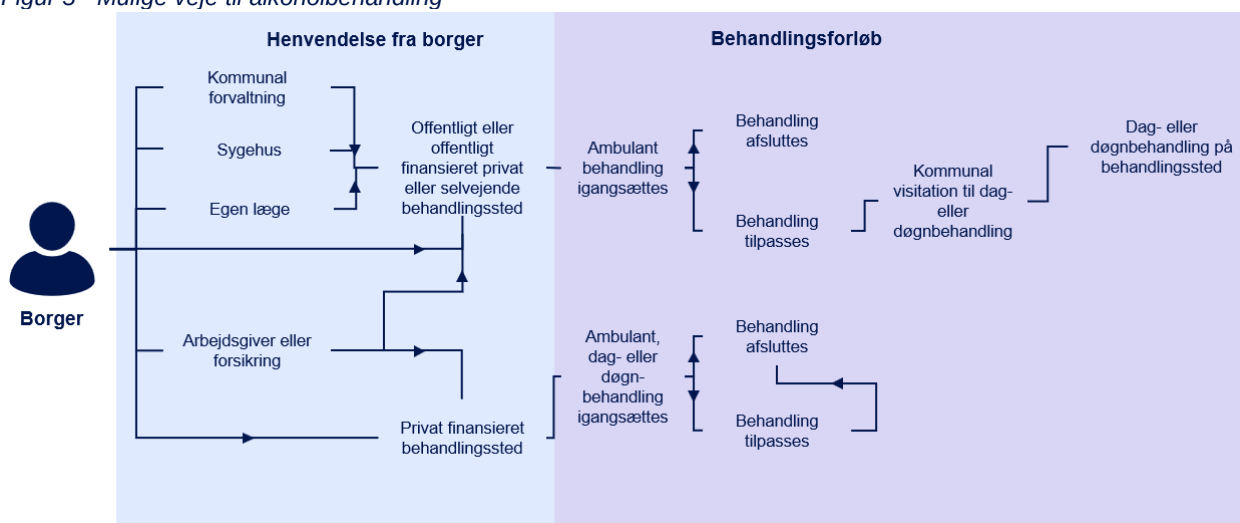
Efter opstartsfasen kommer behandlingsfasen, der består af selve behandlingen, hvor borgeren går i enten ambulant, dag- eller døgnbehandling samt eventuelt medicinsk behandling af abstinenser eller afhængighed. I behandlingsfasen kan der være behov for tilpasning af behandlingsplanen, hvis den anvendte behandlingsform ikke er effektiv. Det kan for eksempel være i form af skift fra ambulant til dag- eller døgnbehandling, eller omvendt⁴⁵.

Efter behandlingsfasen kommer afslutningsfasen, der oftest er en nedtrapning af behandlingsintensiteten og eventuelt opstart i et efterbehandlingstilbud. Formålet med afslutningsfasen er bl.a. at undersøge, om alkoholbehandlingen har været effektiv. Altså hvorvidt det mål, borgerne og behandleren fastlagde i behandlingsplanen, er opfyldt, samt om borgeren er i stand til at opretholde sine mål for behandlingen, efter behandlingen afsluttes.

2.3.3 Borgerens vej til alkoholbehandling

I Figur 5 er skitseret de mulige veje, som borgerne kan vælge, når de vil i alkoholbehandling.

Figur 5 Mulige veje til alkoholbehandling



Figuren illustrerer de forskellige veje, som en borger kan tage for at komme i alkoholbehandling. Den viser to overordnede adgange - offentlig eller privat - og beskriver de typiske aktører, som kan være involveret i denne proces.

Offentligt finansieret alkoholbehandling: Borgeren kan blandt andet henvende sig gennem kommunen via forskellige forvaltninger (fx gennem jobcentret), deres egen læge, sygehuset eller direkte til det offentlige eller offentligt finansierede behandlingssted.

⁴⁵ Ambulant-, dag- og døgnbehandling beskrives i yderligere detalje i afsnit 2.3.1.

- **Kommunen:** Hvis borgeren vælger at gå gennem kommunen, vil kommunen henvise borgeren til et offentligt eller offentligt finansieret behandlingssted.
- **Sygehus:** Hvis borgeren er i kontakt med sygehuset af forskellige årsager, og der identificeres problemer forbundet med borgerens alkoholforbrug, kan sygehuset hjælpe med at etablere kontakt til et behandlingssted.
- **Egen læge:** Hvis borgeren kontakter sin egen læge, kan lægen vejlede borgeren om behandlingsmuligheder. Læger er ofte første kontaktpunkt i sundhedssystemet og kan vejlede om både offentlige og private muligheder for behandling.
- **Offentligt eller offentligt finansieret privat eller selvejende behandlingssted:** Hvis borgeren kontakter behandlingsstedet direkte, kan behandlingsstedet vejlede borgeren om behandling, og denne vil jf. selvhenvenderprincippet kunne startes op i ambulant behandling uden involvering af andre aktører eller instanser.

Privatfinansieret behandling: Borgeren kan ved ønske om alkoholbehandling vælge at henvende sig gennem arbejdsgiver eller deres sundhedsforsikring eller at gå direkte til et privatfinansieret behandlingssted for at betale selv.

Som nævnt kræver døgnbehandling med offentlig finansiering en visitation fra borgerens hjemkommune, men borgere kan selv betale for døgnbehandling uden forudgående visitation hos behandlingssteder med privatfinansiering.

- **Arbejdsgiver eller sundhedsforsikring:** Nogle borgere kan have adgang til behandlingsmuligheder gennem deres arbejdsplads eller sundhedsforsikringer, som kan finansiere behandling hos private behandlingssteder.
- **Selvbetalning:** Borgeren har også mulighed for at vælge at gå direkte i privat behandling uden at gå gennem kommunen, lægen eller andre aktører. I dette tilfælde vil borgeren selv stå for finansieringen af behandlingen.

Modellen viser, at borgeren kan komme ind i alkoholbehandlingen gennem forskellige adgange og veje. Modellen illustrerer også et system, hvor borgerne har mulighed for at vælge mellem offentlige, selvejende og private behandlingssteder. Det er dog også et forholdsvist komplekst system med mange valgmuligheder og mange forskellige aktører.

I de følgende fem kapitler, gennemgår vi resultaterne om alkoholbehandlingen i Danmark, der er kommet på baggrund af NHG's undersøgelses dataindsamling.

3

PERSONALE- KAPACITET OG KOMPETENCER

3. Personalekapacitet og kompetencer

Kapitlet belyser, hvor mange og hvilke fagligheder og kompetencer, der er ansat på alkoholbehandlingsstederne i Danmark, herunder om der er geografiske forskelle og forskelle mellem offentligt og private behandlingssteder. Kapitlet undersøger også efteruddannelse og den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling.

SAMMENFATNING AF RESULTATER OM PERSONALEKAPACITET OG KOMPETENCER

NHG's undersøgelse indikerer, at der fortsat er visse udfordringer med antallet af ansatte på alkoholbehandlingsstederne med de tilgængelige kompetencer og fagligheder. I overvejende grad ser vi de samme tendenser som i 2019, hvor der kan være en udfordring med få ansatte og læge- og sygeplejerskeårsværk per behandlingssted i Region Nordjylland, der kan gøre det svært at opretholde et tilstrækkeligt fagligt miljø til at levere alkoholbehandling af høj kvalitet.

Dertil er der siden 2019 sket et fald i de sundhedsfaglige kompetencer i den offentligt finansierede behandling, og undersøgelsen indikerer, at de privatfinansierede behandlingssteder har færre sundhedsfaglige kompetencer end de offentligt finansierede. Samlet set peger undersøgelsen på, at der kan være udfordringer forbundet med forskelle i personalekapaciteten og kompetencerne ift. At kunne sikre en høj kvalitet og ensartet behandling på tværs af Danmark.

Nedenfor opsummeres resultaterne om antallet af ansatte i alkoholbehandlingen og deres faglighed og kompetencer.

PERSONALEKAPACITET

Der har været et mindre fald i antallet af ansatte på de offentligt finansierede behandlingssteder siden 2019.

I 2019 havde de offentligt finansierede behandlingssteder i gennemsnit 8,9 årsværk ansat. I 2024 angiver behandlingsstederne gennemsnitligt at have 8,6 årsværk. Der er således sket et fald på 0,3 årsværk.

Opgjort på antal årsværk, ser de privatfinansierede behandlingssteder ud til at være mindre end de offentligt finansierede.

En større andel (70 %) af de privat finansierede behandlingssteder angiver at have under fem årsværk sammenholdt med offentlige (19 %) og offentligt finansierede (23 %) behandlingssteder.

Der er geografiske forskelle på personalekapaciteten, hvor især behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland skiller sig ud med et lavt antal årsværk per behandlingssted.

Den største andel af behandlingssteder er beliggende i Region Hovedstaden, som har over 11 årsværk ansat (34 %). Modsat er der ingen af de nordjyske

Der kan være kvalitetsudfordringer forbundet med primært at kunne tilbyde alkoholbehandling på behandlingssteder med få ansatte.

Få ansatte kan gøre det svært at opretholde et tilstrækkeligt fagligt miljø til at levere alkoholbehandling af høj kvalitet, fordi det vanskeligt kan rumme mange forskellige faglige kompetencer. Dette kan således gøre sig gældende på

behandlingssteder, som har besvaret spørgeskemaet, der har dette. En stor andel af behandlingsstederne beliggende i Region Nordjylland (73 %) har under fem årsværk ansat.

private behandlingssteder og i de mindre kommuner (herunder behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland).

PERSONALESAMMENSÆTNING OG KOMPETENCER

De offentligt finansierede behandlingssteder har flere årsværk af sundhedsfaglige kompetencer - både læge- og sygeplejefaglige end privatfinansierede behandlingssteder.

De offentlige behandlingssteder har i gennemsnit 0,4 lægeårsværk og 1,8 sygeplejerskeårsværk ansat, mens de offentligt finansierede private har 0,6 lægeårsværk og 1,4 sygeplejerske årsværk, mod 0,1 lægeårsværk og 0,1 sygeplejerskeårsværk hos privatfinansierede.

Behandlingssteder i Region Hovedstaden har det højeste antal læge- og sygeplejerskeårsværk, mens behandlingssteder i Region Nordjylland skiller sig ud med markant færrest af disse sundhedsfaglige årsværk.

Behandlingssteder beliggende i Region Hovedstaden har i gennemsnit 0,69 lægeårsværk og 1,98 sygeplejerskeårsværk. Behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland har 0,04 lægeårsværk og 0,39 sygeplejerske årsværk.

De privatfinansierede behandlingssteder ser ud i højere grad at benytte sig af medarbejdere, der selv er tidligere alkoholafhængige, men som ikke nødvendigvis har en formel kompetencegivende uddannelse.

De privatfinansierede behandlingssteder angiver i gennemsnit at have 4,4 årsværk ansat i 'andre fagligheder'-kategorien, som de uddybende besvarelser viser især er tidligere alkoholafhængige. Caseundersøgelsen bekræfter dette, og at flere private fortrækker at ansætte tidligere alkoholafhængige som behandlere.

Flere behandlingssteder giver udtryk for, at en stor del af deres målgruppe har behov, som er vanskelige at håndtere og behandle uden kompetencer inden for psykologien eller psykiatrien.

Der er på tværs af offentlige og private behandlingssteder i gennemsnit 0,4 psykologårsværk. Der er ikke data på, hvor stor en andel af lægeårsværkene, der er udgjort af psykiatere. Samtidig oplever behandlingsstederne, at en stor del af deres målgruppe har psykologiske eller psykiatriske udfordringer. Det nye dobbeltdiagnose behandlingstilbud i regionalt regi vil behandle borgere med moderate eller svære psykiske lidelser og vil derved løfte noget at målgruppen.

Der er sket en nedgang i antallet af sundhedsfaglige og socialfaglige årsværk siden 2019 på offentligt finansierede behandlingssteder.

I 2019 var der i gennemsnit 0,7 læge- og 1,9 sygeplejerskeårsværk på offentligt finansierede behandlingssteder. I 2024

Der er forskelle mellem offentlige og private behandlingssteder, hvad angår medarbejdernes niveau af efteruddannelse.

Flere ledere og medarbejdere understreger, at efteruddannelse er essentielt i alkoholbehandling, fordi

er det ifølge spørgeskemaundersøgelsen faldet til gennemsnitligt 0,5 læge- og 1,7 sygeplejerskeårsværk. Socialfaglige er faldet fra 2,5 til 1,0 årsværk. Der er samtidig en stigning i personale med anden baggrund, fx tidligere alkoholafhængige.

området er komplekst. Der er generelt en større andel af de offentlige behandlingssteder, som angiver at have medarbejdere med de forskellige kompetencegivende efteruddannelser.

DEN NYE DIPLOMUDDANNELSE I RUSMIDDELBEHANDLING

Hensigten er, at den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling forventes at løfte det generelle uddannelsesniveau på sigt.

Ledere og medarbejdere er generelt positivt stemt i forhold til den nye diplomuddannelse, herunder muligheden for at tage enkelte moduler.

Der er bekymringer over, om uddannelsen vil være for teoretisk og dyr for mange behandlingssteder og derved udelukke nogle.

Lederne er bekymrede for om, hvorvidt den nye diplomuddannelse kan bidrage til at sikre et grundniveau af kompetencer ligesom den tidligere grunduddannelse, og om de selv bliver nødt til hver især at arrangere egen grundundervisning.

Flest offentlige behandlingssteder forventer at sende medarbejdere på den nye diplomuddannelse.

60% af de offentlige behandlingssteder regner med at sende en eller flere medarbejdere afsted, mens andelen er 40% blandt de offentligt finansierede private behandlingssteder og 10% blandt de privat finansierede behandlingssteder. Da diplomuddannelsen skal sikre et bredt og systematisk kompetenceløft af hele rusmiddelbehandlingen, kan det være en udfordring, hvis kun få private behandlingssteder sender deres medarbejdere på uddannelsen.

3.1 Formål og baggrund

En vigtig forudsætning for at kunne tilbyde alkoholbehandling af høj kvalitet er, at der er den nødvendige personalekapacitet og de rette kompetencer på alkoholbehandlingsstederne. Servicetjekket fra 2019 viste, at mens kommunerne generelt har løftet kompetence- og uddannelsesniveaut i alkoholbehandlingen siden de påbegyndte opgavevaretagelsen, var der stadig udfordringer med eksempelvis adgang til sundhedsfaglige kompetencer.

Formålet med dette kapitel er at afdække, hvordan personalekapaciteten samt kompetence- og uddannelsesniveaut er på alkoholbehandlingsstederne i Danmark. I forhold til Servicetjekket fra 2019 kan de private behandlingstilbud, der kun modtager privat finansiering, også belyses⁴⁶. I Servicetjekket fra 2019 indgik kun de private tilbud, der også varetog offentligt finansieret alkoholbehandling.

Servicetjekket fra 2019 pegede på, at der var behov for at sikre kontinuitet i kompetenceudvikling og uddannelse på alkoholbehandlingsområdet ved at oprette en egentlig alkoholbehandleruddannelse eller rusmiddelbehandleruddannelse på en uddannelsesinstitution, så dette ikke skulle finansieres ad hoc af statslige puljemidler⁴⁷. Efterfølgende er der blevet udviklet en ny diplomuddannelse i rusmiddelbehandling, som starter op i efteråret 2024⁴⁸. Derfor har kapitlet også til formål at lave en indledende vurdering af, hvad alkoholbehandlingsstederne forventer af den nye, planlagte uddannelse i rusmiddelbehandling. De indledende forventninger er foretaget, inden de første moduler på den nye diplomuddannelse er afholdt.

Kapitlet adresserer følgende primære spørgsmål om alkoholbehandlingen:

- Hvor mange medarbejdere er ansat?
- Hvilke uddannelsesbaggrunde og kompetencer er ansat?
- Hvordan er behandlernes kompetencer set i forhold til behandlingsstedernes størrelse?
- I hvilken grad modtager personalet efteruddannelse og undervisning?
- Hvordan ser den sundhedsfaglige del af behandlingen ud?
- Hvilke geografiske forskelle er der i sammensætningen af personalets kompetencer?
- Hvad er de indledningsvise forventninger til den nye rusmiddelbehandleruddannelse?

3.1.1 Datagrundlag

Personalets kompetencer og uddannelse på alkoholbehandlingsstederne er afdækket via NHG's landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til offentlige, selvejende og private behandlingssteder, hvor 100 behandlingssteder indgik. Der er udover

⁴⁶ Tilbud som alene er finansieret gennem selvbetaling eller private sundhedsforsikringer.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen, 2019. *Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling*.

⁴⁸ Social- og Boligstyrelsen, 2024. *Nu får vi en diplomuddannelse i rusmiddelbehandling*

spørgeskemaundersøgelsen inkluderet data fra 15 casebesøg på alkoholbehandlingssteder, hvor ledere og medarbejdere er blevet interviewet.

For en uddybning af metoden se Bilag 2.

Kapitlet inddrager også eksisterende undersøgelser, hvoraf de vigtigste er:

- *"Vidensindsamling knyttet til udvikling af rusmiddelbehandleruddannelse"*, Københavns Professionshøjskole og VIA University College, 2023
- *"Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsen"*, Sundhedsstyrelsen, 2019
- *"Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling"*, COWI/Decide, 2019
- *"Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling"*, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Syddansk Universitet, 2023.

3.2 Personalekapacitet

I 2019 afdækkede COWI og Decide kvaliteten i den offentlige finansierede ambulante alkoholbehandling og fandt, at der på behandlingsstederne i gennemsnit var 8,9 årsværk ansat pr. behandlingssted. Afdækningen konkluderede, at særligt de små udbydere af alkoholbehandling med få ansatte kan udgøre et problem for kvaliteten, da alkoholbehandling kan være en kompleks opgave. Det understøttes af Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale om kvalitet i alkoholbehandlingen, hvori det fremgår, at "alkoholbehandling er en specialiseret, multidisciplinær indsats, som kræver betydelige personaleressourcer og en høj grad af uddannelse".⁴⁹

NHG's spørgeskemaundersøgelse fra 2024 viser, at de offentligt finansierede behandlingssteder i gennemsnit har 8,6 årsværk ansat per behandlingssted, hvilket betyder et gennemsnitlig fald på 0,3 årsværk fra 2019, hvor gennemsnittet var 8,9 årsværk per behandlingssted.

Figur 6 viser fordelingen af antal årsværk blandt offentlige, offentligt finansierede private behandlingssteder og privat finansierede behandlingssteder i Danmark i 2024. Data er opdelt på kvartiler efter henholdsvis de 25% mindste behandlingssteder, de 50% mellemste og for de 25% største behandlingssteder opgjort i antal årsværk⁵⁰.

En større andel (70 %) af de privat finansierede behandlingssteder angiver at have under 5 årsværk sammenholdt med offentlige (19 %) og offentligt finansierede private (23 %) behandlingssteder. Modsat angiver færre af de private behandlingssteder (10 %) at have ansat mellem fem og 11 årsværk, sammenholdt med offentlige og offentligt finansierede private behandlingssteder (hhv. 54 % og 50 %).

⁴⁹Sundhedsstyrelsen, 2008. *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*.

⁵⁰ Det ville være hensigtsmæssigt at sammenholde antal årsværk med antallet af borgere i behandling, men da det er vurderet at selvrapporterede data på antallet af borgere i behandling vil indeholde mange usikre rapporteringer, er dette ikke medtaget. Derfor er behandlingsstedernes størrelse alene opgjort på antal årsværk.

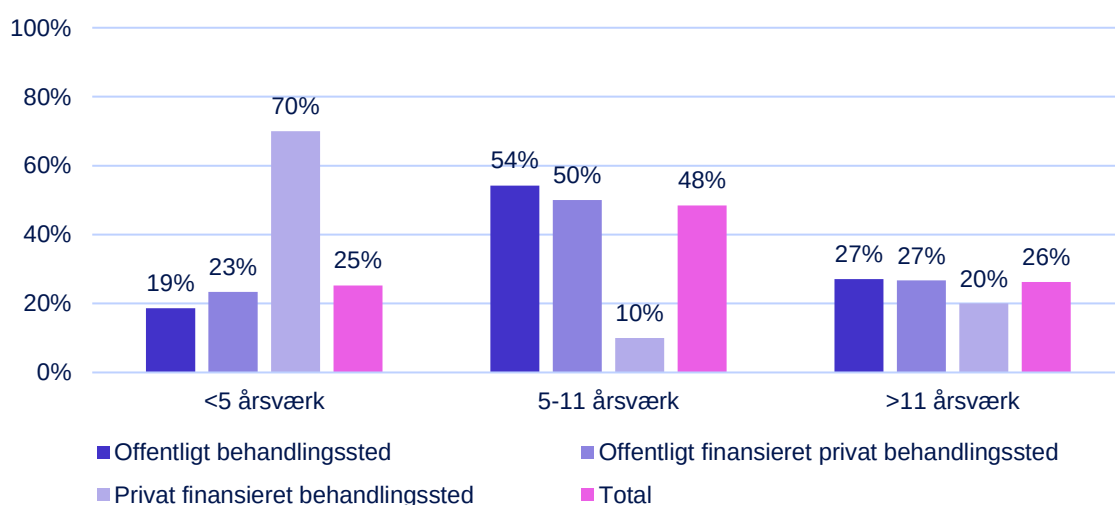
Andelen af behandlingssteder, der har over 11 årsværk ansat, varierer ikke betydeligt på tværs af typerne af behandlingssteder.

Opgøres behandlingsstedernes størrelse ud fra antal årsværk, er der altså indikationer på, at de privat finansierede behandlingssteder udgør de mindste behandlingssteder, da disse primært er udgjort af behandlingssteder på under fem årsværk.

Ligesom det blev konkluderet i COWI og Decides afdækning fra 2019 kan det i nærværende undersøgelse være en bekymring om de mindre udbydere af alkoholbehandling kan sikre det tilstrækkelige faglige miljø til at levere alkoholbehandling af høj kvalitet, dette gør sig særligt gældende blandt de privat finansierede behandlingssteder, som udgør størstedelen af dem, der har færrest ansatte per behandlingssted samt mindre kommuner.

Allerede tilbage i 2017 konkluderede Lægeforeningen også, at mange kommuner er for små til at varetage alle de funktioner, der kræves af en effektiv alkoholbehandling.⁵¹ De fremhævede videre, at der på daværende tidspunkt var alt for store forskelle i behandlingstilbuddene imellem kommunerne, hvilket de understregede ikke ville blive accepteret på noget andet sygdomsområde. NHG's spørgeskemaundersøgelse viser, at der fortsat er forskelle både i forhold til størrelse og geografi.

Figur 6 Fordeling af antal årsværk ved behandlingssteder* i Danmark fordelt på typen af behandlingssted (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n=99 (offentlige = 59, offentligt finansierede private= 30, private finansierede = 10))



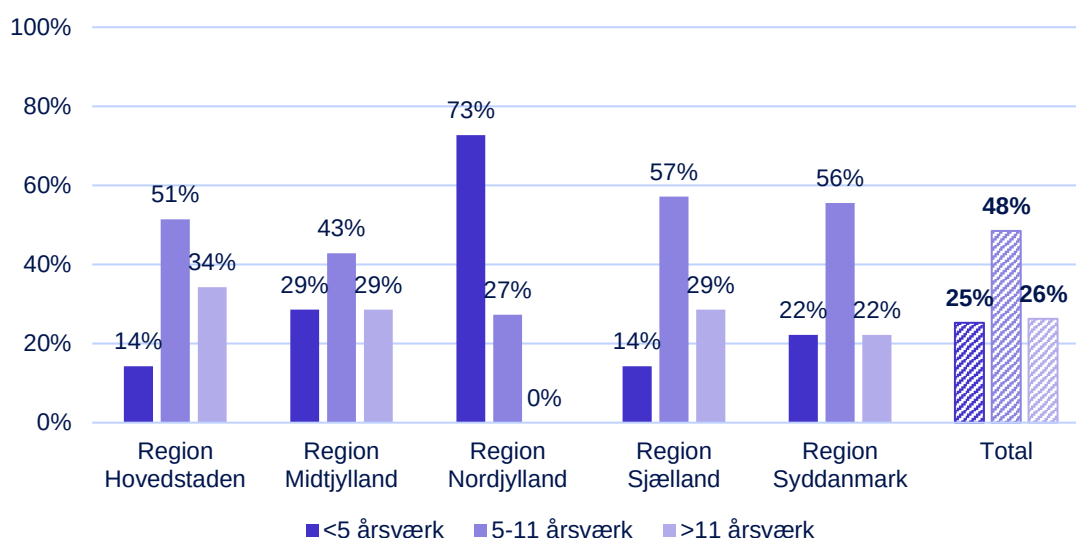
Note: Et årsværk svarer til en fuldtidsansættelse på 37 timer, og er derfor ikke ensbetydende med antallet af individuelle personer, der er beskæftiget med alkoholbehandling i organisationen. En organisation der beskæftiger fire årsværk, kan således have flere end fire ansatte, hvis disse ikke arbejder fuldtid. Data er opdelt på kvartiler efter henholdsvis de 25% mindste behandlingssteder, de 50% mellemste og for de 25% største behandlingssteder opgjort i antal årsværk. Et behandlingssted udgør en outlier med 156 angivne årsværk, og er derfor blevet fjernet fra opgørelsen.

Figur 7 viser antal årsværk fordelt efter regionerne. Figuren indikerer, at den størst andel af behandlingssteder, der er beliggende i Region Hovedstaden, har over 11

⁵¹ Larsen, 2017. Alkoholbehandling: Det sejler stadig

årsværk (34 %). Modsat har en stor andel af behandlingsstederne beliggende i Region Nordjylland (73 %) under fem årsværk ansat. Der er ingen af de nordjyske behandlingssteder, der har besvaret spørgeskemaet, som angiver at have over 11 årsværk ansat.

Figur 7 Fordeling af antal årsværk blandt behandlingssteder i Danmark fordelt på de deres beliggenhed i de fem regioner (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n=99 (Region Hovedstaden = 35, Region Midtjylland = 21, Region Nordjylland = 11, Region Sjælland = 14, Region Syddanmark = 18)



Note: Et årsværk svarer til en fuldtidsansættelse på 37 timer og er derfor ikke ensbetydende med antallet af individuelle personer der er beskæftiget med alkoholbehandling i organisationen. En organisation der beskæftiger 4 årsværk, kan således have flere end 4 ansatte, hvis disse ikke arbejder fuldtid. Et behandlingssted udgør en outlier med 156 angivne årsværk, og er derfor blevet fjernet fra opgørelsen.

Ved at sammenholde antal årsværk beskæftiget med alkoholbehandling per 1.000 borgere i regionerne, skiller behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland sig fortsat væsentligt ud med færre årsværk pr. 1.000 borgere (0,07 årsværk). NHG's spørgeskemaundersøgelse indikerer omvendt, at behandlingssteder beliggende i Region Hovedstaden skiller sig ud ved at have flest årsværk pr. 1.000 borgere beskæftiget i alkoholbehandlingen (0,18). Dog skal man tage særligt forbehold for disse beregninger, fordi ikke alle behandlingssteder har deltaget i undersøgelsen, og der kan være væsentlige variationer, hvis for eksempel et stort behandlingssted i Region Nordjylland ikke har besvaret spørgeskemaet.

Tabel 10 Årsværk beskæftiget med alkoholbehandling pr 1000 beboere på behandlingsstederne i regionerne *Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse (n = 99), **Kilde: DST-befolkningstal 2023

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Totale årsværk på behandlingsstederne *	338	180	41	117	141	817
Befolkningstal**	1.891.778	1.358.879	594.634	849.857	1.237.413	5.932.561
Årsværk på behandlingsstederne pr. 1000 borgere	0,18	0,13	0,07	0,14	0,11	0,14

Note: Et behandlingssted udgør en outlier med 156 angivne årsværk, og er derfor blevet fjernet fra opgørelsen.

NHG's spørgeskemaundersøgelse viser således samme tendens som COWI og Decides afdækning fra 2019, hvor behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland også skilte sig ud med det laveste antal årsværk på alkoholbehandlingsstederne. Der kan være udfordringer forbundet med primært at kunne tilbyde alkoholbehandling på behandlingssteder med lille personalekapacitet, da det på sådanne behandlingssteder kan være vanskeligt at opretholde fagligt bæredygtigt miljøer, der for eksempel rummer tilstrækkeligt med forskellige faglige kompetencer. Det behøver ikke være en udfordring, såfremt de mindre behandlingssteder kun behandler borgere med lettere alkoholproblemer og uden store samtidige sociale eller psykiske udfordringer, mens de større og mere specialiserede behandlingssteder behandler de mere komplekse og alvorlige tilfælde, som kræver flere faglige kompetencer.

"Det er tydeligt, at de større rusmiddelcentre med flere faggrupper kan noget andet end dem, hvor man får en ugentlig samtale med en alkoholbehandler... Og nogle mindre tilbud har en læge fire timer om ugen, og andre større steder er der måske en læge hver dag" (Socialsygeplejerske på akutmodtagelse)

3.3 Personalesammensætning og kompetencer

Allerede tilbage i 2009 og 2012 undersøgte Lægeforeningen alkoholbehandlingsområdet og fandt, at der var flere medarbejdere med socialfaglige kompetencer ansat end sundhedsfaglige⁵². Denne tendens eksisterede fortsat i COWI og Decides undersøgelse fra 2019 for de offentlige finansierede behandlingssteder. For de offentligt finansierede private behandlingssteder var der relativt flere med sundhedsfaglige kompetencer end blandt de offentlige behandlingssteder. Dog var der fortsat flest personer ansat med socialfaglig samt pædagogisk uddannelsesbaggrund.

SDU's evidensgennemgang præciserer ikke klart, hvilken uddannelsesmæssig baggrund alkoholbehandlere bør have for at kunne varetage alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer om alkoholbehandling anbefaler dog at kombinere struktureret samtalebehandling med medicinsk behandling, hvilket indikere, at en alkoholbehandling⁵³ kræver en bred vifte af både sundhedsfaglige, sundhedspædagogiske og socialfaglige kompetencer.

I det følgende undersøges alkoholbehandlingsstedernes personalesammensætning, faglighed og erhvervet kompetencer.

3.3.1 Faggrupper

Alkoholbehandling indeholder som oftest både psykosociale og sundhedsfaglige elementer, hvilket caseundersøgelsen bekræfter som vigtige kompetencer i personalets sammensætning og uddannelsesmæssige baggrund. Flere ledere og

⁵² Statens Institut for Folkesundhed & Lægeforeningen, 2012. *Alkoholbehandling i kommunerne*; Lægeforeningen, 2009. *Alkoholbehandling i kommunerne*.

⁵³ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholfafhængighed*.

medarbejdere understreger, at god kvalitet hænger sammen med et veluddannet og kompetent personale, og med muligheden for at sparre i et tværfagligt miljø, for samarbejds møder og forståelse for snitflader i borgers problemstillinger.

Figur 8 viser, hvor mange årsværk behandlingsstederne i gennemsnit har ansat af forskellige faggrupper til at varetage alkoholbehandling hos dem. Det fremgår, at det er forskelligt, hvilke fagligheder de offentlige, offentligt finansierede private og privatfinansierede behandlingsstederne har ansat til at varetage alkoholbehandlingen.

NHG's spørgeskemaundersøgelse viser, at der på tværs af offentlige og private behandlingssteder med offentlig finansiering i gennemsnit er nogenlunde lige mange lægeårsværk (0,4-0,6 årsværk), sygeplejerskeårsværk (1,4-1,8 årsværk) og andre sundhedsfaglige årsværk (0,7-0,8 årsværk). Der er dog væsentligt færre hos de privatfinansierede behandlingssteder (0,1 årsværk af både læger og sygeplejersker). Det kan afspejle sig i, at de privatfinansierede også i lavere grad tilbyder medicinsk behandling, men primært udbyder terapeutisk behandling (se mere i kapitel 4).

Hvad angår personale med socialfaglig baggrund, skiller de offentlige behandlingssteder sig ud ved at have flere ansatte årsværk med denne faglighed (2,6 årsværk), end de offentligt finansierede private (1,1 årsværk) og de privatfinansierede behandlingssteder (0 årsværk). Nogenlunde samme tendens gør sig gældende for pædagogfagligt personale.

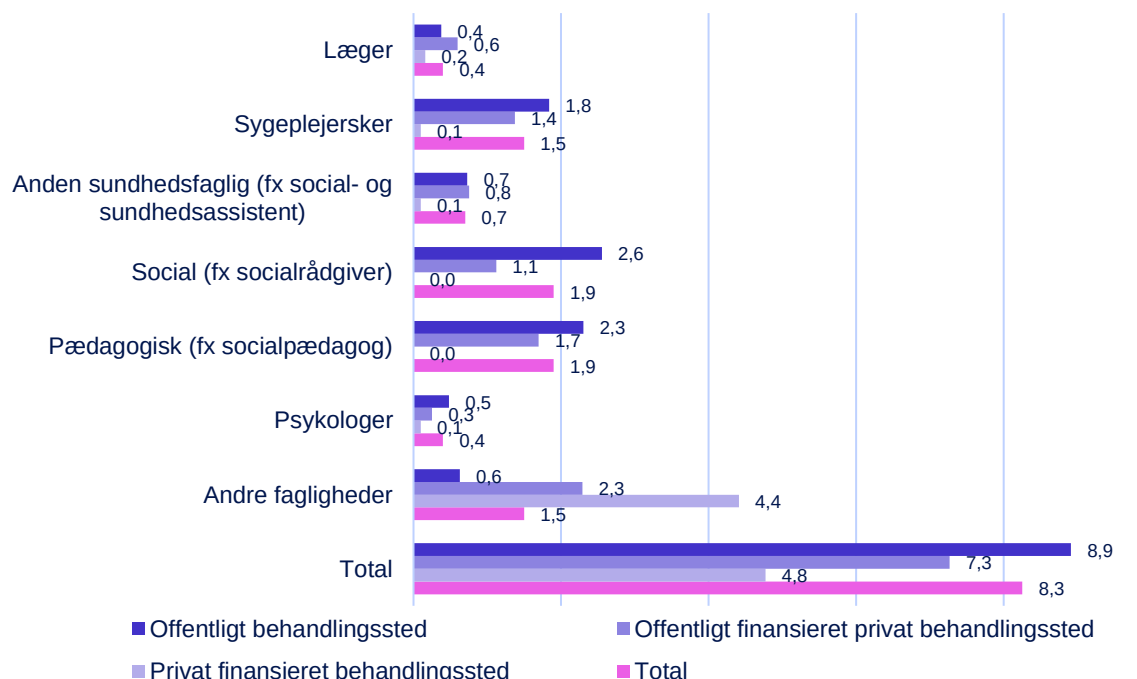
Det fremgår af Figur 8, at der på private behandlingssteder – både offentligt finansierede og privatfinansierede - er flere ansat med anden faglighed (henholdsvis 2,3 årsværk og 4,4 årsværk), end på de offentlige behandlingssteder (0,6 årsværk). Blandt andre fagligheder angives psykomotoriske terapeuter, psykoterapeuter, familierådgivere, ergoterapeuter samt lærere. De private behandlingssteder angiver især tidligere alkoholafhængige under "andre fagligheder", mens det stort set ikke gælder de offentlige behandlingssteder. Caseundersøgelsen bekræfter denne tendens, hvor flere af de private behandlingssteder beskriver, at de fortrækker at ansætte tidligere alkoholafhængige som behandlere.

Gennemgående har de privatfinansierede behandlingssteder altså færre ansat af alle faggrupper, undtagen "andre fagligheder". Det afspejler også, at de som nævnt i afsnit 3.2 i alt har færre årsværk per behandlingssted til at varetage alkoholbehandlingen (i gennemsnit 4,8 årsværk). Det indikerer, at alkoholbehandlingen hos de privatfinansierede i overvejende grad dels sker på små behandlingssteder, hvor det ikke nødvendigvis vil være muligt at have tværfaglige kompetencer. Dels at dem der varetager behandlingen, ikke er sundhedsfagligt eller socialfagligt uddannet, men tidligere alkoholafhængige som sjældent har en direkte relevant kompetencegivende uddannelse, men hvoraf flere ifølge casebesøgene har taget efteruddannelser indenfor det terapeutiske område.

Det fremgår samlet set, opgjort på årsværk, at der er flest socialfaglige- og pædagogiske kompetencer til stede på alkoholbehandlingsstederne sammenlignet med alle andre kompetencer. Det fremgår også af Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale

om kvalitet i alkoholbehandlingen, at dele af alkoholbehandlingen alene kan varetages af sundhedsfagligt personale⁵⁴.

Figur 8 Gennemsnitligt antal årsværk af forskellige faggrupper og uddannelsesbaggrunde som er ansat til beskæftigelse med alkoholbehandling, opdelt på offentlige, offentligt finansieret private og private behandlingssteder: Spørgeskema, n=99 (offentlige = 59, offentligt finansierede private = 30, privat finansierede = 10)

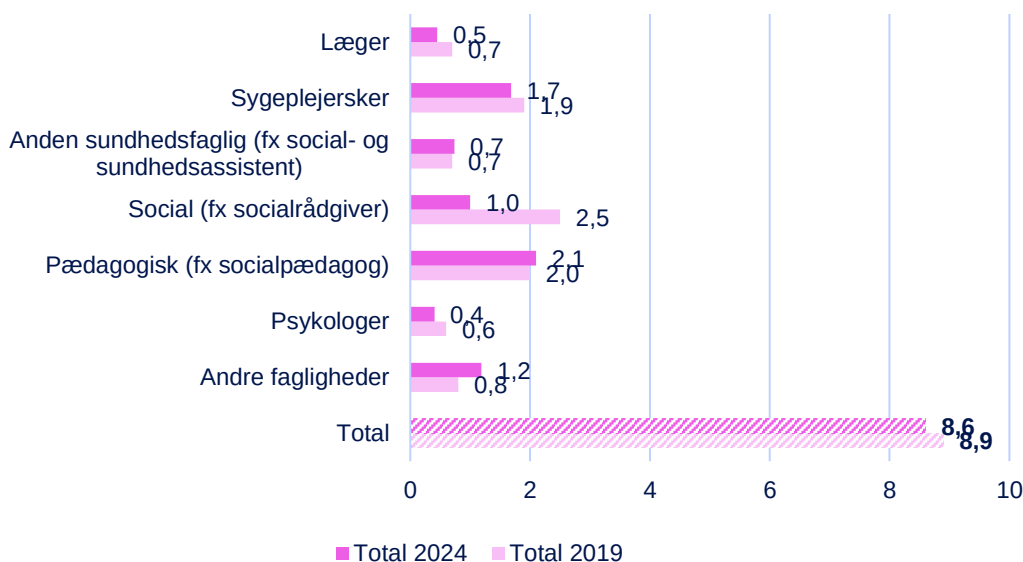


Note: Et årsværk svarer til én fuldtidsansat på 37 timer. Et behandlingssted udgør en outlier med 156 angivne årsværk, og er derfor blevet fjernet fra opgørelsen.

Figur 9 sammenholder det gennemsnitlige antal årsværk for de offentlige finansierede behandlingssteder i hhv. 2019 og 2024. Sammenligningen viser, at der er sket en nedgang i antallet af årsværk med sundhedsfaglig baggrund i den offentligt finansierede alkoholbehandling - både læger og sygeplejersker. Der er desuden sket en nedgang i antallet af årsværk med socialfaglig baggrund. Der ses en tilvækst i personale med anden baggrund.

⁵⁴ Sundhedsstyrelsen. 2008. Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale. S. 11, 12, 28

Figur 9 Gennemsnitligt antal årsværk af forskellige faggrupper og uddannelsesbaggrunde som er ansat til beskæftigelse med alkoholbehandling, offentlige og offentligt finansierede private steder samt 2019 Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, COWI/Decides spørgeskemaundersøgelse 2019 (n 2024 = 89, n 2019 = 69)



Note: Et årsværk svarer til én fuldtidsansat på 37 timer.

Læge- og sygeplejerskedækning

Lægeforeningens undersøgelse fra 2012 viste, at 23 % havde en fast læge, og 15 % en fast psykiater tilknyttet alkoholbehandlingen, mens Alkohol og Samfunds undersøgelse fra 2018 fandt, at 50 % af kommunerne ikke havde en læge fastansat til at varetage alkoholbehandlingsopgaver⁵⁵.

I 2019 viste COWI og Decides afdækning, at der i alt var 75 % af de offentligt finansierede behandlingssteder, som havde en eller flere fastansatte læger. 71 % af de offentlige behandlingssteder havde en eller flere fastansatte læger, mens dette gjorde sig gældende for 92 % af de offentligt finansierede private behandlingssteder.

NHG's spørgeskemaundersøgelsen indikerer, at 79 % af behandlingsstederne total set har en læge tilknyttet deres alkoholbehandling. Det betyder, at 21 % omvendt ikke har en læge tilknyttet. NHG's spørgeskemaundersøgelse viser dog, at der kan være udfordringer forbundet med at spørge ind til, hvorvidt de har en læge beskæftiget i behandlingen eller ej, også selvom der spørges ind til lægens tilknytning (fastansat, deltidsansat, timeansatte, ekstern konsulent). Spørgeskemaundersøgelsen indikerer således, at der er stor forskel på, hvordan behandlingsstederne har forstået disse spørgsmål. Derfor er det i højere grad meningsfuldt at opgøre lægedækningen på, hvor mange lægeårsværk de har beskæftiget (se Figur 9). For eksempel angiver en stor andel af de private behandlingssteder at have læger beskæftiget i

⁵⁵ Alkohol & Samfund, 2019. *Kommunal alkoholbehandling 2018 – Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende*; Statens Institut for Folkesundhed & Lægeforeningen. (2012). *Alkoholbehandling i kommunerne*.

alkoholbehandlingen, men opgjort på årsværk er det i gennemsnit blot 0,15 årsværk, modsat 0,4 lægeårsværk i gennemsnit på de offentlige behandlingssteder og 0,6 lægeårsværk på de offentligt finansierede private behandlingssteder.

Selvom flere behandlingssteder således generelt angiver at have en læge knyttet til behandlingsstedet, er mange af lægerne ikke fastansatte, og deres tid på behandlingsstederne kan derfor være begrænset. Flere af de offentlige og private behandlingssteder oplyser også på NHG's casebesøg, at lægen ofte er begrænset til kun at være til stede enkelte dage om ugen eller hver 14. dag i kortere tidsrum. Derfor oplever flere alkoholbehandlingssteder et stort træk på de lægelige kompetencer. Flere alkoholbehandlingssteder giver i NHG's caseundersøgelse udtryk for, de kan opleve det som vanskeligt at varetage behandlingen godt nok, hvis deres lægedækning er lav eller de ikke har en fast læge tilknyttet deres behandlingssted.

Lægedækning og sygeplejedækning fordelt på regioner

Tabel 11 nedenfor viser det gennemsnitlige antal årsværk for læger hos alkoholbehandlingsstederne fordelt på behandlingsstederne beliggende i de fem regioner.

Det fremgår, at der på behandlingsstederne i Region Hovedstaden er det højeste (0,69) gennemsnitlige antal lægeårsværk, mens behandlingsstederne beliggende i Region Nordjylland har det laveste (0,04). Blandt behandlingsstederne i de resterende regioner er gennemsnittet nogenlunde ligeligt på omkring 0,3. Lige så er der flest sygeplejerskeårsværk på behandlingsstederne beliggende i Region Hovedstaden (1,98) og markant færre på behandlingsstederne i Region Nordjylland (0,39). For sygeplejerskeårsværk er der dog en større spredning mellem behandlingsstederne beliggende i de øvrige regioner mellem 1,07 og 1,84.

Som tidligere nævnt kan der være forskelle i befolkningssammensætning og behandlingsbehov mellem regionerne. De færre lægelige årsværk på behandlingsstederne beliggende i Region Nordjylland kan derfor have en vis faglig begrundelse. Men beregninger bekræfter, at læge- og sygeplejerskedækningen på behandlingsstederne også per capita er væsentligt lavere i Region Nordjylland end de øvrige regioner. Og det er også sandsynligt, at de væsentligt færre læger hænger sammen med en udkantsproblematik, hvor sundhedssektoren i Region Nordjylland generelt har svært ved at tiltrække og fastholde læger.

Tabel 11 Det gennemsnitlige antal lægeårsværk og sygeplejerskeårsværk ansat per behandlingssteder, fordelt på regioner, (*Kilde NHG' spørgeskemaundersøgelse (n=99 (Region Hovedstaden = 35, Region Midtjylland = 21, Region Nordjylland = 11, Region Sjælland = 14, Region Syddanmark = 18)),

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Gennemsnit lægeårsværk på behandlings- stederne	0,69	0,33	0,04	0,30	0,33	0,42
Gennemsnit syge- plejerske- årsværk på behandlings- stederne	1,98	1,07	0,39	1,84	1,60	1,52

Note: Et årsværk svarer til én fuldtidsansat på 37 timer. Et behandlingssted udgør en outlier med 156 angivne årsværk, og er derfor blevet fjernet fra opgørelsen.

Behandlingsstedernes oplevelse af og efterspørgsel efter kompetencer

I NHG's caseundersøgelse giver ledere og medarbejdere fra behandlingsstederne på tværs udtryk for, at de er tilfredse med de faglige kompetencer, som de har til rådighed på deres behandlingssted - på trods af, at de sundhedsfaglige kompetencer fortsat fylder relativt mindre end de socialfaglige.

Deres oplevelse er, at samarbejdet på tværs af de sundheds-, social- og pædagogfaglige ansatte er godt, og at faggrupperne tilsammen skaber gode rammer for at kunne behandle og sikre et godt forløb for borgerne. Flere understreger fordelene ved det tværfaglige i alkoholbehandlingen, da mange forskellige sundhedsfaglige-, social- og pædagogiske kompetencer kan tages i brug med henblik på at matche borgerens individuelle behov i behandlingen. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer fra 2018 fremhæver også vigtigheden af tværfagligt samarbejde blandt medarbejderne, som håndterer behandlingen⁵⁶.

Borgerne i alkoholbehandlingen er ifølge de interviewede medarbejdere og ledere i NHG's caseundersøgelse ofte komplekse, og mange er også udfordret psykisk. Flere borgere har psykiske eller psykiatriske diagnoser eller problemstillinger – og nogle flere samtidigt. På casebesøg giver nogle offentlige behandlingssteder udtryk for, at de kan have vanskeligt ved at levere en alkoholbehandling af så høj kvalitet, som de gerne ville, når de enten har ingen eller få psykologer eller psykiatere til rådighed. Det er i tråd med, at psykologer og læger er de faggrupper, som NHG's spørgeskemaundersøgelse indikerer, at der i gennemsnit er færrest af i alkoholbehandlingen (se Figur 9). Ledere og medarbejdere giver udtryk for, at psykologernes og psykiaternes kompetencer kan være nødvendige for at finde frem til, hvad der kan stå i vejen for at kunne lave "almindelig" alkoholbehandling. En psykiater kan varetage psykiatrisk screening, udredning og vurdering, som er vigtig med henblik på at sikre det bedste behandlingsforløb for borgerne.

⁵⁶ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*.

I NHG's caseundersøgelse fremhæver flere behandlingssteder udfordringerne ved samarbejdet med psykiatrien, hvor personer med alkoholproblemer ofte afvises. Dette betyder, at især offentlige behandlingssteder oplever, at det er en udfordring, hvis de ikke selv har kompetencerne til at kunne varetage dele af eller hele den psykiatriske udredning og behandling. Problemet opstår, fordi alkoholafhængige med samtidige psykiske lidelser ofte falder mellem to stole, da kommunerne har ansvaret for rusmiddelbehandlingen, mens regionerne er ansvarlige for behandling af den psykiske lidelse.

Som en løsning på denne udfordring er det besluttet at etablere et nyt, specialiseret dobbeltdiagnosetilbud til mennesker med behandelige psykiske lidelser af moderat til svær grad, som har et psykiatrisk behandlingsbehov og samtidig rusmiddelproblematik^{57, 58}.

Det faglige oplæg bag det nye tilbud viste, at mennesker, der har brug for behandling af både en psykisk lidelse og en alkohol- eller stofafhængighed, dvs. mennesker med dobbeltdiagnose, ofte oplever at modtage usammenhængende og utilstrækkelig hjælp⁵⁹. Det skyldes ikke mindst, at behandling af psykiske lidelser som udgangspunkt er et regionalt ansvar, mens behandling af misbrug som udgangspunkt er et kommunalt ansvar. Det delte ansvar er en udfordring for behandlingen af de mennesker, som har behov for integreret behandling af deres psykiske lidelse og misbrug. Der etableres dermed et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne med henblik på at sikre en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbruget og eventuelle somatiske sygdomme.

Doppeltdiagnosetilbuddet kan afhjælpe nogle af de eksisterende faglige udfordringer på behandlingsstederne. Dog vil mange alkoholbehandlingssteder fortsat skulle håndtere borgere med lettere psykiske eller psykiatriske problemstillinger som angst og depression i den almindelige alkoholbehandling. SDU's evidensgennemgang fra 2023 viser også fortsat, at forekomsten af angst og depression er høj blandt borgere i ambulant alkoholbehandling. Hvis disse lidelser ikke opdages og behandles samtidigt med alkoholafhængigheden, kan prognosen for bedring være væsentligt dårligere⁶⁰. På den baggrund vurderer ledere og medarbejdere i caseundersøgelsen også, at det er en udfordring for kvaliteten og effekten af en helhedsorienteret behandling, at der ikke er

⁵⁷ Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen, 2023. *Faglig visitationsretningslinje. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelproblematik.*

⁵⁸ Ifølge visitationsretningslinjen er den specifikke målgruppe for integreret behandling i regionalt regi: "Den overordnede målgruppe for det integrerede behandlingstilbud er mennesker med behandelige psykiske lidelser af moderat til svær grad, som har et psykiatrisk behandlingsbehov og samtidig rusmiddelproblematik. Derudover er funktionsevnen samtidig påvirket i en sådan grad, og den enkeltes hverdag så kompleks og kaotisk, at den enkelte ikke vurderes at kunne følge eller profitere af behandling i et parallelt behandlingstilbud. Mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, som ikke har profiteret af tilbud på et lavere indsatsstrin igennem en periode, vil også være målgruppe for tilbuddet." Fra: Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen, 2023. *Faglig visitationsretningslinje. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelproblematik.*

⁵⁹ Sundhedsstyrelsen, 2022. *Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser.*

⁶⁰ Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling.*

tilstrækkelig med psykologer og psykiatere i den "almindelige" alkoholbehandling, eller eventuelt psykiatriske sygeplejersker.

3.3.2 Efteruddannelse og kompetenceudvikling

Syddansk Universitet konkluderer i deres evidensgennemgang fra 2023, at alkoholbehandlere løbende bør modtage metodespecifik kompetenceudvikling, som feedback og supervision, baseret på lydoptagelser, rollespil eller tilsvarende, idet det synes at øge behandlerkompetencer signifikant.⁶¹

Figur 10 viser, hvor stor en andel af behandlingsstederne, der har ansat en eller flere medarbejdere med de forskellige kompetencegivende efteruddannelser.

Der fremgår en tendens til, at der generelt er en større andel af de offentlige behandlingssteder, som har medarbejdere med de forskellige kompetencegivende efteruddannelser. Alle de nævnte kompetencegivende uddannelser – med undtagelse af "Anden terapeutisk uddannelse" – er angivet af en større andel offentlige end private behandlingssteder. Dette stemmer også overens med NHG's caseundersøgelse, hvor der af interview med medarbejdere også fremgik, at mange havde to eller flere kompetencegivende efteruddannelser.

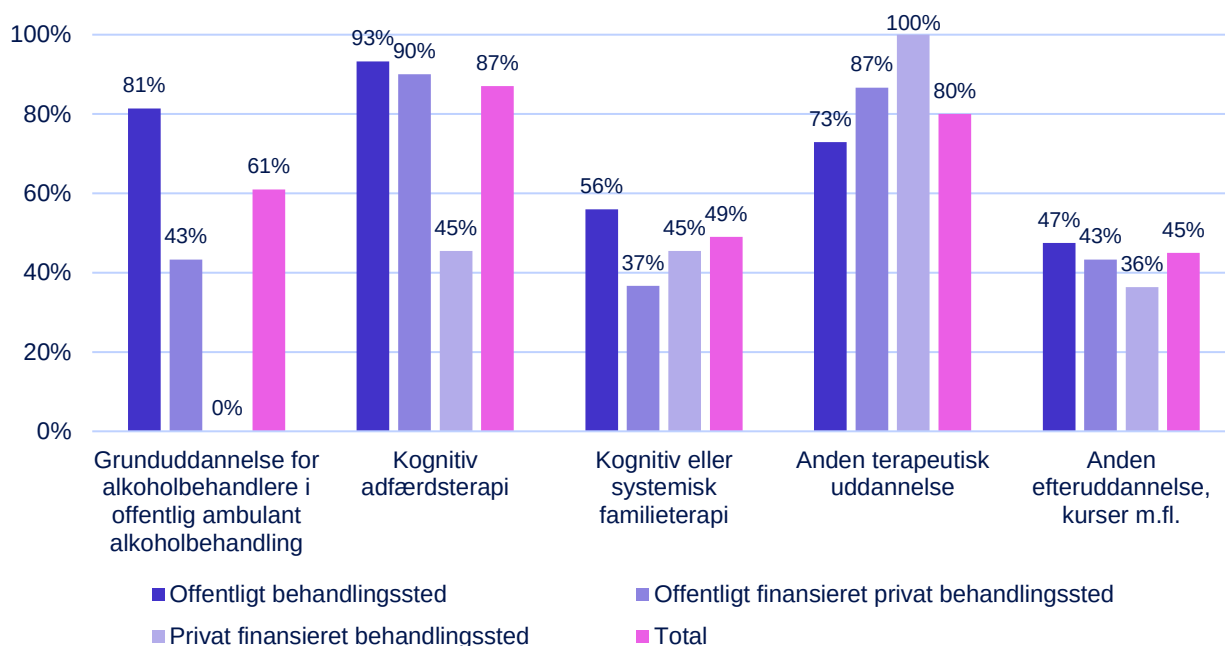
Blandt de offentlige behandlingssteder angiver flest, at deres medarbejdere har uddannelser indenfor kognitiv adfærdsterapi (93%) efterfulgt af grunduddannelsen for alkoholbehandlere i offentlig ambulant alkoholbehandling (81%). Ingen af de privat finansierede behandlingssteder angiver, at deres medarbejdere har taget grunduddannelsen for alkoholbehandlere i offentlig ambulant behandling.

Blandt de offentligt finansierede private tilbud angiver en stor andel (90%), at deres medarbejdere er uddannet indenfor kognitiv adfærdsterapi eller at de har en anden terapeutisk uddannelse (87%). Alle de privat finansierede behandlingssteder der har besvaret spørgeskemaet angiver, at en eller flere af deres medarbejdere har en anden terapeutisk uddannelse (100%).

Af anden kompetencegivende uddannelses nævnes Motiverende Interview (MI), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion Fokuseret Terapi (CFT), familieorienterede uddannelser, uddannelser i dobbeltdiagnoser og Dialektisk Adfærdsterapi (DAT).

⁶¹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Alkohol relaterede helbredssekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens.*

Figur 10 Andel af behandlingssteder, der har en eller flere medarbejdere med kompetencegivende efteruddannelser, opdelt på offentlige, offentligt finansieret private og private behandlingssteder. n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private = 30, privat finansierede = 11)



Note: Figuren summerer til over 100%, da hvert behandlingssted har kunne angive flere typer efteruddannelser. Kategorien "Andet efteruddannelse, kurser m.fl." dækker over alle "Andet"-fritekstbesvarelser. Grafen viser ikke, hvor stor en andel af medarbejderne, der har uddannelsen, men hvorvidt der er minimum en medarbejder på behandlingsstedet, der har en given kompetencegivende efteruddannelse.

I COWI og Decides undersøgelse fra 2019 blev det ikke kortlagt, hvilke specifikke efteruddannelser personalet havde på behandlingsstederne, men på tværs af behandlingssteder fandt afdækningen, at der blev tilbudt behandlinger, som knyttede sig til de nævnte efteruddannelser, såsom kognitiv terapi. I de nationale kliniske retningslinjer nævnes kognitiv adfærdsterapi i forhold til den familie familieorienterede alkoholbehandling. Således indikerer NHG's spørgeskemaundersøgelse, at alkoholbehandlingsstederne blandt andet efteruddanner sig på de metoder, som er angivet i de nationale anbefalinger, men også at andre terapeutiske efteruddannelser er indeholdt på behandlingsstederne.

I NHG's spørgeskemaundersøgelse angiver 19 %, at der er behov for mere uddannelse og træning af personale for at sikre kvaliteten i alkoholbehandlingen. Generelt understreger medarbejdere og ledere i NHG's caseundersøgelse også, at alkoholbehandling er et komplekst område. Det stiller krav til medarbejdernes erfaringsniveau og kompetencer. Nogle behandlingssteder påpeger endda, at de ikke ansætter nyuddannede, da borgerne anses som værende for komplekse. Flere andre beskriver at have specifikke krav til efteruddannelse ud over de socialfaglige uddannelser, f.eks. som psykoterapeut eller den tidligere uddannelse som alkoholbehandler. Selvom mange behandlingssteders medarbejdere har en eller flere kompetencegivende uddannelser, er det ifølge både offentlige og private behandlingssteder vigtigt, at der fortsat fokuseres på medarbejderudvikling og efteruddannelse.

”Alkoholområdet er et område, som man ikke bliver færdig med. Hvis man ikke opdaterer sig med ny viden, så kan man komme til at stå lidt i stampe som behandlingsinstitution. Så jeg vil håbe, at lederne bliver ved med at kigge på udvikling og efteruddannelser” (medarbejder fra offentligt behandlingssted)

Dog oplever behandlingsstederne ofte at være begrænset af de midler og ressourcer, der er afsat til videreudvikling og efteruddannelse, da det er forskelligt, i hvilken grad behandlingsstederne prioriterer efteruddannelse. Derfor vil der være forskel på, hvad de enkelte medarbejdere kan tilbydes.

”Vi forsøger med de midler, vi har til rådighed, men det kræver, at det prioriteres, så midlerne også følger med. Alternativt kan man vidensdele internt og bringe de kompetencer i spil, som findes i huset allerede” (leder fra offentligt behandlingssted).

3.4 Den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling

Sundheds- og Ældreministeriet har ad hoc siden 2005 finansieret kurser i alkoholbehandling for medarbejdere i offentligt finansieret alkoholbehandling via forskellige puljer. Kurserne var administreret af Center for Offentlig Kompetenceudvikling (COK) og koordineret af Sundhedsstyrelsen og omfattede basis- og grundkurser samt kurser i familieorienteret, dobbeltfokuseret og kognitiv alkoholbehandling. Servicetjekket fra 2019 konkluderede som nævnt, at der for at sikre kontinuitet var behov for at etablere en formaliseret alkohol- eller rusmiddelbehandleruddannelse på en uddannelsesinstitution, så uddannelsen af kommunale og private medarbejdere på alkoholbehandlingssteder kunne ske gennem det almindelige uddannelsessystem, i stedet for at afhænge af ad hoc finansiering fra statslige puljemidler.⁶² I september 2024 startede en sådan uddannelse – den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling udbudt af Københavns Professionshøjskole og VIA University College⁶³.

I dette afsnit fremlægges uddannelsens format, og hvilke forventninger alkoholbehandlingsstederne har til uddannelsens form og indhold. Det er bl.a. afdækket via interview med uddannelsesansvarlige fra uddannelsesinstitutionerne VIA University College og Københavns Professionshøjskole samt i interviewene som led i caseundersøgelsen på de udvalgte alkoholbehandlingssteder. Det skal dog understreges, at de indledende forventninger er foretaget, inden de første moduler på den nye diplomuddannelse er afholdt.

Diplomuddannelsen i Rusmiddelbehandling udbydes i København og Aarhus, og i 2024-2025 er der mulighed for at søge om tilskud til deltagerbetaling på ca. 2/3 af prisen for et modul⁶⁴. Se Boks 3 for en nærmere beskrivelse af de format- og adgangskrav.

⁶² Sundhedsstyrelsen, 2020. *Servicetjek af offentlig finansieret alkoholbehandling*.

⁶³ VIA University College, u.å. *Diplomuddannelse i rusmiddelbehandling*.

⁶⁴ VIA University College, u.å. *Diplomuddannelse i rusmiddelbehandling*.

Diplomuddannelsen i rusmiddelbehandling er en kompetencegivende uddannelse på 60 ECTS-point.

Uddannelsen svarer til ét års fuldtidsstudie. Du kan også gennemføre hele uddannelsen ved siden af dit arbejde som deltidsstuderende over flere år (max. 6 år).

For at blive optaget direkte på diplomuddannelsen skal du have gennemført én af følgende uddannelser, suppleret med to års relevant erhvervserfaring efter endt adgangsgivende uddannelse: Professionsbacheloruddannelse, Akademiuddannelse, Diplomuddannelse, Bacheloruddannelse, Kandidatuddannelse, Anden relevant uddannelse mindst på niveau med en kort, videregående uddannelse eller en reguleret videregående voksenuddannelse. Har du andre og tilsvarende forudsætninger, kan du søge om optagelse på baggrund af en realkompetencevurdering.

Prisen for et modul på 10 ECTS er 15.300 kr. Prisen for et modul på 15 ECTS er 22.950 kr. I alt koster hele uddannelsen 91.800 kr.⁶⁵ Offentlige behandlingssteder og nogle faggrupper kan søge midler fra Kompetencefonden til deltagerbetaling.

De uddannelsesansvarlige forklarer, at intentionen ved at sammenlægge alkohol- og stofområdet i én samlet uddannelse i rusmiddelbehandling er at skabe et fælles fagligt fundament, som skal give et bredere og mere helhedsorienteret perspektiv på den enkelte borger, deres behandling og forløb. Formålet med at udvikle den nye diplomuddannelse har været følgende:

- At styrke rusmiddelbehandleres behandlingskompetencer og viden på rusmiddelområdet inden for både stof- og alkoholområdet.
- At yde et systematisk kompetenceløft af behandlingsområdet.
- At styrke kvaliteten og ensartetheden i alkoholbehandlingen og den sociale stofbehandling i hele landet, så den kvalitet, som borgeren møder, ikke afhænger af bopæl.
- At bidrage til et fælles sprog i alkoholbehandling og social stofbehandling.

Uddannelsen er bygget op af tre obligatoriske moduler, som indfører de studerende i for eksempel lovgivning, tilgange og metoder på området. Derudover er der valgmoduler, hvor de studerende kan specialisere sig i enten familieorienteret rusmiddelbehandling, behandling til unge, behandling til mennesker med komplekse problematikker eller kognitive metoder. Det er muligt at tage hele diplomuddannelsen eller at udvælge enkelte moduler.

NHG's spørgeskemaundersøgelsen til alkoholbehandlingsstederne viser:

- at 48% af behandlingsstederne forventer at sende medarbejdere på den nye diplomuddannelse inden for de næste 2 år.

⁶⁵ VIA University College, u.å. *Diplomuddannelse i rusmiddelbehandling*.

- at 60% af de offentlige behandlingssteder regner med at sende en eller flere medarbejdere afsted, mens andelen er 40 % blandt de offentligt finansierede private behandlingssteder og 10 % blandt de privat finansierede behandlingssteder.

I tråd hermed oplyser Københavns Professionshøjskole, at et fuldt hold på 30 studerende startede på første modul på uddannelsen i september 2024. Lige så har VIA University College startet et fuldt hold på 26 studerende i september 2024. På Københavns Professionshøjskole starter endnu et hold på første modul i december 2024, og der er allerede 19 tilmeldte. Københavns Professionshøjskole oplyser, at langt de fleste studerende på første hold har tilkendegivet, at de ønsker at tage en fuld uddannelse, men at de ikke er forpligtet herpå, og at der indtil videre er 17 tilmeldte til modul 2 som starter i januar 2025.

NHG's caseundersøgelsen viser, at ledere og medarbejdere generelt er positivt stemt i forhold til den nye diplomuddannelse, og at de forventer at sende medarbejdere afsted på uddannelsen. Flere ledere nævner i den forbindelse, at det er positivt, at det er muligt at tage enkelte moduler. Det gør det muligt at sende flere medarbejdere afsted og udvælge de moduler, som er relevant for den enkelte alkoholbehandler. Nogle ledere fortæller dog også, at ingen af deres medarbejdere endnu har efterspurgt at komme på uddannelsen og caseundersøgelsen finder også, at ikke alle medarbejder kender til den nye uddannelse endnu.

At den nye diplomuddannelse udbydes på to forskellige professionshøjskoler, vil give større prestige ifølge de interviewede uddannelsesansvarlige, og deres antagelse er, at det for nogle medarbejdere vil gøre det mere attraktivt at tage uddannelsen. De nye adgangskrav om to års relevant erhvervserfaring og adgangsgivende uddannelse⁶⁶ er ifølge de uddannelsesansvarlige et signal til behandlingsstederne om, at man bør have en social- eller sundhedsfaglig baggrund og en vis erhvervsfaring, hvis man skal varetage rusmiddelbehandling og kunne kalde sig rusmiddelbehandler.

Nogle af de interviewede ledere i NHG's caseundersøgelse udtrykker dog bekymring for, at den nye uddannelse bliver for teoretisk og mindre praksisorienteret end den tidligere grunduddannelse i alkoholbehandling⁶⁷. Andre er bekymrede over, om diplomuddannelsen bliver for dyr til, at behandlingsstederne vil kunne sende medarbejdere afsted, og de peger også på, at det kan være en udfordring, at uddannelsen kan tage flere år at gennemføre, hvor den tidligere grunduddannelse var "let tilgængelig", fordi den "kun" tog 16 dage i alt at gennemføre som forløb⁶⁸.

"Vi var glade for grunduddannelsen for alkoholbehandling, som gjorde, at folk var godt rustede. Den nye diplomuddannelse lyder mere teoretisk. Den skal testes, og vi vil sende nogle afsted for at prøve den af. Der var en masse praktisk i den gamle

⁶⁶ VIA University College, u.å. *Diplomuddannelse i rusmiddelbehandling*.

⁶⁷ Dem, der har været ansvarlige for at udvikle uddannelsen, understreger dog, at den er blevet udviklet med et stort fokus på at være praksisorienteret, og derfor burde ledernes bekymring løbende afkræftes efterhånden, som der har været deltagere afsted på uddannelsen

⁶⁸ Den tidligere grunduddannelse var tilgængelig som kurser, og det var således ikke muligt at få merit eller etcs-points for denne, modsat den nye diplomuddannelse. Den var således på et andet niveau.

uddannelse, det bliver spændende om det findes i den nye uddannelse". (Leder på offentligt behandlingssted)

Lederne på de offentlige behandlingssteder udtrykte ved NHG's casebesøg stor tilfredshed med den tidligere grunduddannelse. Det var ledernes opfattelse, at den tidligere grunduddannelse sikrede et godt grundniveau af kompetencer for alle på behandlingsstederne og skabte et fælles sprog på tværs af fagligheder, da det var med til at sikre en mere homogen alkoholbehandling. De så dette som en styrke ved den tidligere uddannelse.

Lederne er bekymrede for om, hvorvidt den nye diplomuddannelse også kan bidrage til at sikre et grundniveau af kompetencer. Lederne frygter, at de kan blive nødt til hver især at arrangere egen undervisning (f.eks. ved at hyre eksterne konsulenter) for at sikre nyansatte i alkoholbehandlingen de nødvendige basiskompetencer. Det skal dog nævnes, at også den gamle grunduddannelse fik etableret to adgangskriterier: 1) minimum en mellemlang videregående uddannelse indenfor det sociale, pædagogiske eller sundhedsfaglige område, 2) overvejende arbejdet med behandling af alkoholproblemer. Derfor har både den nye og den gamle uddannelse haft et krav om et vidst basisniveau af kompetencer for at sikre et højt fagligt niveau på selve uddannelserne. Af COWI og Decides afdækning fra 2019 var der omvendt udfordringer med at komme på den tidligere uddannelses' specialerede moduler, hvis man allerede havde relevant erfaring og ikke måtte deltage på basisuddannelsen (som var adgangsgivende for de specialiserede moduler). Det lader til, at begge uddannelsesforløb altså har eller kan give individuelle udfordringer i forhold til adgang.

NHG's undersøgelse viser, at på nuværende tidspunkt har der været en større interesse i den nye uddannelse fra de kommunale behandlingssteder. Men da diplomuddannelsen skal sikre et bredt og systematisk kompetenceløft af hele rusmiddelbehandlingen, kan det være en udfordring, hvis kun få private behandlingssteder ønsker at sende deres medarbejdere på uddannelsen i fremtiden. De offentlige behandlingssteder har mulighed for at søge tilskud til uddannelsen, mens private behandlingssteder – med og uden offentlig finansiering – ikke har mulighed herfor.

I den forbindelse viser caseundersøgelsen, at nogle af de private behandlingssteder er ærgerlige over, at der på den nye diplomuddannelse er et krav om mindst to års erhvervserfaring og relevant uddannelse. Det skyldes, som tidligere vist, at de private alkoholbehandlingssteder har en anden personalesammensætning og ansætter tidligere alkoholafhængige, som ikke alle har de adgangsgivende uddannelser. Dog er der en mulighed for at søge om en realkompetencevurdering, hvis man ikke opfylder de formelle krav.

Af NHG's caseundersøgelse fremgår det også, at enkelte ledere på de private behandlingssteder er direkte afvisende overfor at sende deres medarbejdere afsted på diplomuddannelsen. Dette begrundes med, at de arbejder efter Minnesotabehandling

eller 12-trins metoden⁶⁹, og derfor ikke vurderer, at det er relevant for deres medarbejdere at skulle uddannes i andre alkoholbehandlingsmetoder.

På baggrund af NHG's indledende undersøgelse er der blandede forventninger til uddannelsen.

3.5 Opsummering om personalekapacitet og kompetencer

Den nuværende personalekapacitet på alkoholbehandlingssteder varierer meget afhængigt af deres størrelse og type. For det første har der været en generel nedgang i personalekapaciteten på de offentligt finansierede behandlingssteder siden 2019, men der er betydelige forskelle mellem offentlige og privat finansierede behandlingssteder. De mindre behandlingssteder med få ansatte kan have svært ved at levere et tværfagligt miljø. Dette problem er særligt udtalt blandt de privatfinansierede behandlingssteder og de mindre offentlige behandlingssteder (små kommuner).

En anden væsentlig udfordring er de geografiske forskelle, hvor især behandlingssteder beliggende i Region Nordjylland skiller sig ud med et lavt antal årsværk pr. behandlingssted. Dette kan gøre det vanskeligt at opretholde et fagligt bæredygtigt miljø, hvilket er nødvendigt for at sikre en effektiv behandling.

Generelt er de socialfaglige og pædagogiske kompetencer de mest udbredte på alkoholbehandlingsstederne målt i årsværk. Da visse dele af alkoholbehandlingen, såsom akutte og medicinske indsatser, ifølge Sundhedsstyrelsen kun kan varetages af sundhedsfagligt personale, kan det være en udfordring, hvis adgangen til disse ikke kan opretholdes og i nogle tilfælde styrkes.

Kapitlet viser, at der er stor forskel på personalesammensætningen i alkoholbehandlingssteder afhængigt af deres finansieringsform. Offentlige behandlingssteder har flest socialfagligt uddannede medarbejdere, mens sundhedsfaglige kompetencer fylder mindre, især på de privatfinansierede steder. Privatfinansierede behandlingssteder benytter ofte tidligere alkoholafhængige som behandlere og har færre sundhedsfagligt uddannede ansatte. Samtidig oplever mange behandlingssteder udfordringer med samarbejdet med psykiatrien, da mange borgere afvises grundet deres afhængighed.

For fremover at styrke integreret psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling, etableres et nyt regionalt dobbeltdiagnosestilbud. Med det nye tilbud er det besluttet at ændre fordelingen af behandlingsansvar mellem regioner og kommuner med henblik på at sikre en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Der etableres et samlet og integreret tilbud af høj kvalitet forankret i regionerne med henblik på at sikre

⁶⁹ Udgangspunktet i Minnesotabehandling er, at alkoholafhængighed er en kronisk og progressiv sygdom, og målet med behandling er afholdenhed, og personens accept af, at personen ikke kan tåle alkohol. Derudover kobles en tro på, at højere magter kan støtte. Behandlingen er også udgjort om et selvhjælpsprogram bestående af 12 trin og borgerne opfordres til at blive aktiv deltager i 12-trins-sammenholdet (AA). Minnesotabehandling har høj grad af struktur og er ofte manualiseret. I Danmark tilbydes Minnesotabehandling primært i privat døgnbehandling, men enkelte steder tilbyder også ambulant behandling. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*.

en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbruget og eventuelle somatiske sygdomme. Dette skal forbedre sammenhængen i behandlingstilbuddene og sikre, at borgerne ikke falder mellem to stole. Samtidig fremlægger kapitlet behandlingsstedernes vurdering af, at de fortsat kommer til at skulle håndtere lettere psykiske problemstillinger, såsom angst og depression, i den almindelige alkoholbehandling, og at dette kan være vanskeligt for dem, hvis de ikke har adgang til sundhedsfaglige kompetencer.

Endelig viser kapitlet behandlingsstedernes oplevelse af vigtigheden af efteruddannelse for behandlingspersonalet, men at der også store forskelle mellem offentlige og private behandlingssteder, hvad angår niveauet af efteruddannelse. Den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling, der starter i 2024, forventes at løfte det generelle uddannelsesniveau på sigt, men der er bekymringer over, om den vil være for teoretisk og for dyr for mange behandlingssteder og derved udelukke nogle.

Samlet set peger undersøgelsen på, at der kan være udfordringer forbundet med forskelle i personalekapaciteten og kompetencerne i forhold til at kunne sikre en høj kvalitet og ensartet behandling på tværs af Danmark.

4

DEN FAGLIGE KVALITET I ALKOHOL- BEHANDLINGEN

4. Den faglige kvalitet i alkoholbehandlingen

Kapitlet belyser behandlingstilbuddenes indhold og form på tværs af landet og afdækker kvaliteten og serviceniveauet af disse tilbud på forskellige parametre. Herunder undersøger kapitlet, hvorvidt behandlingsstederne arbejder med og lever op til Sundhedsstyrelsens standarder, retningslinjer og anbefalinger.

SAMMENFATNING AF RESULTATER OM DEN FAGLIGE KVALITET

En indikator for, om alkoholbehandlingen har en høj faglig kvalitet er, hvorvidt den baserer sig på evidensbaserede metoder og følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det er vanskeligt at konkludere noget entydigt, hvor den faglige kvalitet i behandlingen er bedst, da dette svinger ud fra, hvilken indikator man ser på. Sammenligner vi med resultaterne fra afdækningen i 2019 er der få områder, som har udviklet sig i en positiv retning, og flere hvor kvalitetsniveauet er uændret. Dertil kommer indikatorer, hvor niveauet er faldet siden 2019.

Nedenfor opsummeres resultaterne om serviceniveauet på specifikke indikatorer, og om hvorvidt og hvordan behandlingsstederne på forskellige områder følger evidensen.

OPSPORING OG INDGANG TIL BEHANDLINGEN

Størstedelen af borgerne i behandlingen er selvhenvendende.

Ifølge data fra NAB er der en lille andel af borgerne, som kommer fra andre sektorer og områder. I 2023 kom 3 % fra Socialforvaltningen, 5,5 % fra praktiserende læger, 2 % fra skadestuer eller hospitaler og 3 % fra et psykiatrisk hospital.

Det er meget varierende, hvilken grad af formaliseret samarbejde behandlingsstederne har med andre forvaltningsområder og sektorer, men tæt samarbejde og øget fokus kan have positiv effekt på opsporing.

Casebesøgene viser, at der er positive erfaringer med at have ekstra fokus på samarbejde med andre forvaltninger, praktiserende læger eller sygehuse, men dette er ofte periodevis eller personafhængigt.

Samarbejdet med andre sektorer og områder, om at motivere flere borgere til at opsøge behandling, varierer.

Der er stadig et varierende samarbejde og grader af indsatser for tidlig opsporing i andre dele af sundhedsvæsenet (fx praktiserende læge og sygehuse), andre kommunale forvaltninger og andre sektorer.

GRUNDLAG FOR BEHANDLINGEN

Der er forskel på, hvorvidt behandlingsstederne arbejder ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger og

Nogle offentlige finansierede behandlingssteder efterspørger nationale kvalitetsstandarder.

retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed.

Størstedelen af de offentligt finansierede behandlingssteder angiver selv at arbejde ud fra de nationale kliniske retningslinjer eller Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale, mens andelen af privatfinansierede, der gør dette, er lav.

Lidt over hver fjerde offentlige såvel som private behandlingssteder med offentlig finansiering oplever, at det er en udfordring for kvaliteten af alkoholbehandlingen, at der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende). Behandlingsstederne oplever, at der uden sådanne veldefinerede ydelser kan være tvivl om, hvilke krav, der er til behandlingen, og hvilket grundlag godkendelser til offentlig finansiering baseres på.

OPSTART AF BEHANDLING OG DEN AKUTTE BEHANDLING

Langt de fleste behandlingssteder overholder behandlingsgarantien, der er en patientrettighed i Sundhedsloven.

96 % af behandlingsstederne samlet set angiver at have en ventetid for opstart af behandling på under 14 dage. Dette ligger på niveau med resultaterne fra Servicetjekket i 2019.

Størstedelen af de offentligt finansierede alkoholbehandlingssteder varetager afrusning og abstinensbehandling, mens det er en mindre andel af rent privat finansierede behandlingssteder.

Afrusning og abstinensbehandling er en sundhedsfaglig opgave, som primært varetages af læger og sygeplejersker på behandlingsstederne. De steder, som ikke selv varetager afrusning og abstinensbehandling, varetages det på sygehuset eller på udvalgte behandlingssteder. Nogle private steder er også imod brugen af medicin.

Langt fra alle behandlingssteder screener systematisk for somatisk og psykiatrisk komorbiditet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i deres rådgivningsmateriale en indledende systematisk kortlægning af borgeren, som inkluderer screening for somatisk og psykiatrisk komorbiditet. Siden 2019 er der sket fald i, hvor mange der screener systematisk. I 2019 screenede 70 % af de offentligt finansierede behandlingssteder systematisk for begge typer komorbiditet, mens andelen i 2024 for de offentligt finansierede er 69 % for somatisk komorbiditet og 48 % for psykiatrisk.

Visitationen til dag- og døgnbehandling er uensartet på tværs af kommuner, men især mennesker i social udsathed bevilges døgnbehandling i offentligt regi, hvilket Sundhedsstyrelsen også anbefaler, mens ressourcestærke opsøger døgnbehandling i privat regi.

Sundhedsstyrelsen anbefaler dag- eller døgnbehandling til personer med sociale problemer udover alkoholafhængighed eller ved svær alkoholafhængighed. Evidensen på området finder ingen dokumentation på forskel i effekt og anbefaler derfor at tage borgerens præferencer i betragtning ved behandlingsplanlægning. Der er store forskelle på, hvilken målgruppe der får døgnbehandling i privat og offentligt regi.

BEHANDLINGSTILBUD, -FORM OG -METODE

Den gennemsnitlige længde på behandlingsforløb er fortsat steget.

Behandlingslængden var ifølge NAB-analyser i gennemsnit lidt over 11 måneder i 2023. Det er længere, end de fra Sundhedsstyrelsen i udgangspunktet anbefalede tre måneder for ambulant

Der er indikationer på, at behandlingsstederne i højere grad er begyndt at følge evidensen om medicinsk behandling, men det kan stadig forbedres.

Disulfiram (Antabus) er ligesom i 2019 det lægemiddel, som anvendes på flest behandlingssteder, på trods af at dette ikke

behandling. Længden tilpasses samtidig individuelt, men de fleste behandlingssteders standardforløb er omtrent seks måneder. Nogle steder er standardforløbet op til et år eller halvandet. Disse forløb vil typisk inkludere et lavintensivt (efterbehandlings)forløb.

er førstevalgs- eller andenvælgspræparat. Selvom salget af disulfiram fortsat er faldet siden 2019, indikerer data fra Medstat alligevel, at der stadig er langt flere borgere, der modtager disulfiram end det anbefalede acamprosat.

•

Det kan være en udfordring for kvaliteten af den ambulante behandling, hvis der går for lang tid mellem samtalerne.

Travlheden og mangel på ressourcer bliver af behandlingsstederne håndteret ved at øge tiden mellem hver ambulante samtale og gør dermed også forløbet længere. I travle perioder kan tiden mellem hver samtale blive øget mere, end hvad er hensigtsmæssigt for kvaliteten. Det kan også forklare den lange længde af behandlingsforløbene.

•

Der er fortsat 17 %, som ikke har tilbud til pårørende, og selve tilbuddets omfang og karakter varierer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at have tilbud til pårørende, og derfor kan det være en udfordring, at hvert sjette behandlingssted ikke har dette. Andelen er stort set uændret ift. tidligere undersøgelser, selvom der er stor enighed om vigtigheden af tilbuddet. Involvering af pårørende bliver fremhævet som afgørende for en succesfuld behandling.

•

Det primære tilbud til borgerne er på tværs af behandlingsstederne individuel terapi, efterfulgt af gruppeterapi.

Denne praksis flugter med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og evidens på området, som bredt anbefaler at tilbyde samtalebehandling i enten gruppe eller individuelt format, da der ikke er fundet forskel i effekten af de to.

•

Kognitiv adfærdsterapi (KAT) og motivational interviewing (MI) er blandt de mest hyppigst brugte metoder på tværs af behandlingssteder.

I forhold til disse metodevalg følger behandlingsstederne evidensen på området. KAT og MI fremhæves således som de mest hyppigst anbefalede samtalebaserede metoder, og dem hvor effekten er mest veldokumenteret.

•

Der er bredt set flere behandlingssteder, der tilbyder NADA-akupunktur end familieorienteret behandling.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at tilbyde familiebehandling, og der er et stærkt evidensgrundlag herfor. Samtidig er der ingen dokumentation for evidensen af NADA-akupunktur. Undersøgelsen viser, at NADA anvendes som supplement til den øvrige evidensbaseret alkoholbehandling.

•

Udover KAT og MI, er der visse forskelle på, hvilke metoder de offentligt finansierede og de privatfinansierede behandlingssteder benytter sig af.

Især benytter de privatfinansierede behandlingssteder sig i høj grad af 12-trins metoden, som er en metode ingen af de offentlige behandlingssteder angiver at anvende. Evidensen viser, at 12-trins metoden formentlig er lige så effektiv som anden manualbaseret behandling, f.eks. KAT.

•

Internetbaseret alkoholbehandling er endnu ikke et særlig udbredt tilbud.

Et nyligt forskningsprojekt fra SDU finder lige så god effekt ved onlinebehandling som fysisk behandling og peger på flere fordele ved online behandling. Det skal dog

understreges, at der fortsat ikke er meget forskning på området.

SEKTOROVERGANGE

Mens sektorovergange ifølge knap halvdelen af de offentligt finansierede behandlingssteder er en af de største udfordringer i alkoholbehandlingen (45 %), oplever ingen af de privatfinansierede det som et problem.

Sektorovergange i alkoholbehandlingen er især forbundet med borgernes indgang til behandling, men kan også være i samarbejder om fx afrusning. En forklaring på, at de privatfinansierede ikke ser sektorovergange som en udfordring, kan være, at de i lav grad samarbejder med andre sektorer.

Flere behandlingssteder oplever samarbejdsvanskeligheder med psykiatrien, da borgere afvises på grund af deres afhængighed.

Flere borgere i alkoholbehandlingen har psykiske eller psykiatriske problemstillinger, som er tæt knyttet til deres alkoholproblem. Derfor er samarbejdet med psykiatrien vigtigt. Fra 1. september 2024 etableres et samlet og integreret tilbud forankret i regionerne med henblik på at sikre en samtidig og koordineret behandling af både den psykiske lidelse, misbruget og eventuelle somatiske sygdomme for mennesker med moderate eller svære psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik. Derfor vil nogle blive flyttet fra den kommunale alkoholbehandling til det regionale tilbud, hvorved udfordringen vil blive mindsket.

4.1 Formål og baggrund

Dette kapitel undersøger behandlingstilbuddenes indhold på tværs af landet og vurderer kvaliteten og den samlede alkoholbehandling i Danmark.

Der er flere undersøgelser som tidligere har peget på udfordringer med kvaliteten i alkoholbehandlingen. Alkohol & Samfund konkluderede i 2019 i en landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende, at der stadig var stor forskel på, hvad borgere med alkoholproblemer har adgang til i landets 98 kommuner. Herunder at der var stor forskel på om kommunerne tilbød medicinsk behandling, herunder tilbød 23 % ikke afrusning og 28 % ikke abstinensbehandling, og på selve indholdet i behandlingen - fra udelukkende individuelle samtaler, til mulighed for gruppeterapi og parterapi.⁷⁰ Andre har peget på, at det er en udfordring, at ikke alle behandlingssteder screener for somatisk eller psykiatrisk komorbiditet.⁷¹

Servicetjekket fra 2019 vurderede, at der kunne være behov for nationale vejledninger eller kvalitetsstandarder, som mere detaljeret beskriver indholdet af god alkoholbehandling, for at sikre, at denne er evidensbaseret og kvalitetssikret, uafhængig af bopælskommune. Derudover viste undersøgelsen, at

⁷⁰ Alkohol & Samfund. 2019. *Kommunal alkoholbehandling 2018 – landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende.*

⁷¹ COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*; & Larsen, 2017. *Alkoholbehandling: Det sejler stadig*

Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at et behandlingsforløb som udgangspunkt planlægges af tre måneders varighed, ikke altid blev efterlevet.

Formålet med dette kapitel er derfor at afdække, hvilke behandlingstilbud, der er på tværs af landet, og hvordan form og indhold på disse tilbud ser ud. Kapitlet har herunder til formål at afdække, hvorvidt behandlingsstederne arbejder med og lever op til Sundhedsstyrelsens standarder, retningslinjer og anbefalinger, blandt andet om ventetid og behandlingstid.

Kapitlet tager udgangspunkt i følgende primære undersøgelsesspørgsmål:

- Hvordan ser ventetiden på behandling ud? (Overholdes Sundhedslovens §141 med 14-dages frist for behandling?)
- Hvordan arbejdes der med visitation til de forskellige behandlingstyper (ambulant, dag, døgn), behandlingsplaner og behandlingsforløb ud fra patientens behov og evidens på området?
- Hvordan varetages afrusning og abstinensbehandling?
- I hvilket omfang bliver der taget udgangspunkt i retningslinjer, standarder og rådgivningsmaterialer fra Sundhedsstyrelsen?
- Hvad er behandlingstiden?
- Hvilke behandlingstilbud, -form og -metoder udbydes til borgere og pårørende?
- Hvordan samarbejdes der på tværs af sektorer, og hvordan håndteres sektorovergange?

Kapitlet er delt op i fem underafsnit: 1) Opsporing og indgang til behandlingen, 2) Grundlag for behandlingen, 3) Opstart af behandlingen og den akutte behandling, 4) Behandlingstilbud, -form og -metode, samt 5) Sektorovergange.

4.1.1 Datagrundlag

Den faglige kvalitet i alkoholbehandlingen er afdækket via NHG's landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til offentlige, selvejende og private behandlingssteder, som 100 behandlingssteder har besvaret (samlet svarprocent = 62 %, hhv. 59 offentlige behandlingssteder, 30 private behandlingssteder, som leverer offentligt finansieret alkoholbehandling, og 11 private behandlingssteder, som kun leverer privat finansieret behandling).

Udover spørgeskemaundersøgelsen trækker kapitlet på NHG's 15 casebesøg på alkoholbehandlingssteder, hvor ledere og medarbejdere er blevet interviewet. Dertil kommer seks interviews med relevante samarbejdsaktører til alkoholbehandlingen, hvoraf fire var med repræsentanter fra akutmodtagelser (herunder socialsygeplejersker) og to med praktiserende læger.

Kapitlet forholder løbende resultaterne fra NHG's dataindsamling med retningslinjer og anbefalinger på området, som findes i Sundhedsstyrelsens to udgivelser *"Behandling af alkoholafhængighed. National klinisk retningslinje"* (2018) og *"Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale"* (2008). Derudover inddrager kapitlet forskellige eksisterende undersøgelser, hvoraf de vigtigste er:

- *"Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling"*, COWI/Decide, 2019

- *"Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling"*, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Syddansk Universitet, 2023

For en uddybning af metoden se Bilag 2.

4.2 Opsporing og indgang til alkoholbehandlingsstederne

Som nævnt konkluderede COWI/Decides afdækning i 2019, at opsporingsgab, hvor borgere med et behandlingsbehov overstiger antallet af borgere i behandling, var blandt de største udfordringer med alkoholbehandlingen. Dette opsporingsgab eksisterer fortsat, da der som nævnt i kapitel 1, var omtrent 28.000 borgere i alkoholbehandling i 2023⁷², mens den seneste opgørelse af antallet af borgere med alkoholproblemer viser, at der i 2021 var omtrent 402.000 borgere med moderate alkoholproblemer og 67.000 med svære alkoholproblemer⁷³, og dette tal må antages at være i nogenlunde lignende omfang i 2023.

Dette opsporingsgab er et resultat af, at der i gennemsnit går 11 år, før dem, der søger behandling for deres alkoholproblemer i Danmark, kommer i behandling⁷⁴. Det betyder, at borgere med en alkoholafhængighed i lang tid går ubehandlet, ligesom der er en gruppe, som aldrig kommer i behandling.

Opsporingsgabets gør det vigtigt at afdække, hvordan borgernes indgang til alkoholbehandlingen ser ud. Behandlingsstederne har i NHG's spørgeskemaundersøgelse angivet, hvor deres borgere bliver henvist fra eller opfordret til at søge hjælp til deres alkoholforbrug. Ser vi på, hvorfra flest behandlingssteder angiver at få henvist borgere, fremgår det, at næsten alle behandlingssteder på tværs af type angiver, at de har selvhenvendende og borgere, som er henvist af familie eller venner. Der er dog visse forskelle på de offentligt finansierede og privatfinansierede behandlingssteder, i forhold til hvem flest af dem angiver at få henvisninger fra (se Figur 11). Udover selvhenvendende og familie eller venner, angiver flest af de offentlige behandlingssteder at få henvisninger fra hospitalsafdelinger, praktiserende læger, og kommunale forvaltninger. For de rent privatfinansierede er arbejdsgiveren blandt de henvisningskilder, som næsten alle behandlingsstederne angiver at modtage henvisninger fra (91 %). Dernæst kommer også henvisninger fra pensionsordninger eller sundhedsforsikringer (64 %) og fra praktiserende læge (55 %).

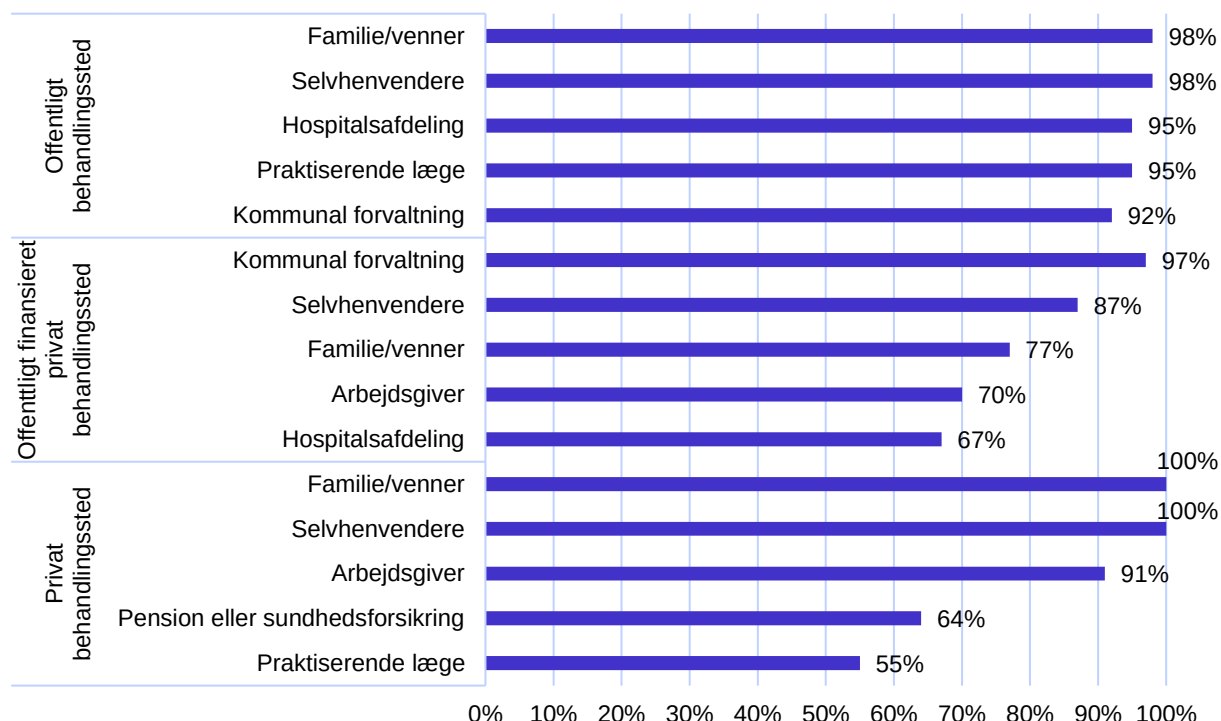
De offentligt finansierede private behandlingssteder ligner meget de offentlige behandlingssteder, hvad angår henvisningskilderne, udover at en stor andel også angiver at få henvisninger fra arbejdsgiveren (70 %). Disse fund følger tendenserne fra afdækningen i 2019.

⁷² En kombination af Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, data fra Forsikring & Pension, og NHG's spørgeskemaundersøgelse 2024. For uddybet opgørelse se kapitel 1 i NHG's undersøgelse.

⁷³ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Antal danskere med et alkoholproblem.*, s. 6

⁷⁴ Sundhedsstyrelsen, 2015. *Alkoholstatistik 2015. Nationale data.*

Figur 11 De fem henvendelsestyper flest behandlingssteder angiver, at deres borgere kommer fra (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n= 100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private = 30, privat finansierede = 11))



Note: Figuren summerer til over 100%, da behandlingsstederne har kunne angive flere svar.

Hvor mange henvendelser, der kommer fra de forskellige kilder, registreres i NAB for de offentligt finansierede behandlingssteder. Af NAB fremgår det, at der er langt flest selvhenvendere, som opstarter behandling.⁷⁵ Interviews fra NHG's casebesøg nuancerer disse fund, idet selvhenvendere også kommer på foranledning af pårørende, arbejdsgivere eller andre instanser i kommunen. Det kan derudover også indikere en registreringspraksis, hvor borgere typisk – og for ofte - registreres som selvhenvendere i NAB, selvom de helt eller delvis også kan være blevet motiveret til at opsøge behandling af andre. I den kommende revision af NAB gives der mulighed for, at registreringen af opfordringerne eller motivationen uddybes, hvilket sandsynligvis vil medføre en mere retvisende registreringspraksis.

Indgange til offentligt finansierede private behandlingssteder

Nogle kommuner har som nævnt valgt at udlicitere hele eller størstedelen af deres alkoholbehandling til private leverandører. Uanset om kommunen har valgt dette eller ej, har borgerne dog jævnfør tidligere nævnte selvhenvendprincip mulighed for at gå til et privat behandlingssted med offentlig finansiering i stedet for til deres hjemkommunes eller en anden kommunes behandlingssted for at få ambulant behandling.

⁷⁵ eSundhed, u.å. Alkohol.

De offentligt finansierede private behandlingssteder beskriver på NHG's casebesøg, at borgerne ofte finder frem til dem via mund-til-mund (fx via AA) eller via google, og enkelte beskriver også at få henvisninger gennem samarbejder med kommunerne eller socialsygeplejersker på sygehusene. Et offentligt finansieret privat behandlingssted med ambulant og dagbehandling peger på, at det cirka er en fjerdedel af de borgere, de har i behandling, der har kontakt til kommunerne, inden de kommer til dem. Ifølge behandlingsstedet skyldes disse tilfælde ikke manglende ressourcer hos kommunen, men snarere, at kommunen vurderer, at den konkrete borger passer bedre til deres tilbud.

Derudover beskriver behandlingsstederne ved NHG's casebesøg, at der også er borgere, som opsøger de private behandlingssteder, fordi de ikke vil opsøge kommunale tilbud. Det kan skyldes, at de er bange for, hvad det igangsætter i forhold til deres børn, men det kan også skyldes, at de arbejder på sundheds- eller socialområdet (fx læger eller sygeplejersker) eller i andre kommunale forvaltninger, og derfor enten er bange for konsekvenserne ved at opsøge kommunal behandling, eller at de kender de ansatte. Samtidig gør de offentligt finansierede private behandlingssteder opmærksom på, at de har samme underretningspligt som de offentlige behandlingssteder, hvilket de også oplyser borgerne om, når de opsøger hjælp. Efter § 135 i barnets lov har alle, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, således pligt til at underrette kommunen⁷⁶.

En medarbejder på et offentligt finansieret privat behandlingssted beskriver det sådan, at *"ofte er vores målgruppe dem, som for eksempel ikke har lyst til at gå til egen læge - en gruppe, som ikke vil have andre skal kende til, at de er i behandling."* At borgerne ikke ønsker, at andre kender til deres problemer, kan desuden indikere, at der findes en del selvstigmatisering hos borgere med alkoholproblemer. Sidstnævnte kan være en barriere for, at de vil opsøge behandling.

Opsporing og rekruttering via samarbejde med andre områder og sektorer

Opsporingsgab, hvor borgere med behandlingsbehov overstiger antallet i behandling, betyder, at det er vigtigt, at man via andre sektorer kan få hjælp til at opsøge behandling så tidligt som muligt. Også taget i betragtning af, at antallet af børn, der vokser op med forældre med alkoholproblemer, senest er vurderet at være næsten 110.000 børn, svarende til hvert tiende barn, og at dette har store konsekvenser for disse børns trivsel under opvæksten, men også forventes at få store konsekvenser for dem i deres voksenliv⁷⁷.

Andre kommunale instanser, de praktiserende læger, hospitalernes akutmodtagelser med flere kan spille en væsentlig rolle i at få flere i behandling tidligere. Derfor vil samarbejdet med disse om hjælp til igangsættelse af alkoholbehandling blive beskrevet herunder.

⁷⁶ Social- og Boligministeriet, u.å. *Underretningspligt*.

⁷⁷ Sundhedsstyrelsen, 2023. *Hvert 10. barn vokser op med forældre med alkoholproblemer*.

Andre kommunale instanser

Ifølge data fra NAB var der i 2023 ud af de 7.860 nyindskrevne borgere i året i den offentligt finansierede alkoholbehandling⁷⁸ 230 borgere, svarende til 3 %⁷⁹, der kom fra Socialforvaltningen. Data viser ikke indgange fra andre forvaltninger eller centre for eksempel specifikt fra jobcentret eller sundhedscentret.

COWI og Decides afdækning fra 2019 beskrev, at nogle kommuner og kommunale behandlingssteder havde tæt samarbejde med f.eks. sundhedscenter og andre kommunale forvaltninger, mens andre i mindre grad havde dette fokus i deres opsporing og rekruttering af borgere med alkoholafhængighed.

NHG's caseundersøgelse viser, at denne tendens stadig eksisterer. Af casebesøgene fremgår, at det blandt de offentlige behandlingssteder er meget forskelligt, hvor tæt og formaliseret deres samarbejde med for eksempel jobcenteret er. Det er ikke muligt på baggrund af NHG's undersøgelse at kortlægge, hvad graden af samarbejde på tværs af kommunen kan tilskrives. Casebesøgene viser, at samarbejdet på tværs af kommunale instanser snarere afhænger af behandlingsstedets eller kommunens konkrete plan fra år til år på området og ofte ikke er finansieret som en del af grundbevillingen. Det betyder, at fokus på samarbejde og tidlig opsporing i forskellige forvaltninger ofte vil være periodevis, og ikke forankres som en fast metode eller fast ressourcebrug. Andre steder er samarbejdet personbåret. Nogle offentlige behandlingssteder beskriver, at jobcentret er gode til at henvise borgere, som de ved – eller har mistanke om – har et behandlingskrævende alkoholproblem, mens der andre steder sjældent forekommer henvisninger. Dog indikerer interviewene fra casebesøgene, at kommunerne kan se, at et øget fokus på samarbejde internt i kommunen har betydning for, hvor mange borgere de modtager fra for eksempel jobcentre.

"Tværfaglighed i form af samarbejde med andre forvaltninger giver god kvalitet. Vi har samarbejds møder og snitflader, hvor vi snakker sammen med for eksempel jobcenter, og borgeren oplever, at vi står fælles om at hjælpe dem. Her har vi meget fokus på det, men det er ikke en selvfølgelighed for andre behandlingssteder."
(Medarbejder på offentligt behandlingssted)

Opsporing via samarbejde med praktiserende læger

Mennesker med alkoholproblemer har større tilbøjelighed til at være i kontakt med sundhedsvæsenet end mennesker uden alkoholproblemer. Gruppen af personer, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 10 genstande i løbet af en typisk uge, har 138.217 ekstra kontakter årligt til alment praktiserende læge i forhold til gruppen af personer, der drikker 1-10 genstande i løbet af en typisk uge⁸⁰.

Der er et spring fra at overskride Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser på 10 genstande til at have behov for egentlig alkoholbehandling. Men borgere, der drikker

⁷⁸ Der er ikke data fra de privatfinansierede behandlingssteder

⁷⁹ eSundhed, u.å. *Alkohol*.

⁸⁰ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2022. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*.

væsentligt mere end 10 genstande, har relativt en endnu større kontakt til almen praksis, og generelt gælder, at især borgere med et stort alkoholforbrug, har kontakt med deres egen læge. Derfor kan almen praksis spille en central rolle i at identificere borgere med alkoholproblemer, vurdere behovet for behandling og motivere borgeren til at opsøge hjælp. Ifølge data fra NAB fra 2023 var der 435 borgere, svarende til 5,5% af alle nyindskrevne i den offentligt finansierede alkoholbehandling, som blev henvist fra egen læge⁸¹.

Flere undersøgelser har imidlertid peget på, at alkoholproblemer sjældent bliver italesat af de praktiserende læger, og at alkoholafhængighed generelt kan være vanskeligt at håndtere i almen praksis^{82, 83}. NHG's interviews med praktiserende læger bekræfter, at det kan være svært for lægerne at italesætte mulige alkoholproblemer, bl.a. fordi det er et tabubelagt emne. De interviewede praktiserende læger oplever, at det kan være vanskeligt at vurdere omfanget af patientens alkoholforbrug, da patienten oftest kommer til dem med andre helbredsproblemer. Særligt de ressourcestærke borgere er gode til at skjule deres alkoholproblemer. Samtidig medfører den begrænsede konsultationstid i almen praksis, at det kan være vanskeligt for lægen at komme i dybden ved konsultationerne med borgerne og derved opspore et eventuelt problematisk forbrug.

Der er over tid blevet udviklet forskellige metoder og værktøjer, som skal hjælpe praktiserende læger med at bringe emnet op. For eksempel har DSAM, Alkohol & Samfund og Trygfonden udviklet OBS-guiden (Overvej, Bring det op, Spørg)⁸⁴. Sundhedsstyrelsen har også udviklet et rådgivnings- og implementeringsmateriale baseret på Very Brief Advice-metoden (VBA), som primært er rettet til kommunalt sundhedspersonale, for at understøtte kommunernes tidlige opsporing og dialog om alkohol, som også vil kunne anvendes af praktiserende læger⁸⁵. Senest har Enheden for Klinisk Alkoholforskning og Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense ved SDU udført et pilotstudie (iTAPP-studiet), som afprøver '15-metoden' til at identificere, italesætte og behandle alkoholproblemer blandt patienter i almen praksis. Foreløbige resultater viser, at der er positive effekter af metoden.⁸⁶ Det er ikke muligt på baggrund af NHG's undersøgelse at vurdere, hvor udbredte disse metoder er, men udtalelserne fra de interviewede læger indikerer, at det stadig er vanskeligt for læger at identificere alkoholproblemer og/eller motivere relevante borgere til at opsøge hjælp.

Ligesom i afdækningen fra 2019 viser NHG's undersøgelse, at der er et varierende samarbejde mellem almen praksis og alkoholbehandlingsstederne. På nogle behandlingssteder opleves der at være et godt samarbejde, især når lægerne kender til alkoholbehandlingsstederne i nærområdet. Nogle behandlingssteder har gode erfaringer med at afholde dialogmøder mellem almen praksis og psykiatrien eller

⁸¹ eSundhed, u.å. *Alkohol*.

⁸² Nielsen, 2023. *Nyt værktøj skal forbedre alkoholbehandling i almen praksis*.

⁸³ Felholt, 2021. *Anders Beich: "Vi skal væk fra, hvor meget drikker du?"*.

⁸⁴ Alkohol & Samfund, u.å. *OBS på alkohol i konsultationen*.

⁸⁵ Sundhedsstyrelsen, 2022. *Dialog om alkohol: Rådgivnings- og implementeringsmateriale*.

⁸⁶ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, u.å. *Om iTAPP-studiet*.

kommunen for at skabe en bedre forståelse af ansvar, måder at arbejde på, og hvordan de kan indgå i et tværsektorielt samarbejde.

"Samarbejdet blev styrket, efter de praktiserende læger blev introduceret til, hvordan de kunne hjælpe borgeren hen til rusmiddelcenteret, og hvordan et samarbejde kunne se ud." (Leder af offentligt behandlingssted)

Andre steder er samarbejdet fortsat vanskeligt, blandt andet fordi det kræver, at praktiserende læge holder sig opdateret om mulighederne for alkoholbehandling og gerne vil bidrage i forhold til for eksempel afrusning og abstinensbehandling.

Opsporing via samarbejde med akutmodtagelser og socialsygeplejersker

Mennesker med alkoholproblemer er oftere i kontakt med hospitalsvæsenet både indenfor det somatiske og psykiatriske område. I 2018 var der i alt 23.482 personer med alkoholrelaterede hospitalskontakt⁸⁷. Data fra NAB viser, at der i 2023 var 165 borgere, svarende til 2 % af alle nyindskrivninger i den offentligt finansierede alkoholbehandling, der kom fra skadestuer eller hospitaler⁸⁸, og 255 borgere, svarende til 3 %, der kom fra et psykiatrisk hospital. Også Sundhedsdatastyrelsens analyser viser, at flere har kontakt med sygehuset i perioden op til, at de starter i alkoholbehandling. Således har 70 % af borgerne i alkoholbehandlingen haft minimum et sygehusophold i perioden op til alkoholbehandlingsforløbet, mens andelen af den samlede danske befolkning, som har sygehusbesøg er 49 %⁸⁹.

Derfor har blandt andet akutmodtagelser en rolle at spille i forhold til opsporing og behandling af personer med alkoholproblemer i forbindelse med traumer og indlæggelse. Især kan afrusning være en indgang til alkoholbehandling for borgere, der endnu ikke aktivt har opsøgt alkoholbehandling. Der kan for eksempel være tilfælde, hvor borgeren bliver indlagt på hospitalet med høj alkoholpromille og skal afruses, hvorefter hospitalspersonalet kontakter et alkoholbehandlingssted med henblik på en samtale med borgeren. På akutmodtagelserne og sygehusafdelingerne kommer både ressourcestærke og sårbare borgere ind med alkoholproblematik.

Akutmodtagelserne har ofte tilknyttet én eller flere socialsygeplejersker, hvis opgave er at støtte mennesker i socialt udsathed patienter under indlæggelsen og sikre en smidig overgang til ambulante forløb. Socialsygeplejerskerne arbejder som oftest på tværs af hospitalets afdelinger og tilkaldes af personalet ved behov. NHG's undersøgelse indikerer, at socialsygeplejersker i akutmodtagelserne ofte bidrager med at understøtte, at patienterne på sygehusene kommer videre i offentligt finansierede alkoholbehandling. Dette gælder især de sårbare patienter, men interviews med socialsygeplejersker viser, at de nogle steder også generelt tilkaldes i tilfælde, hvor de forskellige hospitaletsafdelinger vurderer, at der er en alkoholproblematik involveret.

For mange patienter med alkoholproblemer sker henvendelsen til systemet ofte akut, og deres indlæggelse er kortvarig. Det giver socialsygeplejerskerne et begrænset

⁸⁷ Sundhedsstyrelsen, 2025. *Alkoholstatistik 2015. Nationale data.*

⁸⁸ eSundhed, u.å. *Alkohol.*

⁸⁹ Sundhedsdatastyrelsen, 2024. *Alkoholbehandlingen i Danmark.*

tidsvindue til at tale med patienten, afdække behov og lægge en plan for det videre forløb. På Bispebjerg Hospital har man afprøvet nye samarbejdsformer med psykiatrien og de omkringliggende kommuner for borgere i social udsathed, som blandt andet omhandler alkoholproblemer (se Boks 4).

Boks 4 Casebeskrivelse af Flexklinikken på Bispebjerg Hospital

På Bispebjerg Hospital har de etableret 'Flexklinikken'. Klinikken består af socialsygeplejersker, sociallæge og en tværsektoriel samarbejdskoordinator. Teamet går tilsyn på alle afdelinger, laver ambulant opfølgning og samarbejder med alle afdelinger, kommune og psykiatrien. Flexklinikken har afprøvet et pilotprojekt under navnet '**Det Koordinerende Patientteam**', hvor Flexklinikken visiterer patienter ind til drøftelse i et fælles patientteam, bestående af socialsygeplejerske, tilsynsgående psykiatrisk sygeplejerske og rusmiddelbehandlere fra Københavns kommune. Patientens aktuelle situation og behandling under og efter indlæggelse drøftes med henblik at lave en fælles koordineret indsats og fremadrettet plan for patienten.

Eksemplet fra Bispebjerg Hospital er en enkeltstående indsats, og der findes givet en række andre projekter og indsatser i Danmark, der skal medvirke til bedre at håndtere patienter med alkoholproblematik i sygehusvæsenet. Det er dog ikke muligt på baggrund af NHG's undersøgelse nærmere at kortlægge alle indsatserne, der bredt findes i sygehusvæsenet.

NHG's interviews med akutmodtagelserne indikerer, at det kan være et opmærksomhedspunkt, hvilke behandlingssteder sygehusene henviser borgerne til eller hjælper dem med at opsøge kontakt til. Det bliver fremhævet, at der ikke er 'regler' for, hvilke alkoholbehandlingssteder sygehusene skal henvise til - hvorfor personalet ofte henviser til de behandlingssteder, som de kender, fremfor at basere henvisningen på en vurdering af, hvem der er det rette match i forhold til borgeren.

Nogle af de interviewede socialsygeplejersker oplever, at der er stor forskel på tilbuddene i alkoholbehandlingen afhængig af kommunernes størrelse. De giver udtryk for, at det kan være en udfordring, at de mindre kommuner har mindre lægedækning og ikke har mulighed for at overtage afrusning og abstinensbehandling ambulant akut. Det kan ifølge socialsygeplejerskerne enten resultere i, at patienterne skal være indlagt længere tid end nødvendigt, eller at de alene grundet ventetid henviser patienten til private alkoholbehandlingssteder – på trods af, at de ikke ved, hvor kvaliteten af alkoholbehandlingen er bedst.

4.3 Grundlag for behandlingen

Der er forskelligt materiale, som behandlingsstederne i dag kan basere deres behandling ud fra, og det er forskelligt hvilke retningslinjer, de følger. Materialet kan blandt andet omfatte egne standarder, anbefalinger fra udlandet og materiale fra Sundhedsstyrelsen.

Fra Sundhedsstyrelsen er det primært to forskellige dokumenter, som alkoholbehandlingsstederne anbefaler, at man kender til og forholder sig til. Det omfatter *Kvalitet i alkoholbehandling - et rådgivningsmateriale*, som er udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2008, som har til formål at skabe et evidensbaseret fagligt

fundament for alkoholbehandlingen i Danmark. Dertil kommer *National Klinisk Retningslinje Behandling af alkoholafhængighed (NKR)*, som er udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2018 og har til formål at give evidensbaserede nationale anbefalinger for behandling af alkoholafhængighed og bidrage til at højne og ensrette kvaliteten af alkoholbehandling i Danmark.

Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale er mere omfattende og dybdegående, mens NKR'en giver nedslag i specifikke emner med videnskabelig dokumentation og kommer med konkrete anbefalinger. Begge materialer – især rådgivningsmaterialet – er af ældre dato. Dokumenterne er dog den mest opdaterede faglige rådgivning fra Sundhedsstyrelsen, som styrelsen derfor anbefaler at følge, indtil en opdatering har fundet sted⁹⁰.

I NHG's spørgeskemaundersøgelse er behandlingsstederne blevet spurgt ind til, hvad de oplever, som de største udfordringer med kvaliteten af alkoholbehandlingen i Danmark: 29 % svarer 'forældede eller mangelfulde nationale kliniske retningslinjer' til spørgsmålet, og især de offentligt finansierede behandlingssteder angiver det som en udfordring. Dog har SDU's enhed for klinisk alkoholforskning i 2023 udarbejdet *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, som blandt andet er udarbejdet med formålet om at kunne anvendes som grundlag for Sundhedsstyrelsens udformning af opdaterede vejledninger til god alkoholbehandling⁹¹.

Af figuren nedenfor fremgår det, at der er store forskelle på, hvilket grundlag de offentligt finansierede behandlingssteder og de rent privatfinansierede behandlingssteder arbejder ud fra. Det er bemærkelsesværdigt, at 100 % af de offentlige behandlingssteder og 83 % af de offentligt finansierede private behandlingssteder angiver at arbejde efter Sundhedsstyrelsens NKR, mens andelen blot er 9 % af de privatfinansierede behandlingssteder – svarende til ét ud af 11. Af de privatfinansierede behandlingssteder er der flest, som angiver at arbejde ud fra egne beskrivelser af den faglige kvalitet. Derudover fremgår det, at Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale fra 2008 anvendes i mindre grad end NKR, dog med samme tendens i forhold til typen af behandlingssted. Det vil sige, at der er næsten to tredjedele af de offentlige behandlingssteder og en tredjedel af de offentligt finansierede behandlingssteder, der arbejder ud fra rådgivningsmaterialet, og kun én af de privatfinansierede, der gør det.

Sammenligner vi med 2019-niveauet, fremgår det, at andelen af offentligt finansierede behandlingssteder, som følger Sundhedsstyrelsens NKR, er uændret: I 2019 var det i gennemsnit 94 % af de to typer offentligt finansierede behandlingssteder, der fulgte disse, og det er også 94 % i dag.

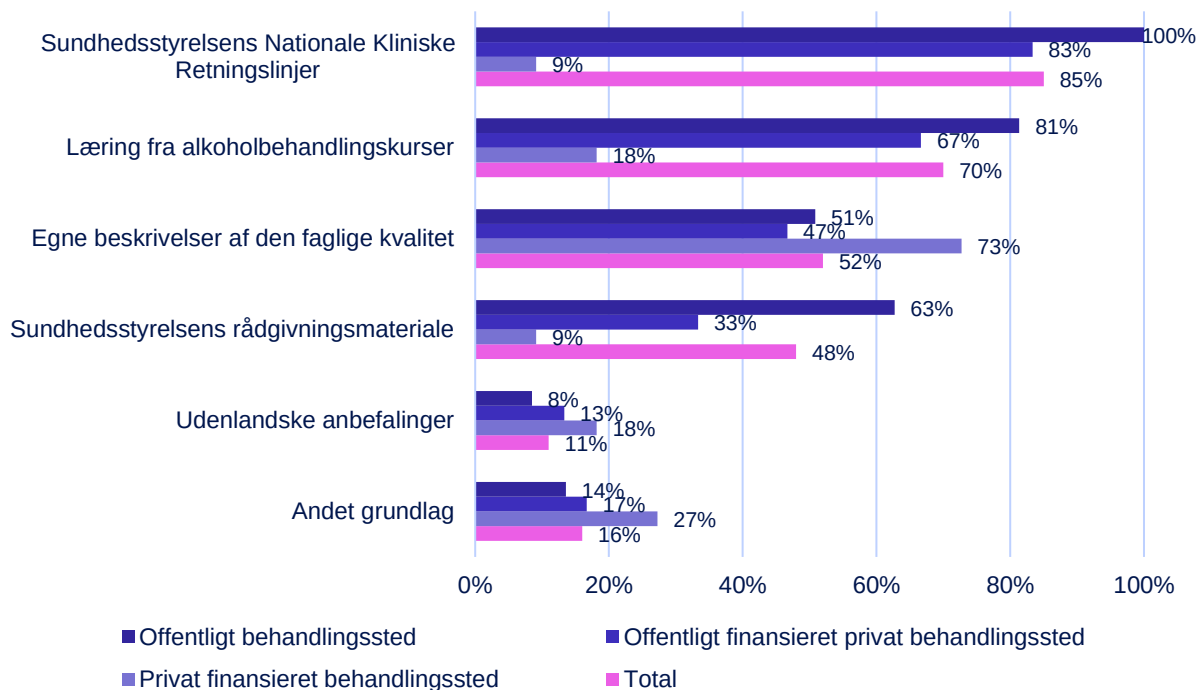
Figur 10 viser behandlingsstedernes selvrapporterede opfattelse af, hvilket grundlag deres arbejde tilrettelægges efter. Data angiver derfor ikke, hvorvidt de i praksis også

⁹⁰ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*.

⁹¹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*.

følger de faglige anbefalinger. De følgende afsnit efter figuren vil afdække, hvorvidt og hvordan behandlingsstederne følger anbefalingerne og rådene.

Figur 12 Andel af behandlingsstederne, der arbejder efter forskellige grundlag i deres alkoholbehandling. (Kilde: Spørgeskema, n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private= 30, private finansierede = 11))



På NHG's casebesøg giver nogle af især de offentlige behandlingssteder også udtryk for, at de af og til følger retningslinjer på stofområdet, hvis de oplever at mangle klare vejledninger på alkoholområdet, for eksempel i forhold til visitering (se også afsnittet om visitation).

Derudover beskriver nogle ledere på casebesøgene, at de forskellige vejledninger, anbefalinger eller lovkrav giver meget rum for fortolkning, og at de implementeres forskelligt på behandlingsstederne. Flere efterspørger også, at der etableres et fælles sprog.

I tråd hermed angiver 38 % af behandlingsstederne samlet set i NHG's spørgeskemaundersøgelse, at 'manglende nationale kvalitetsstandarder' er blandt de største udfordringer med alkoholbehandlingen i Danmark. Dette angives i lige høj grad af de offentlige og offentligt finansierede private behandlingssteder (42-43%), men af ingen af de rent privatfinansierede behandlingssteder. At der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende), fremlægges også af både ledere og medarbejdere i interviewundersøgelsen som en af udfordringerne i alkoholbehandlingen.

4.4 Opstart af behandling og den akutte behandling

Ventetid

Som nævnt er der en behandlingsgaranti for alkoholbehandling for borgere i Danmark (jf. sundhedslovens § 141). Behandlingsgarantien foreskriver, at en borger skal have påbegyndt behandling senest 14 dage efter at have henvendt sig med ønske om

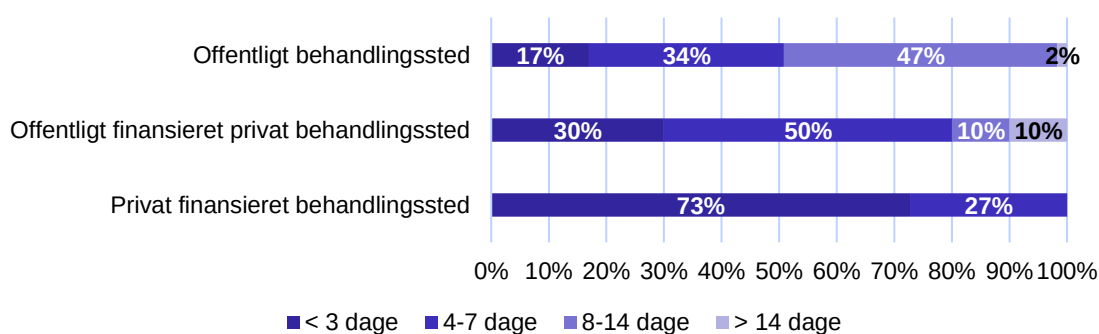
behandling. Behandlingsgarantien på 14 dages ventetid er således en patientrettighed, som udgør et lovkrav i sundhedsloven.

Baseret på NHG's spørgeskemaundersøgelse kan vi konkludere, at næsten alle behandlingssteder lever op til lovkravet om behandlingsgarantien. Det er således blot 4 % af behandlingsstederne, der ikke igangsætter behandlingen inden for 14 dage. Få private behandlingssteder med offentlig finansiering angiver en ventetid over 14 dage, hvilket kan hænge sammen med, at de udbyder behandling med større intensitet (dag- og døgnbehandling).

Spørgeskemaundersøgelsen viser samtidig, at der er forskel på ventetiden på behandlingsopstart (jf. Figur 13). Resultaterne indikerer, at de privatfinansierede behandlingssteder har den korteste ventetid, da knap tre fjerdedele angiver at opstarte behandlingen inden for tre dage, mens denne andel er henholdsvis 30 % for de offentligt finansierede private behandlingssteder og 17 % for de offentlige behandlingssteder.

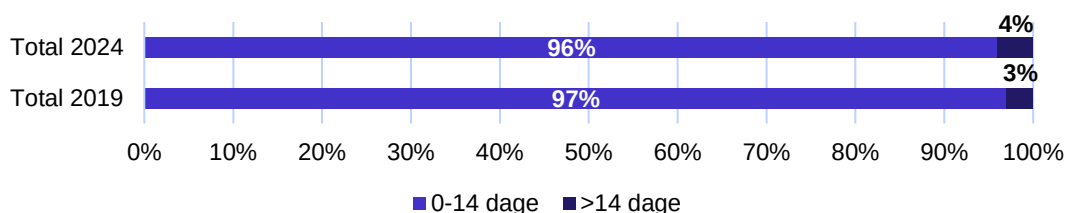
Ventetiden på 14 dage er en rettighed i Sundhedsloven, og selvom der er få, der angiver at overskride denne, giver medarbejdere såvel som brugere udtryk for i interviews, at det har en betydning, *hvor hurtigt* behandlingen kan opstartes. Det kan være vigtigt jævnfør det tidligere nævnte opsporingsgab at fastholde borgernes motivation for og ønske om behandling ved at give dem hurtig mulighed for behandlingsopstart. En faktor som også NHG's brugerundersøgelse peger på som værende vigtig. 14 dage er for nogle brugere således for lang tid, hvorfor den korte ventetid hos de privatfinansierede kan være en af årsagerne til, at brugere vælger at betale selv for behandlingen (se også kapitlet om brugeroplevelse kvalitet).

Figur 13 Ventetid fra ønsket behandling til faktisk opstart i behandlingen, opdelt på type behandlingssted (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n= 100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private = 30, privat finansierede = 11))



Sammenligner vi med resultaterne fra COWI/Decides afdækning i 2019, kan vi konkludere, at der ikke er sket en ændring i, hvor mange behandlingssteder, der overholder behandlingsgarantien på 14 dage. Det er således fortsat en meget lille andel, der ikke overholder behandlingsgarantien.

Figur 14 Ventetid fra ønsket behandling til faktisk opstart i behandlingen blandt offentlige og offentligt finansierede private behandlingssteder, Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse 2024, COWI/Decides spørgeskemaundersøgelse 2019 (2024 n = 89, 2019 n = 69)



Desuden bør det fremhæves, at en kommende revision af det nationale register for alkoholbehandling (NAB) vil forbedre mulighederne for at få overblik over behandlingsforløbene fra borgeren har henvendt sig, til borgeren bliver udredt og påbegynder behandling, og dermed også over ventetiden.

I forbindelse med ovenstående viser NHG's spørgeskemaundersøgelse, at i alt 9 % af behandlingsstederne angiver, at lange ventetider på behandling er en af de største udfordringer med kvaliteten af alkoholbehandlingen i dag. Det fremgår, at flere af de offentligt finansierede private behandlingssteder oplever dette som et problem (23 %), end de offentlige behandlingssteder (2 %) og de private behandlingssteder (9 %).

Det er bemærkelsesværdigt, at så mange af de offentligt finansierede private behandlingssteder angiver ventetiden, som en udfordring, når det samtidig blot er 10 % af de offentligt finansierede private behandlingssteder, som ikke overholder de 14 dages ventetid. Det kan forklares med, at de oplever, at ventetiden er for lang hos de offentlige behandlingstilbud (hvorfor borgerne henvender sig til dem), og/eller at nogen som tidligere nævnt vurderer, at 14 dages ventetid i sig selv generelt er en for lang ventetid på behandling. Det bakkes også op af andre interviewede aktører, som giver udtryk for, at 14 dage i visse sammenhænge er for lang tid at vente på behandling, som nedenstående citat også indikerer.

"Nogle behandlingstilbud er ikke særlig fleksible og siger: "Han kan få en tid om 14 dage. Det er selvfølgelig inden for behandlingsgarantien, men han falder jo i igen inden da." (Socialsygeplejerske på akutmodtagelse)

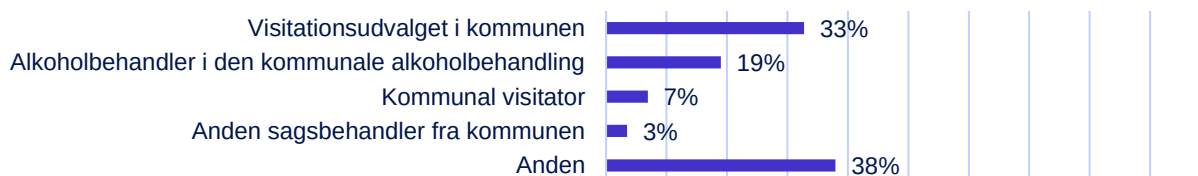
Visitation

For at modtage dag- eller døgnbehandling skal borgerne visiteres af deres hjemkommune. Visiteringsprocessen varierer dog mellem kommunerne. Ifølge NHG's spørgeskemaundersøgelse håndterer flertallet af de offentlige behandlingssteder visitationen enten gennem et kommunalt visitationsudvalg (33 %) eller ved hjælp af andre visitationsprocedurer (38 %). De sidstnævnte procedurer omfatter ofte, at rusmiddelcentrene selv varetager myndighedsfunktionen og anvender forskellige modeller. Nogle behandlingssteder har etableret interne visitationsudvalg, hvor ledelsen, repræsentanter fra behandlerteamet og eventuelt en visitator fra den kommunale forvaltning deltager. Andre har faste planlagte visitationsmøder, der typisk afholdes med en uges eller fjorten dages mellemrum. Endelig er der modeller, hvor rusmiddelcentrets ledelse alene har beslutningskompetencen.

Derudover varierer visiteringen ofte alt efter, om der er tale om dag- eller døgnbehandling. Eksempelvis kan visitering til døgnbehandling foregå i kommunens

visitationsudvalg eller via en anden forvaltningsenhed, mens dagbehandling typisk visiteres af rusmiddelcentrets egne medarbejdere. Denne forskel kan forklares ved, at døgnbehandling er mere omkostningstungt og derfor kræver et højere beslutningskompetenceniveau.

Figur 15 Hvem der visiterer til dag- og døgnbehandling i de offentlige behandlingssteder (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse 2024 (n = 58))



NHG's caseundersøgelse viser, at kriterierne for visitation til dag- eller døgnbehandling uensartede og varierer betydeligt mellem kommunerne. Hver kommunes standarder for serviceniveau kan også påvirke, hvem der visiteres til døgnbehandling. For eksempel kan visse kommuner prioritere borgere, der er i arbejde. Selvom kriterierne for visitation er uensartede og varierer på tværs af kommunerne, så viser caseundersøgelsen også, at der generelt foretages en individuel vurdering for hver borger, så vidt muligt, og hvor samtidige sociale problemer, involvering af børn og historik i behandlingsforløb ofte tages i betragtning i det omfang det er muligt.

Af de nationale kliniske retningslinjer fremgår det, at døgnbehandling eller intensiv dagbehandling kan være relevante for personer med svær alkoholafhængighed, og eller hvis de samtidig har komplekse sociale problemer som arbejdsløshed, hjemløshed eller psykisk sygdom.^{92, 93} Ved svær alkoholafhængighed kan begge behandlingsformer ligeledes overvejes. Det indebærer, at graden af social udsathed samt omfanget af alkoholproblemet bør være de centrale kriterier for visitation, som retningslinjerne understøtter.

SDU's evidensgennemgang fra 2023 viser dog, at der ikke findes dokumentation for, at døgnbehandling generelt er mere effektiv end ambulant behandling. Samtidig peger evidensgennemgangen på, at patienter med meget svære alkoholproblemer og med manglende social stabilitet synes at klare sig bedre i døgnregi og mere intensiv behandling. Mens patienter med knapt så svære alkoholproblemer, som lever i parforhold og med stabile boligforhold, synes at have bedre udbytte af ambulant eller mindre intensiv behandling, sammenlignet med døgnbehandling. Slutteligt lyder den evidensbaserede anbefaling, at patientens præferencer bør vægte tungt i valg af behandlingsform.⁹⁴ NHG's caseundersøgelse indikerer, at sociale problemstillinger ofte bliver det afgørende for, om en borger tildeles døgnbehandling i offentligt regi. Det er

⁹² Sundhedsstyrelsen 2018. *National klinisk retningslinje for behandling alkoholafhængighed*. s. 40.

⁹³ Der er ikke evidens for, at der er forskel på effekten af ambulant eller dag- eller døgnbehandling, og derfor foretrækkes ambulant behandling ved offentlig finansiering, fordi det er mindre omkostningstungt end de andre to behandlingstyper.

⁹⁴ Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*.

dog vigtigt at understrege, at dette datagrundlag ikke er fuldt repræsentativt, og konklusionerne bør derfor tolkes med forsigtighed. Sammenlignet med de borgere, der får tildelt døgnbehandling i offentligt regi, er det ofte en anden type borgere, som benytter privatfinansieret døgnbehandling. Det drejer sig typisk om ressourcestærke personer eller borgere, der har støtte fra ressourcestærke omgivelser. NHG's brugerundersøgelse peger desuden på, at mange, der vælger at betale for behandling selv, gør det for at få adgang til døgnbehandling, da de ikke forventer at få den bevilget gennem det offentlige (se mere i kapitlet om brugeroplevelset kvalitet).

I modsætning til stofbehandlingsområdet⁹⁵, har borgere med alkoholproblemer ikke mulighed for at klage til Ankestyrelsen, hvis deres hjemkommune afviser at bevilge døgnbehandling. På stofområdet kan kommunerne i stedet støtte sig til tidligere principafgørelser fra Ankestyrelsen, når de skal træffe beslutninger om visitation. Flere medarbejdere og ledere på offentlige behandlingssteder fremhæver, at denne mangel på klagemuligheder på alkoholområdet skaber usikkerhed i visitationen, og det forhold, at der ikke eksisterer nationale retningslinjer betyder, at man ikke ved, hvem der skal tilbydes døgnbehandling.

I mangel på retningslinjer trækker nogle behandlingssteder derfor paralleller til praksis på stofbehandlingsområdet, når de skal vurdere, om en borger skal have døgnbehandling. Enkelte udtrykker bekymring for, om færre alkoholafhængige får adgang til døgnbehandling, fordi de ikke har samme klageadgang som stofbrugere. Flere ledere og medarbejdere oplever også, at når kommunerne er økonomisk pressede, sendes der markant færre – eller slet ingen – i døgnbehandling på alkoholområdet. Undersøgelses datagrundlag kan dog ikke be- eller afkræfte dette.

Afrusning og abstinensbehandling

Ved ophør af et stort eller langvarigt alkoholforbrug, er der risiko for udvikling af abstinenser med symptomer som søvnproblemer, kvalme, opkastning, angst, kramper samt hallucinationer. Borgere kan derfor have behov for abstinensbehandling eller afrusning, når de skal modtage alkoholbehandling⁹⁶.

For borgere, der har drukket meget store mængder alkohol i længere tid, kan det være nødvendigt med afrusning. Afrusning er en proces, hvor en høj alkoholpromille under observation og kontrollerede forhold langsomt bringes ned. Afrusning kan foregå ambulant eller ved indlæggelse. Afrusning ved indlæggelse anvendes ved borgere med krampehistorik eller ved meget høj alkoholpromille, da der her er risiko for udvikling af voldsomme abstinenssymptomer, der i værste tilfælde kan være livstruende⁹⁷.

Døgnbehandlingsstederne har krav om, at man er afruset, før behandlingen kan starte. Nogle steder er det dog ikke et krav ved ambulant- og dagbehandling.

⁹⁵ Social- og Boligministeriet, 2020. *Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde mv.*

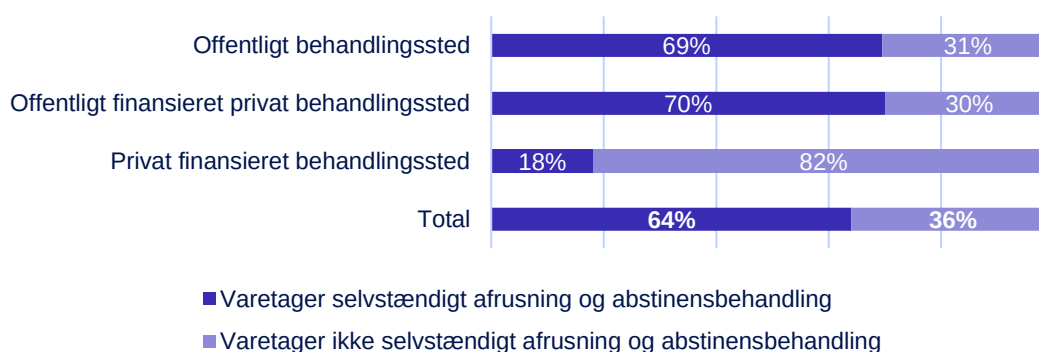
⁹⁶ Lægehåndbogen, 2023. *Alkoholabstinenssyndrom.*

⁹⁷ Lægehåndbogen, 2023. *Alkoholabstinenssyndrom.*

Afrusning kan indgå som en del af behandlingen, hvor borgeren ved fremmøde på behandlingsstedet aftaler en plan for et afrusningsforløb sammen med personalet, der efterfølgende igangsættes. Størstedelen af de offentligt finansierede alkoholbehandlingssteder varetager selv afrusning og abstinensbehandling (66-70 %). Der er kun 18 % af de udelukkende privat finansierede behandlingssteder, der angiver selv at varetage afrusning og abstinensbehandling. Det skyldes blandet andet, at nogle af de større private behandlingssteder med flere filialer har udpeget ét behandlingssted til at varetage denne specialiserede sundhedsfaglige behandling, som afrusning og abstinensbehandling bliver. Andre private behandlingssteder giver også udtryk for, at de er imod medicin.

Andelen af offentligt finansierede behandlingssteder, der udfører afrusning og abstinensbehandling (69-70 %), stemmer nogenlunde overens med resultatet fra 2019, hvor 77 % af de offentligt finansierede behandlingssteder angav at kunne varetage afrusning og abstinensbehandling selv.

Figur 16 Andelen af offentlige og private behandlingssteder, der selvstændigt varetager abstinensbehandling eller afrusning, n=100



Af NHG's spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at 91 % af de behandlingssteder, der selvstændigt udfører afrusning- og abstinensbehandling, udfører kontrol dagligt og følger derved anbefalingerne på området⁹⁸. Der er ingen væsentlig forskel blandt de forskellige typer af behandlingssteder.

Faggrupper der varetager afrusning og abstinensbehandling

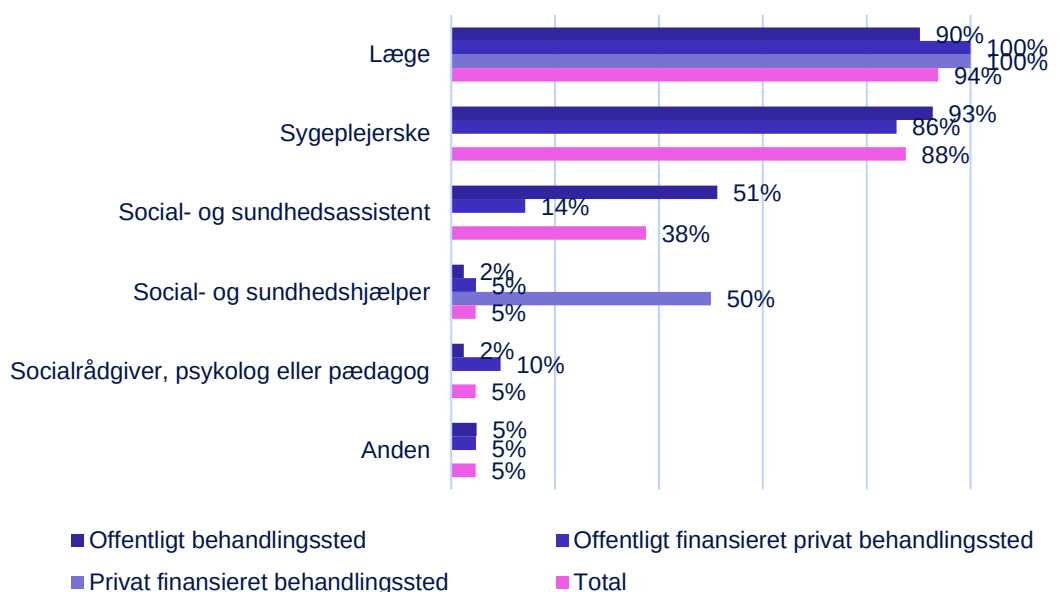
Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale om kvalitet i alkoholbehandlingen angiver, at behandlingen af abstinenssymptomer er en sundhedsfaglig opgave, der i de fleste tilfælde kan gennemføres ambulant⁹⁹. Afrusning og abstinensbehandling bliver ifølge NHG's spørgeskemaundersøgelse i tråd hermed på behandlingsstederne udført primært af læger og sygeplejersker (jf. Figur 17). I 2019-undersøgelsen var der også flest offentligt finansierede behandlingssteder, som angav, at enten læger eller sygeplejersker varetog afrusning og abstinensbehandling.¹⁰⁰

⁹⁸ Sundhedsstyrelsen, 2008. *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*. S. 13.

⁹⁹ Sundhedsstyrelsen, 2008. *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*. S. 13-14.

¹⁰⁰ COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*. s. 36. Det er ikke muligt at sammenligne de konkrete andele på hvilke faggrupper, der foretager afrusning og abstinensbehandling, da spørgsmålet i 2024 har været "multiple choice", men i 2019 var "single choice".

Figur 17 Fagpersonale, der varetager afrusning- og abstinensbehandling, fordelt på typen af behandlingssted, (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n=64 (offentlige = 41, offentligt finansierede private= 21, private finansierede = 2))



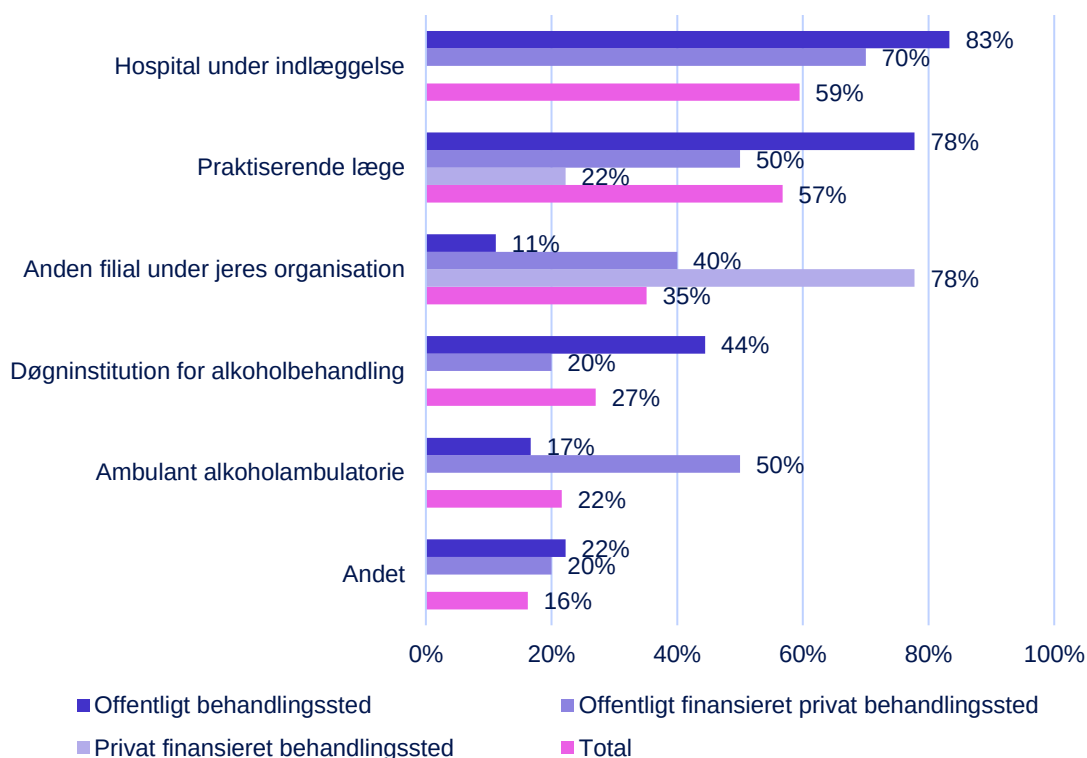
Note: Summerer til over 100%, da behandlingsstederne kunne angive mere end en valgmulighed. I spørgeskemaet var socialrådgiver, psykolog og pædagog tre adskilte svarmuligheder, men disse er lagt sammen, fordi andelen, der havde angivet disse, var små.

Andre aktører som varetager afrusning og abstinensbehandling

Selvom det ikke er alle alkoholbehandlingssteder, der selv varetager afrusning, er afrusning alligevel et almindeligt udbredt tilbud, der kan foregå i samarbejde med relevante andre aktører, alt efter behovet for observation og risici for seriøse abstinenser.

Blandt de behandlingssteder, der *ikke* selvstændigt varetager afrusning og abstinensbehandling, angiver flest af de offentligt finansierede behandlingssteder, at det varetages af hospitalet under indlæggelse (70-83 %). Der er ingen af de privatfinansierede, der angiver, at hospitalet varetager afrusning og abstinensbehandlingen. Blandt de private, er der flest, der angiver, at en anden filial under deres organisation varetager afrusningen og abstinensbehandlingen (78 %). Det stemmer overens med fundene fra NHG's caseundersøgelse, som viser, at nogle private behandlingssteder, som er under en samlet organisation med flere fysiske lokationer eller behandlingssteder, har valgt, at det kun er én af deres lokationer eller behandlingssteder, der skal varetage eller tilbyde afrusning.

Figur 18 Opgørelse af hvem der varetager afrusning og abstinensbehandling på behandlingssteder, der ikke selvstændigt varetager det (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n=37 (offentlige = 18, offentligt finansierede private = 10, privatfinansierede = 9))



Brug af lægemidler til abstinensbehandling

Alkoholabstinenser kan behandles medicinsk¹⁰¹, typisk ved brug af benzodiazepiner, der er førstevalgspræparat og kræver ordination af læge¹⁰². Benzodiazepiner er den mest veldokumenterede behandling med effekt på abstinenssymptomer og med mindst risiko for komplikationer¹⁰³. Da benzodiazepiner er afhængighedsskabende, skal al behandling med benzodiazepiner overholde Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler¹⁰⁴.

I NHG's spørgeskemaundersøgelse angiver næsten alle behandlingssteder (92 %), at de anvender lægemidlet Chlordiazepoxid, der er med i benzodiazepinergruppen, til medicinsk afrusning og abstinensbehandling. Dette er på tværs af typerne af behandlingssted det lægemiddel som flest angiver at anvende. De øvrige lægemidler i figuren nedenfor er også benzodiazepiner. Behandlingsstederne følger altså generelt evidensen for brugen af benzodiazepiner til medicinsk afrusning.

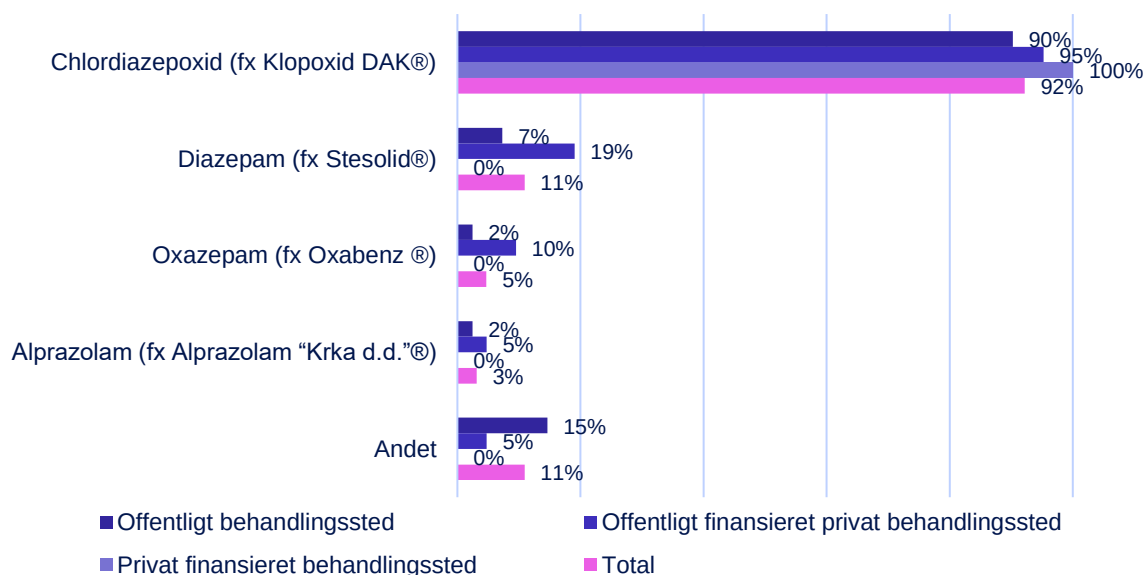
¹⁰¹ Flere alkoholbehandlingssteder tilbyder også NADA-akupunktur som et led i den videre alkoholbehandling.

¹⁰² Lægehåndbogen, 2023. *Alkoholabstinenssyndrom*.

¹⁰³ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 6, 38

¹⁰⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019. *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*.

Figur 19 Andelen af de forskellige typer behandlingssteder der anvender forskellige lægemidler til afrusning og abstinensbehandling, n=64 (offentlige = 41, offentligt finansierede private= 21, privat finansierede = 2)



Note: Figuren summerer til over 100 %, da det har været muligt at angive flere svar.

Udredning

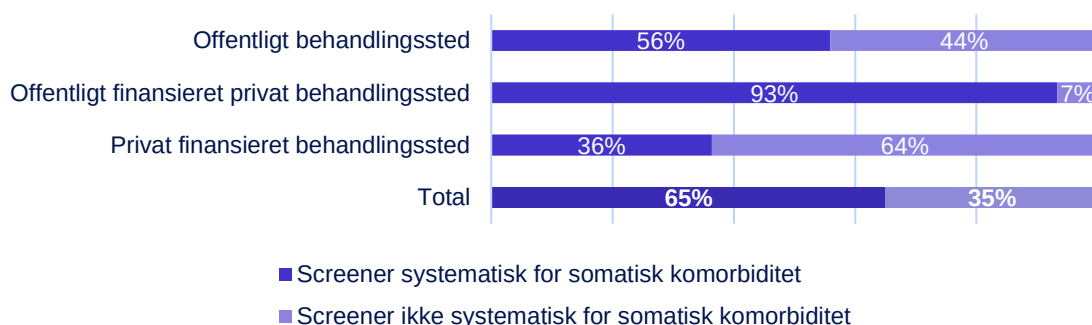
Efter eventuel akut behandling, og hvis borgeren vælger at indgå i et længere behandlingsforløb, vil de indledningsvis blive udredt for deres afhængighed. Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale om kvalitet i alkoholbehandlingen angiver, at der forud for behandlingen bør ske en systematisk kortlægning og screening for problemstillinger, der kan påvirke den efterfølgende behandlingstilrettelæggelse. Herunder anbefaler Sundhedsstyrelsen at screene for både somatisk og psykiatrisk komorbiditet.¹⁰⁵ Herunder afdekkes, om behandlingsstedernes praksis følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Somatisk komorbiditet

Der er stor forskel på, hvorvidt de forskellige typer af behandlingssteder systematisk screener for somatisk komorbiditet. Det fremgår, at lidt over en tredjedel af de privatfinansierede behandlingssteder systematisk screener for somatisk komorbiditet (36 %). Modsat screener næsten alle offentligt finansierede private behandlingssteder systematisk for somatisk komorbiditet (93 %), og for de offentlige behandlingssteder er andelen lidt over halvdelen (56 %).

¹⁰⁵ Sundhedsstyrelsen, 2008. *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale.*, s. 15-16

Figur 20 Andel af behandlingssteder som foretager systematisk screening for somatiske komorbiditeter, (Kilde: Spørgeskema, n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private= 30, private finansierede = 11)



Note: 'Systematisk' har ikke været nærmere defineret i spørgeskemaundersøgelsen, og svarene bør derfor læses med forbehold for, at behandlingsstederne kan have ment noget forskelligt med deres svar. Det kan være hensigtsmæssigt i en lignende undersøgelse i fremtiden at definere, hvad 'systematisk' indebærer.

Ser vi samlet på behandlingssteder, som leverer offentligt finansieret behandling, udgør andelen, der systematisk screener for somatisk komorbiditet 69 %. Sammenholder vi dette med 2019-niveauet, hvor kun den offentligt finansierede behandling blev afdækket, var andelen, der angav at screene systematisk for somatisk komorbiditet 70 %¹⁰⁶. Andelen, der screener systematisk for somatisk komorbiditet, er altså stort set uændret siden 2019. Det er fortsat hvert tredje offentligt finansierede behandlingssted (inklusiv både offentlige og private leverandører af offentlig finansieret behandling), der ikke screener systematisk for somatisk komorbiditet, selvom Sundhedsstyrelsen anbefaler det.

På NHG's casebesøg giver flere medarbejdere udtryk for, at somatiske problemstillinger fylder meget hos en række af deres borgere. Flere medarbejdere ønsker i højere grad at kunne screene for eller arbejde med borgernes somatiske problemstillinger. Det er ifølge medarbejderne en barriere for mange af borgerne at komme til egen læge, og derfor kan alkoholbehandlingsstedets kontakt til borgeren med fordel være en åbning til at hjælpe borgerne med at håndtere deres andre komorbiditeter i alkoholbehandlingen. På et af behandlingsstederne forklarer de, at de ikke decideret screener for somatiske problemstillinger, men at de altid vil berøre somatiske spørgsmål, og at nogle borgere vil have behov for et sundhedstjek ved opstart af alkoholbehandling, mens andre har mere behov for en sundhedssamtale som en del af deres behandlingsforløb.

"Det kunne være stor hjælp at have flere ressourcer til at kunne tage sig af borgeren og også deres komorbiditeter. Når borgeren stopper med at drikke, begynder de at mærke alt det andet, som er galt. (...) Og de kommer ikke til egen læge mange af dem." (Medarbejder på offentligt behandlingssted)

Psykiatrisk komorbiditet

Sundhedsstyrelsen angiver i deres rådgivningsmateriale, at psykiatrisk komorbiditet udgør et omfattende problem, der vanskeliggør en effektiv alkoholbehandling, og som

¹⁰⁶ COWI & DECIDE, 2019. Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling.

det derfor er vigtigt at forholde sig til¹⁰⁷. Det fremgår af NHG's spørgeskemaundersøgelse, at færre af behandlingsstederne screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet end somatisk. Der er 65 % af de samlede alkoholbehandlingssteder, der screener systematisk for somatisk komorbiditet, men kun 46 % der screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet.

Fordelt på type af behandlingssted, fremgår samme overordnede tendens, som for somatiske screeninger. Det betyder, at færrest af de privatfinansierede behandlingssteder screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet (27 %), efterfulgt af de offentlige behandlingssteder (36 %), mens næsten to tredjedele af de offentligt finansierede private behandlingssteder screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet.

Figur 21 Andel af behandlingssteder, som foretager systematisk screening for psykiatriske komorbiditeter (Kilde: Spørgeskema, n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private= 30, private finansierede = 11)



Note: 'Systematisk' har ikke været nærmere defineret i spørgeskemaundersøgelsen, og svarene bør derfor læses med forbehold for, at behandlingsstederne kan have ment noget forskelligt med deres svar. Det kan være hensigtsmæssigt i en lignende undersøgelse i fremtiden at definere, hvad 'systematisk' indebærer.

Sammenlignet med 2019, hvor andelen af offentligt finansierede behandlingssteder, der screenede systematisk for psykiatrisk komorbiditet, var 70 % (ligesom for somatiske screeninger)¹⁰⁸, er andelen af offentligt finansierede behandlingssteder, som screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet, altså faldet, da den i dag er 48 % blandt de offentligt finansierede.

Også Sundhedsdatastyrelsens rapport om alkoholbehandling i Danmark fra 2024 viser, at der er en del udsving over årene i antal personer som har modtaget en psykiatrisk udredningssamtale i forbindelse med et alkoholbehandlingsforløb. Rapporten angiver, at der i 2023 var 313 personer ud af alle i behandling i året som modtog en psykiatrisk udredningssamtale, mens der samme år var 7.860 nyindskrevne borgere i den offentligt finansierede behandling (vel at mærke, at der ikke er behov for, at alle udredes psykiatrisk).¹⁰⁹

Manglende screening for komorbiditet er tidligere blevet beskrevet som en udfordring. Allerede i et debatindlæg i Ugeskrift for Læger fra 2017 blev det beskrevet, som et af

¹⁰⁷ Sundhedsstyrelsen, 2008. *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*. s. 21

¹⁰⁸ COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*.

¹⁰⁹ Sundhedsdatastyrelsen. 2024. *Alkoholbehandling i Danmark*

de største problemer i alkoholbehandlingen¹¹⁰. Selvom andelen af behandlingssteder, der screenede for psykiatrisk komorbiditet, var steget i 2019 sammenholdt med en undersøgelse gennemført af Lægeforeningen i 2012, hvor blot 40 % screenede herfor, ser vi altså i nærværende undersøgelse, at niveauet igen er faldet til næsten det samme som 2012.

Andelen af de offentligt finansierede behandlingssteder, der ikke screener systematisk for somatisk komorbiditet, udgør stadigvæk 31 %, og andelen, der ikke screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet, er steget til 52 %. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om screening efterleves altså i stor udstrækning ikke i alkoholbehandlingen. Især når vi ser på de rent offentlige behandlingssteder, hvoraf 44 % ikke screener systematisk for somatisk komorbiditet og 64 % ikke screener systematisk for psykiatrisk komorbiditet.

SDU's evidensgennemgang understreger også, at en omfattende diagnostisk udredning ikke er mulig på de fleste behandlingssteder, da de ikke har ansat psykologer eller psykiatere. I stedet anbefales det at anvende korte screeningsskalaer, der kan bruges af ikke psykiatrisktrænet personale.¹¹¹ De behandlingssteder, som angiver at screene for psykiatrisk komorbiditet, angiver at anvende forskellige værktøjer hertil. Af fremhævede værktøjer nævnes blandt andet ASRS, BDI, PSS, BAI, AQ10, MAP-plan, MCMI, KL-screener¹¹², MINI, SCL, og diverse egne værktøjer. Nogle behandlingssteder nævner, at deres udredende lægesamtale er ved en psykiater, som anvender relevante kliniske udredningsredskaber. Samtidig har nogle af behandlingsstederne angivet værktøjer, såsom MAP-plan, som egentlig ikke er et værktøj til at screene for psykiatrisk komorbiditet, men for at undersøge psykisk trivsel.

Anvendelsen af de forskellige værktøjer til at screene indikerer, at der er forskel på, hvad de forskellige behandlingssteder, definerer som 'screening for psykiatrisk komorbiditet', og hvor grundige og systematiske disse screeninger er. Det betyder, at der eksisterer uensartede og variation på tværs af behandlingsstederne.

4.5 Behandlingstilbud, -form og -metode

Dette afsnit vil beskrive behandlingsstedernes indhold, herunder metoder som anvendes i alkoholbehandlingen. Dette vil løbende blive vurderet i forhold til, hvorvidt alkoholbehandlingsstedernes praksis følger evidensen på området og Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Længde på behandlingsforløb

Sundhedsstyrelsen angiver i de nationale kliniske retningslinjer, at der mangler viden om, hvor lang tid et behandlingsforløb bør strække sig over, men at forskning tyder på, at den største ændring sker i starten af forløbet. Af den årsag foreslår Sundhedsstyrelsen i NKR, at et ambulant behandlingsforløb som udgangspunkt

¹¹⁰ Larsen, K. (2017). *Alkoholbehandling: Det sejler stadig*.

¹¹¹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 54.

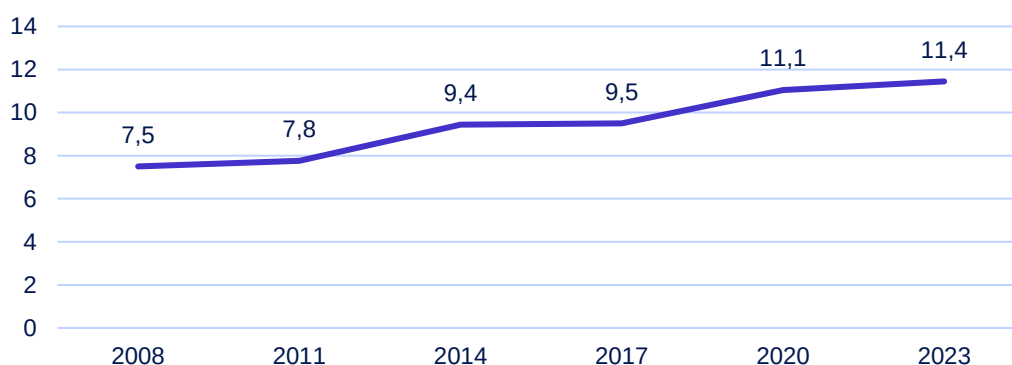
¹¹² KL, 2019. Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen.

planlægges af tre måneders varighed frem for seks, og at der efter tre måneder tages aktivt stilling til, om målet med behandlingen er nået, eller om forløbet skal forlænges.¹¹³

Af data fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister fremgår det, at der ligesom ved Servicetjekket i 2019 endnu ikke er sket et fald i den gennemsnitlige behandlingstid. Siden 2019 er længden på alkoholbehandlingsforløb kun steget¹¹⁴. Den gennemsnitlige behandlingstid i 2023 var lidt over 11 måneder, hvilket er væsentligt længere end de i udgangspunktet anbefalede tre måneder.¹¹⁵ Det er dog muligt, at borgeren tilbydes kortere forløb som udgangspunkt, men efter behov bliver forlænget.

Behandlingsstederne giver på casebesøgene netop udtryk for, at længden på de ambulante behandlingsforløb netop tilpasses individuelt efter hver borgers behov. Samtidig viser casebesøgene, at de fleste behandlingssteder har en form for retningslinje for, hvad et standardforløb i udgangspunktet er, og her beskriver de fleste behandlingssteder, at det typisk er omtrent seks måneder – og nogle steder op til et år eller halvandet, og dette er altså også over de tre. Derudover kan der være mange faktorer, som kan forklare de længere behandlingsforløb, og der er således en del usikkerhed forbundet hermed¹¹⁶.

Figur 22 Gennemsnitligt antal måneder en person er i alkoholbehandling (Kilde: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister)



Note: Gennemsnitligt antal måneder er beregnet ud fra antal dage ud fra en antagelse om, at en måned varer 30,4 dage.

Nogle alkoholbehandlingssteder giver udtryk for, at der også er en problematik i at fastholde borgerne for længe i behandling, og at de skal ændre eller stoppe behandlingen, hvis der over tid ikke er effekt. Mange beskriver at have forskellige

¹¹³ Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholaafhængighed*, s. 50.

¹¹⁴ En del af stigningen i behandlingstid fra 2020 og frem kan skyldes Corona-pandemien, hvor det var vanskeligt for alkoholbehandlere fysisk, at mødes med borgerne, men der er ikke undersøgelser, der nærmere belyser betydningen af pandemien på behandlingstid.

¹¹⁵ Samtidig blev der ifm. Servicetjekket i 2019 gjort opmærksom på, at data i NAB registreres fra borgerens første kontakt, så afrusning, afklaring og motivation samt udredning også indgår i længden på behandlingsforløbet, mens anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen kun omhandler den strukturerede samtalebehandling. Derfor vil behandlingsforløbet naturligt fremgå som længere i NAB end tre måneder.

¹¹⁶ Det er ikke muligt at vurdere, om de længere behandlingsforløb skyldes, at der siden udgivelsen af de nationale kliniske retningslinjer, er sket en generel tilvækst i mere belastede borgere, som kan forklare den generelle forlængelse af længden på et behandlingsforløb.

tidspunkter, hvor de gør nedslag i borgerens behandling og vurderer, hvorvidt den skal fortsætte. Det stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Samtidig fremgår det af brugerundersøgelsen, at der er borgere, der oplever at være blevet afsluttet, før end at de var klar (se mere i kapitlet om brugeroplevet kvalitet).

"Vi sigter efter, at en borger er færdigbehandlet efter et halvt til et helt år med 12 samtaler. For når vi kigger på statistikken, så peaker man typisk de tre-fire måneder. Vi læner os op ad anbefalinger og erfaringer. Det er også rart for borgeren at vide, at 'jeg kommer væk herfra igen'. Der kan også blive skabt en unødvendig afhængighed til rusmiddelcenteret." (Medarbejder på offentligt behandlingssted)

Derudover beskriver både offentlige behandlingssteder og offentligt finansierede private behandlingssteder, at de nogle gange forlænger forløbet med f.eks. seks måneder som en form for efterbehandling, men hvor der kun gives en samtale om måneden eller hver anden eller tredje måned. Det kan være med til at forklare, hvorfor behandlingsforløbene ifølge NAB-data ser så lange ud. Mens nogle behandlingssteder differentierer taksten på behandlingen, så prisen afspejler intensiteten, er det usikkert, om alle har differentierede takster, bl.a. fordi priserne på behandling ikke fremgår for alle behandlingssteder på Tilbudsportalen.

De fleste behandlingssteder beskriver på casebesøgene en model, hvor der vil være flere eller hyppigere samtaler i starten af et forløb. Behandlingsstederne angiver i den forbindelse, at én samtale om ugen i starten er hensigtsmæssigt for at opretholde en behandling af god kvalitet. Dog oplever nogle medarbejdere fra offentlige behandlingssteder, at det kan være en udfordring, at kadencen for samtalerne nogle gange skrider, og at dette især skyldes et ressourcspørgsmål og periodevis travlhed. Dette er også med til at gøre længden af et behandlingsforløb svær at styre og kan være en del af forklaringen på de længere behandlingsforløb¹¹⁷. Ifølge nogle medarbejdere forringer det kvaliteten af behandlingen, fordi udviklingen bremses, hvis der går for lang tid mellem samtalerne især i opstarten af behandlingsforløbet.

"Om vi har nok ressourcer, kommer an på, hvor man sætter serviceniveauet. Man har fra ledelsens side forsøgt at lave tydelige rammer og afkorte forløb, og det er jo i princippet en god ide. Omvendt er der så øget risiko for, at de står her igen. Og vi kan ikke altid imødekomme, hvor lang tid der optimalt set skal gå mellem samtalerne på grund af travlhed. Når vi er nede med økonomi, må vi få en behandler mindre. Så den største udfordring er derfor økonomi. Når vi er knappe, så smører vi bare tyndere ud med flere grupper og længere varighed mellem samtaler. Altså serviceniveauet bliver også noget andet, hvis der er mange borgere, fordi der bliver længe mellem samtalerne." (Medarbejder offentligt behandlingssted)

I forhold til længden på døgnbehandling peger NHG's undersøgelse på, at standard for den offentligt finansierede døgnbehandling er tre måneder med eventuel mulighed for forlængelse. De offentligt finansierede behandlingssteder giver udtryk for, at dette er en

¹¹⁷ Det er ikke muligt i NAB at få data om, hvor mange samtaler en borger er blevet tilbudt. Således kan vi ikke vurdere, om de længere behandlingsforløb afspejler et forløb med det samme antal ambulante samtaler, men hvor samtalerne er mere spredte.

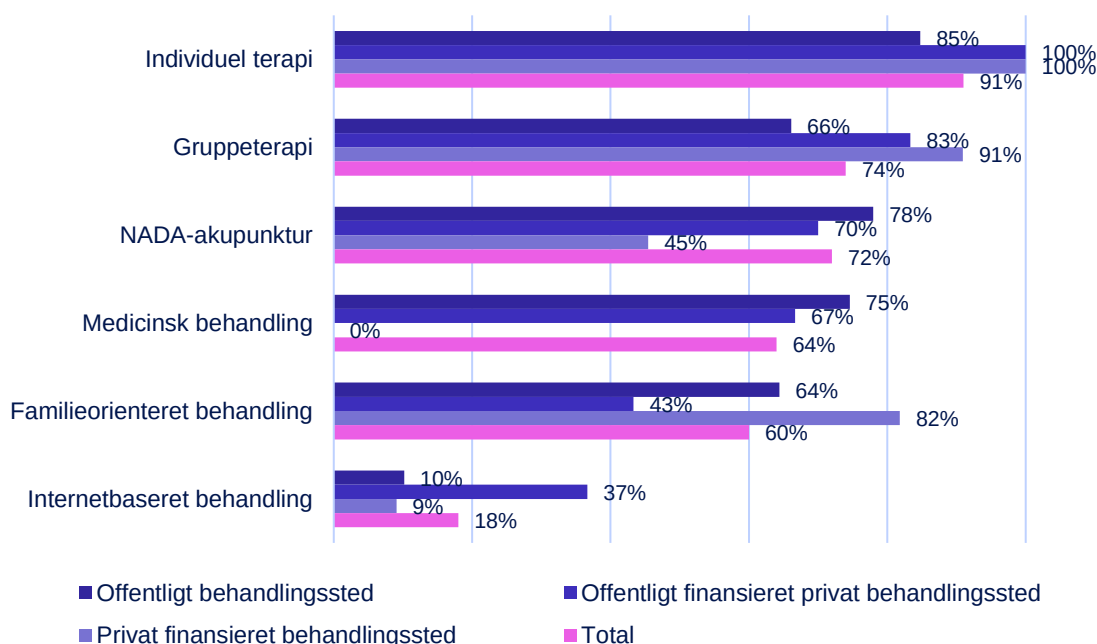
passende længde, udover i tilfælde hvor der er brugt lang tid på afrusning, stabilisering, tandlæge eller lignende. I nogle tilfælde kan døgnbehandlingsstederne bruge de første 14 dage til en måned på dette, og hvor borgeren ikke kan deltage i behandlingen. Derfor kunne de offentligt finansierede døgnbehandlingssteder i disse tilfælde ønske sig, at der var en mulighed for automatisk at få forlænget forløbet derefter.

Baseret på viden fra NHG's casebesøg ser den selvbetalte døgnbehandling ud til at være væsentligt kortere – af fire til otte ugers varighed. Men som nævnt varetager denne også som oftest en meget anden og ressourcestærk målgruppe.

4.5.1 Behandlingstilbud

Behandlingsstederne er i NHG's spørgeskema blevet bedt om at angive, hvilke typer af tilbud, de har (se nedenstående figur).

Figur 23 Oversigt over hvilke tilbud behandlingsstedernes udbyder (Kilde: Spørgeskema, n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private = 30, private finansierede = 11))



Note: Figuren summerer til over 100 %, da det har været muligt at angive flere svar.

Det fremgår ikke overraskende, at individuel terapi er det behandlingstilbud, som flest af behandlingsstederne på tværs angiver at tilbyde (91 %). Dernæst kommer gruppeterapi, der tilbydes af 74 % af behandlingsstederne. Der er en tendens til, at flere af de private behandlingssteder angiver at have dette tilbud, end de offentlige. Samlet set stemmer det dog overens med de nationale kliniske retningslinjer, som bredt anbefaler at tilbyde samtalebehandling i enten et gruppeformat eller et individuelt format og angiver, at der ikke er fundet forskel i effekten af de to formater¹¹⁸. Sidstnævnte er også bekræftet af SDU's evidensgennemgang i 2023¹¹⁹.

¹¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*, s. 6.

¹¹⁹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 130.

Samtidig er det bemærkelsesværdigt, at omtrent tre fjerdedele af de offentligt finansierede behandlingssteder angiver at tilbyde NADA-akupunktur. Andelen er ikke faldet siden COWI/Decides afdækning i 2019, hvor 71 % af de offentlige og 54 % af de offentligt finansierede private behandlingssteder angav at tilbyde dette. Der er dog stadig ikke dokumentation for, at NADA-akupunktur har effekt¹²⁰. De nationale kliniske retningslinjer nævner heller ikke dette tilbud, så i denne praksis følger behandlingsstederne ikke evidensen på området. Der kan dog være andre årsager til, at behandlingsstederne bruger NADA-akupunktur, og casebesøgene indikerer, at det gives som supplement til den øvrig evidensbaseret alkoholbehandling og hjælper til at give ro på bl.a. tankemylder. Herunder nævner nogle behandlingssteder også, at det er med til at forbedre relationen til borgeren og kan skabe et stærkere tilhørsforhold til alkoholbehandlingsstedet. FLOR fremhæver også, at nogle behandlingssteder ser NADA som et uspecifikt beroligende tiltag, hvilket er givtigt, fordi mange borgere i alkoholbehandling har problemer med uro, tankemylder eller søvnløshed, og tidligere har brugt alkohol for at finde ro. FLOR forklarer, at NADA ikke bruges med forventningen om en effekt på abstinenssymptomer eller trang, men at NADA kan opfylde et behov, som alkohol ellers opfylder.

Hvad angår familieorienteret behandling, er dette et tilbud, som der er færre af behandlingsstederne, der udbyder. Det er dog stadig størstedelen af de offentlige behandlingssteder (64 %) og de rent privatfinansierede behandlingssteder (82 %), men færre af de offentligt finansierede private behandlingssteder (43 %). At den familieorienterede behandling er blevet et mindre hyppigt tilbud, er i modstrid med de nationale kliniske retningslinjer, der stærkt anbefaler denne behandlingsform¹²¹. Også SDU's evidensgennemgang fra 2023 konkluderer, at der er god dokumentation for effekten af familie- og parterapi, og at effekten på enkelte parametre er større end effekten af individuel behandling inden for samme referenceramme¹²².

Internetbaseret eller online behandling er en nyere behandlingsform, hvor den samtalebaserede behandling, der typisk foregår ved fysisk fremmøde, i stedet foregår via videoopkald. Den internetbaserede behandling er især begyndt at udbrede sig efter Covid-19. NHG's spørgeskemaundersøgelse viser, at den internetbaserede behandling endnu ikke er et særlig udbredt tilbud. Det er blot lige under hvert femte af behandlingsstederne i spørgeskemaundersøgelsen, som har dette tilbud. Der er dog flere af de offentligt finansierede private behandlingssteder (37 %), som tilbyder internetbaseret behandling, end de øvrige typer af behandlingssteder. Et nyt forskningsprojekt fra SDU, som er finansieret af Novavi, har undersøgt, om alkoholbehandling via skærm er lige så effektiv som fysisk fremmøde. Forskningsprojektet indikerer, at de to behandlingsformer er lige effektive til at skabe reduktioner i alkoholforbrug, men at den internetbaserede behandling er bedre til at få borgere tidligere i behandling og fastholde dem, fordi det giver fleksibilitet og er let at

¹²⁰ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 44.

¹²¹ Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholaafhængighed*, s. 5

¹²² Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 77

integrere i hverdagen.^{123, 124} Det understreges, at dette er resultaterne fra et enkelt studie, og at forskningen på området fortsat er snæver.

Desuden indikerer resultaterne af NHG's spørgeskemaundersøgelse, at der er en tendens til, at jo større behandlingsstedet er (opgjort på antal årsværk), jo flere tilbud har de. Især tre behandlingstilbud bliver mere udbredt, jo større behandlingsstedet er. Således fremgår det overordnet, at behandlingssteder med flere årsværk har: 1) En lille stigning i, hvor stor en andel af behandlingsstederne, der tilbyder familieorienteret behandling, 2) en markant stigning i andelen, som tilbyder medicinsk behandling, 3) en stigning i andelen, der tilbyder gruppeterapi.

NHG's caseundersøgelse peger på, at nogle behandlingssteder oplever, at det styrker behandlingen at kombinere den klassiske behandling med samtaleterapi med andre tilbud, som borgerne kan deltage i, hvis de har brug for mere støtte. For eksempel nævnes:

- Tilbud af social karakter, såsom fælles drop-in morgenmad på en bestemt ugedag
- Modulundervisning, hvor man kan dukke op til x-antal undervisningsgange med andre, enten før opstart af behandling med en behandler eller efter, som en fastholdelsesstrategi.
- Sportsaktiviteter (ofte på døgnophold), såsom yoga, svømning eller styrketræning.
- Mindfulness tilbud.
- NADA-akupunktur nævnes også i den forbindelse.

Behandlingsstederne fremhæver på casebesøg generelt, at muligheden for individuelt tilpassede forløb er vigtigt for en behandling af god kvalitet. Der fremhæves, at forskellige faktorer såsom tid til den enkelte, tid til fordybelse, tilgængelighed ud fra borgerens behov, mulighed for at se "hele" borgeren og at imødekomme dem på deres præmisser og behov. Dette stemmer overens med resultaterne fra NHG's brugeroplevelse (se mere i kapitlet om brugeroplevet kvalitet).

NHG's casebesøg viser, at de offentligt finansierede private behandlingssteder ofte kan have en bredere palette af tilbud end de offentlige, f.eks. udekørende eller matrikelløse tilbud, hvor behandlingen tilbydes i borgerens hjem eller et andet sted. Et udekørende tilbud kan ifølge behandlingsstederne være en styrke, hvis borgerne ikke ønsker at dukke op på et behandlingssted, eller til socialt udsatte borgere som kan have vanskeligt ved fremmøde. En socialsygeplejerske nævner også, at det kan være nødvendigt til mindre mobile ældre borgere. Det udekørende tilbud kan således nå en målgruppen, som ellers ikke nås. Derudover italesætter nogle private behandlingssteder, at de også oplever, at de har en højere grad af tilgængelighed i

¹²³ Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (2024). *Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af borgere i alkoholbehandling.*

¹²⁴ Vi gør opmærksom på, at det publicerede studie ikke tager højde for forskellige grupper af brugere, herunder brugere i social udsathed.

ydertimerne, og at de for eksempel har aftengrupper eller behandling tidligt om morgenen – dette for at sikre, at de imødekommer borgerens behov.

"Man skal tjekke ind der, hvor borgeren er. Vi skal kunne passe vores behandling til uanset, hvor borgeren er. (...) Det vigtigste ved vores tilbud er tilgængelighed" (leder af offentligt finansieret privat behandlingstilbud).

"For nogle år siden havde vi et mobilt team til den meget kaotiske målgruppe... Det ambulante tilbud kræver jo et vist niveau af ressourcer. Det mobile team kunne hjælpe med at stabilisere borgeren, så de kunne komme herind. Men vi laver ikke alkoholbehandling i folks hjem. Så der er en målgruppe, der faktisk måske ikke får alkoholbehandling." (Medarbejder i offentligt behandlingstilbud)

"De ældre bliver lidt dårligere, når de får abstinensbehandling, og de kan ikke komme ned i rusmiddelcentret på grund af manglende mobilitet. Så vi mangler virkelig noget udgående abstinensbehandling til dem, der ikke kan komme ud." (Socialsygeplejerske på akutmodtagelse)

De private behandlingstilbud vurderer, at det i nogle tilfælde kan være en styrke i det offentlige, at de har hurtigere kanaler til blandt andet psykiatrien, jobcenter og familiecenter, hvilket øger deres mulighed for helhedsorienteret behandling. Derfor fremhæver et privat behandlingssted også, at det er afgørende for kvaliteten af deres behandling, at de har et godt kommunalt kendskab og samarbejde.

Generelt peger interviewene under casebesøgene på, at de offentlige og private behandlingstilbud omfavner forskellige målgrupper. Både offentlige og private behandlingstilbud fortæller, at der kan være en tendens til, at de ressourcestærke borgere ofte er dem, der vælger de offentligt finansierede private behandlingstilbud frem for kommunernes tilbud. Det kan indikere, at tilbuddene i nogen grad henvender sig til forskellige målgrupper. Dette blev også beskrevet i COWI/Decides afdækning fra 2019¹²⁵.

Medicinsk behandling af alkoholafhængighed

Medicinsk behandling af afhængighed er i modsætning til afrusning og abstinensbehandling behandling med lægemidler, der har til formål at reducere trangen til at drikke alkohol under behandlingen. Hvis en borger har været i abstinensbehandling, kan den medicinske behandling af afhængighed begynde, når abstinensbehandlingen er overstået.

Medicinsk behandling af alkoholafhængighed anvendes oftest ved svær alkoholafhængighed, hvor borgeren er udfordret af stor drikketrang. Det er altså ikke alle borgere i alkoholbehandling, der modtager medicinsk behandling af deres alkoholafhængighed. I den forbindelse viser Sundhedsdatastyrelsens rapport om

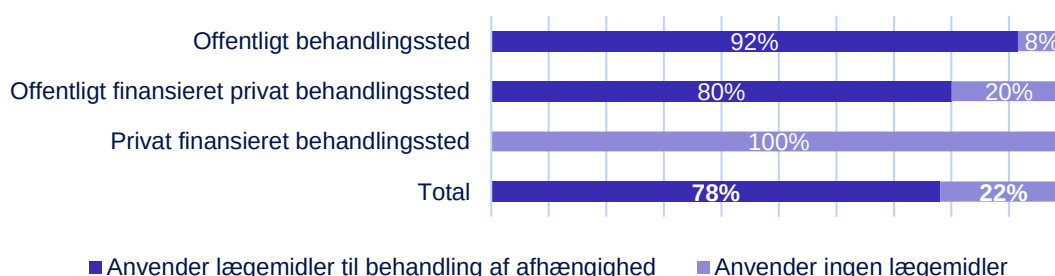
¹²⁵ COWI & DECIDE, 2019. Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling., s.32

alkoholbehandling i Danmark fra 2024, at omtrent hver femte borger, der var nyindskrevet i alkoholbehandling i 2022 fik medicinsk behandling samtidig med alkoholbehandlingen¹²⁶.

NHG's spørgeskemaundersøgelse indikerer, at medicinsk behandling af alkoholafhængighed er udbredt blandt behandlingssteder i Danmark. Spørgeskemaundersøgelsen viser således, at 78 % af behandlingsstederne tilbyder medicinsk behandling af afhængighed (se Figur 24). Samtidig er der stor forskel på de offentligt og privatfinansierede behandlingssteder. Således er der ingen af de 11 privatfinansierede behandlingssteder, der i spørgeskemaundersøgelsen, angiver at tilbyde medicinsk behandling, mens andelen af de offentlige behandlingssteder, som ikke tilbyder medicinsk behandling, kun er 8 %. Dette er i tråd med viden fra NHG's caseundersøgelse, hvor flere af de privatfinansierede behandlingssteder giver udtryk for at være imod brugen af for eksempel antabus.

Dertil viser NHG's spørgeskemaundersøgelse, at andelen af behandlingsstederne, der tilbyder medicinsk behandling, er markant mindre på behandlingssteder med under fem årsværk. Således tilbyder 36 % af behandlingsstederne med under fem årsværk medicinsk behandling, mens andelen er 77 % for behandlingssteder med 5-11 årsværk, og 67 % for behandlingssteder med over 11 årsværk.

Figur 24 Behandlingssteder, der anvender lægemidler til behandling af alkoholafhængighed (Kilde: NHG's spørgeskemadata, n = 100 (Offentlige = 59, Offentligt finansierede private = 30, Privat finansierede = 11))



I Danmark er fire lægemidler godkendt til behandling af alkoholafhængighed: Naltrexon, acamprosate, disulfiram og nalmefen. Sundhedsstyrelsen anbefaler acamprosate eller naltrexon til personer som ønsker afholdenhed, og naltrexon til personer som ønsker reduktion i forbruget. Acamprosate er førstevalgspræparat til behandling af alkoholafhængighed, og naltrexon er andenvælspræparat¹²⁷. Disulfiram, også kendt som Antabus, anbefales kun, hvor acamprosate eller naltrexon ikke har haft effekt.¹²⁸ I de nationale kliniske retningslinjer anbefales det, at alkoholafhængighed kun behandles med disulfiram "(...) efter nøje overvejelse, da effekten er usikker, og der kan være bivirkninger." Generelt anbefaler Sundhedsstyrelsen, at lægemidler til

¹²⁶ Sundhedsdatastyrelsen, 2024. *Alkoholbehandling i Danmark*, s. 19.

¹²⁷ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, 103

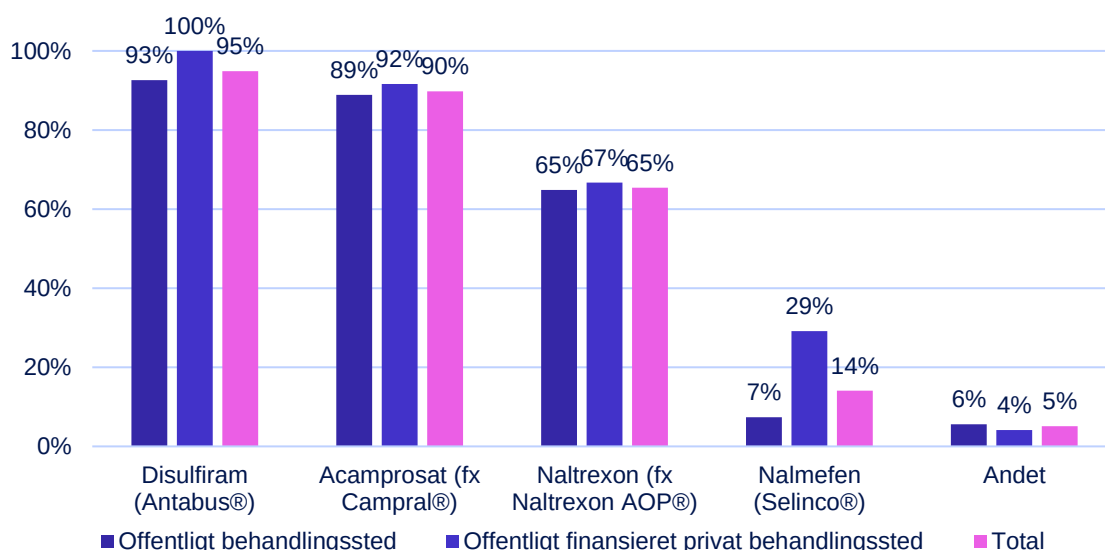
¹²⁸ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*; Becker, U. & Nielsen, A. S., 2023. *Alkoholproblemer, behandling*.

behandling af alkoholafhængighed kun tilbydes som supplement til samtalebehandling, da effekten af lægemidlerne i sig selv er lille.¹²⁹

På trods af anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen er disulfiram det lægemiddel, der ifølge spørgeskemaundersøgelsen anvendes på flest af de behandlingssteder, der tilbyder medicinsk afhængighedsbehandling (95 %) (se Figur 25). Det kan skyldes, at disulfiram er et velkendt lægemiddel, som har været i brug i mange år. Nogle borgere efterspørger derfor selv behandling med dette lægemiddel.¹³⁰ Sammenlignet med resultaterne fra COWI/Decides afdækning i 2019 er andelen af offentlige behandlingssteder, der anvender disulfiram mere eller mindre uændret¹³¹.

Samtidig er både første- og andevalgspræparaterne acamprosot og naltrexon udbredte på alkoholbehandlingssteder i Danmark i 2024 (jf. Figur 25). Nalmefen fremgår som det mindst udbredte lægemiddel, men mere end hvert fjerde offentligt finansierede behandlingssted angiver stadig at anvende dette.

Figur 25 Andelen af de offentlige og offentligt finansierede private behandlingssteder, der behandler afhængighed medicinsk, der anvender forskellige lægemidler, n=78 (offentlige = 54, offentligt finansierede private = 24)



Note: Figuren summerer til over 100 %, da hvert behandlingssted kan tilbyde eller henvise til flere former for efterbehandling. De private behandlingssteder er ikke inkluderet, da samtlige 11 angav ikke at anvende lægemidler.

Selvom, der er en større andel af behandlingssteder, som angiver, at de anvender disulfiram end acamprosot, giver spørgeskemaundersøgelsen ikke svar på, hvor hyppigt og i hvilken dosis behandlingsstederne anvender de enkelte lægemidler.

Sundhedsdatastyrelsens rapport om alkoholbehandling i Danmark fra 2024 finder samtidig også, at Disulfiram var det mest anvendte lægemiddel til medicinsk alkoholbehandling, både før, under og efter et alkoholbehandlingsforløb. Blandt

¹²⁹ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*, s. 59

¹³⁰ Alkohol & Samfund. 2019. *Antabussen kører danske veje tynde*.

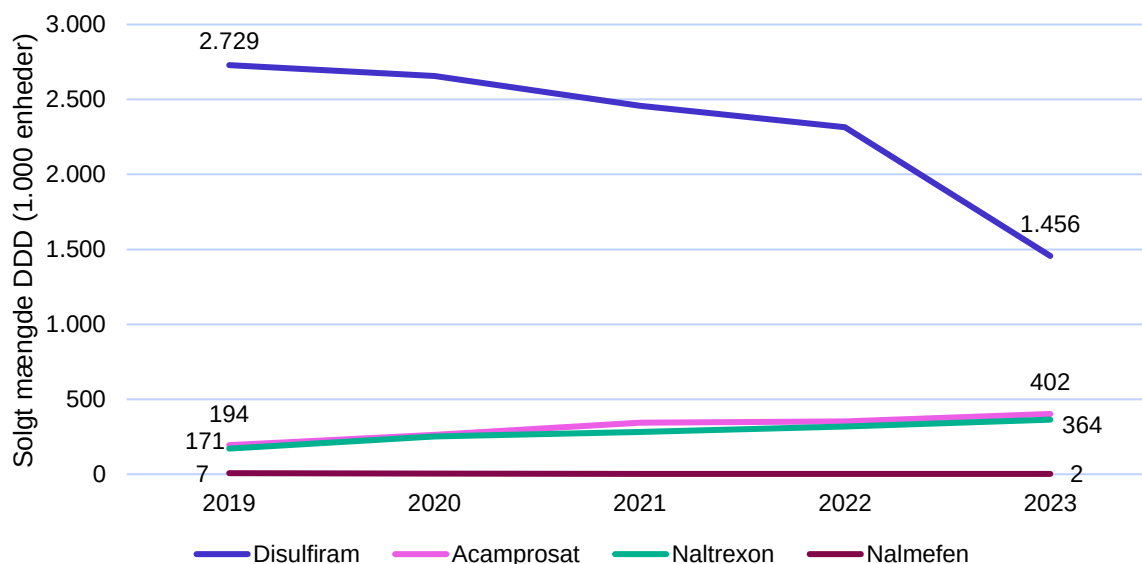
¹³¹ COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*, s. 37

personer i medicinsk alkoholbehandling udgjorde disulfiram ca. 73 % før behandlingsforløbet, ca. 54 % under forløbet og ca. 65 % efter forløbet.¹³²

Dertil offentliggør Sundhedsdatastyrelsen på Medstat.dk statistik for det årlige salg af lægemidler i Danmark, som er udskrevet på recept. Der fremgår opgørelser for omfanget af forskellige lægemiddeltyper, som er blevet solgt på danske apoteker, og altså ikke medicin udleveret af kommunerne som vederlagsfri medicin. Ser vi på data fra Medstat over salget fordelt på definerede døgndoser (DDD) af de forskellige lægemidler (se Figur 26), fremgår det, at salget af disulfiram har været støt faldende siden 2019, mens salget af acamprosat og naltrexon langsomt er steget. Disulfiram er dog fortsat langt det mest solgte lægemiddel opgjort i definerede døgndoser, hvilket indikerer, at der stadig er langt flere borgere, der modtager dette lægemiddel til behandling af deres alkoholafhængighed. Salget af lægemidlet nalmefen har gennem perioden været meget lavere end de andre lægemidler til behandling for alkoholafhængighed og i konstant fald. Det er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af alkoholafhængighed.

Samlet set kan ovenstående indikere, at læger, der behandler patienter mod alkoholafhængighed, siden Servicetjekket i 2019 er begyndt i højere grad at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger til medicinsk behandling, men at der stadigvæk er grund til at arbejde for, at de nationale anbefalinger bliver fulgt i højere grad.

Figur 26 Udvikling i receptsalget af disulfiram, acamprosat og naltrexon fra 2019 til 2023 – total for både primær- og sekundærsektor, og for begge køn. Kilde: Medstat.dk



Der er forskellige holdninger blandt behandlingsstederne i NHG's caseundersøgelse til anvendelsen af medicin til behandling af alkoholafhængighed, samt hvilke lægemidler, som er bedst at anvende. Flere af behandlingsstederne beskriver, at medicinsk behandling af afhængighed kan gøre, at borgeren har lettere ved at indgå i den øvrige

¹³² Sundhedsdatastyrelsen. 2024. Alkoholbehandling i Danmark

samtalebaserede behandling, hvor der for eksempel er krav om afholdenhed, men at det ikke kan stå alene. Dette stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefaling. Omvendt giver flere af de privatfinansierede behandlingssteder som nævnt udtryk for at være imod brugen af medicinsk behandling, herunder Antabus.

Tilbud til pårørende

I de nationale kliniske retningslinjer anbefales det stærkt at tilbyde rådgivning eller vejledning til pårørende til personen med alkoholafhængighed. Især beskrives pårørendeforløb som relevant til pårørende til personer, som ikke har erkendt deres problematiske forhold til alkohol eller pårørende til personer, der har vist sig behandlingsresistente. Pårørendevejledningen har to formål: 1) At skabe øget trivsel hos den pårørende, 2) at skabe forandringer i den pårørendes tanker og adfærd, som kan få den drikkeende til at begynde i behandling eller ændre drikkeadfærd.¹³³ Kommunerne beslutter hver især via deres serviceniveau om de vil tilbyde pårørendebehandling.

Det er tidligere blevet beskrevet som en udfordring, at der er flere behandlingssteder, som ikke har haft tilbud til pårørende. Det blev for eksempel fremhævet i Alkohol & Samfunds undersøgelse fra 2019 af kommunal alkoholbehandling, at en femtedel af kommunerne ikke havde tilbud til pårørende¹³⁴. NHG's spørgeskemaundersøgelse viser, at denne andel er nærmest uændret, da 17 % af de offentlige behandlingssteder angiver ikke at have tilbud til pårørende (se Figur 27). Der er ej heller sket de store ændringer på de offentligt finansierede behandlingssteder siden COWI/Decides afdækning i 2019¹³⁵.

18 % af alkoholbehandlingsstederne samlet set lever altså ikke op til Sundhedsstyrelsens stærke anbefaling om at tilbyde vejledning eller rådgivning til pårørende uden personen med alkoholafhængighed. Nogle af disse kan dog antages at have familieorienteret behandling, som Sundhedsstyrelsen som nævnt også har en stærk anbefaling om, men i den familieorienterede behandling modtager den pårørende behandling sammen med personen med alkoholafhængighed, og det er således et andet slags tilbud.

¹³³ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. s. 6

¹³⁴ Alkohol & Samfund. 2019. *Kommunal alkoholbehandling 2018 – landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende*, s. 4

¹³⁵ COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*, s. 39

Figur 27 Andel af de forskellige typer behandlingssteder med tilbud til pårørende sammenlignet med 2019, (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse 2024 (n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private= 30, private finansierede = 11), samt COWI/Decides afdækning 2019)



Det er i den forbindelse også relevant at fremhæve, at der er 28 % af behandlingsstederne i NHG's spørgeskemaundersøgelse, som peger på 'utilstrækkelig inddragelse af pårørende i behandlingsforløbet', som en af de største udfordringer med kvaliteten af alkoholbehandlingen i Danmark. Dertil kommer, at NHG's brugerundersøgelse peger på behovet for inddragelse af pårørende fra et brugerperspektiv, men at det er forskelligt, hvorvidt dette behov er oplevet imødekommet (se mere under kapitlet om brugeroplevet kvalitet).

På NHG's casebesøg fremhæves vigtigheden af tilbud til pårørende også af mange. FLOR understreger ligeledes, at behandling af pårørende er en vigtig del af alkoholbehandlingen.

Nogle af behandlingsstederne nævner at have særskilte tilbud til pårørende, såsom CRAFT-grupper, der også nævnes i de nationale kliniske retningslinjer. Andre nævner vigtigheden af at involvere de pårørende i behandlingen sammen med den alkoholafhængige – altså familiebehandling. Behandlingsstederne, som har pårørendetilbud eller familiebehandling som en del af deres behandlingstilbud, understreger, at det er med til at øge kvaliteten af deres behandling.

Nogle behandlingssteder på casebesøgene understreger, at der kan være en udfordring i, at pårørende ikke har ens vilkår på tværs af kommunerne.

De forskellige vilkår for pårørende betyder dels, at der er forskel på, om der eksisterer tilbud til pårørende, og at der er forskel på, hvilken karakter og omfang tilbuddene har. For eksempel har nogle alkoholbehandlingssteder et par møder eller arrangementer årligt, hvor de samler pårørende, andre har kurser for pårørende, og nogle har tilbud om individuel samtaleterapi for pårørende, men med et varierende antal samtaler.

Nogle medarbejdere og ledere på casebesøgene frygter, at der vil blive skåret yderligere i pårørendetilbuddene, hvis kommunerne skæres økonomisk, og at de pårørende derfor ikke kan få den støtte og hjælp, som de har behov for. Også i følgegruppen bliver det understreget, at selvom 82 % af behandlingsstederne angiver at have pårørendetilbud, er pårørendebehandlingen en kan-opgave, som derfor ofte vil blive nedprioriteret ved travlhed.

Følgegruppen fremhæver også, at de angivne pårørendetilbud kan være af varierende omfang og karakter, herunder at det kan være forskelligt, hvorvidt behandlingsstederne kræver, at den drikkende er i alkoholbehandling, for at de pårørende kan få hjælp.

"Alkohol er ikke kun den drikkes problem. Det er også meget belastende for de pårørende. Nogle kommuner giver nul samtaler til de pårørende. Andre giver for eksempel tre samtaler. (...) Det giver en uligevægt, fordi alle har brug for det samme." (Medarbejder på offentligt finansieret privat behandlingssted)

...

"God kvalitet handler også om ikke kun at behandle alkoholikeren. Det er vigtigt at få baglandet med. Vi har familiebehandling – familiesamtaler eller parsamtaler – og også pårørende grupper. Det giver et helhedssyn – vi kigger ikke kun på den enkelte borger, men også på dem, som er omkring dem. Netværket betyder enormt meget for, at man ikke står alene." (Offentligt behandlingssted)

Tilbud på behandlingssteder med både alkohol- og rusmiddelbehandling

Der er 69 ud af de 100 behandlingsstederne i NHG's spørgeskemaundersøgelse, som både tilbyder alkohol- og stofbehandling. Spørgeskemaundersøgelsen viser overordnet, at medarbejderne på disse 69 behandlingssteder typisk arbejder med både alkohol- og stofbehandlingen, og at behandlingen typisk foregår på samme lokation og under samme ledelse.

Dertil viser spørgeskemaundersøgelsen, at 38 % af behandlingsstederne med både alkohol- og stofbehandling altid blander borgerne på hold- eller gruppeaktiviteter. Dertil kommer, at 25 % blander borgerne i udvalgte hold- eller gruppeaktiviteter, og 9 % blander dem, hvis den enkelte borger ønsker det. Kun 12 % holder behandlingsaktiviteterne adskilt. Heraf er der flest offentligt finansierede private behandlingssteder, der angiver dette (21 %).

Det fremgår desuden af "andet"-besvarelsene i NHG's spørgeskemaundersøgelse, at behandlingsstederne kan have udfordringer med at rekruttere borgere til grupperne, og at der ikke er efterspørgsel på det. Enkelte af besvarelsene indikerer, at dette for nogle behandlingssteder er årsagerne til at blande alkohol- og stofafhængighed i en gruppe, og at det selv med disse kombinerede grupper er svært at samle nok.

Figur 28 Oversigt over, hvordan behandlingssteder med både alkohol- og stofbehandling sammensætter deres gruppeaktiviteter. (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse, n = 69 (offentlige = 45, offentligt finansierede private = 19, privat finansierede = 5))



Af NHG's caseundersøgelse fremgår det, at både offentlige og private behandlingssteder ser mange faglige fordele ved at samle behandlingerne på samme behandlingssted. Blandt andet forklarer ledere på behandlingsstederne, at de følelsesmæssige udfordringer og afhængighedsmønstre kan være ens for de to typer afhængighed. Set fra behandlernes perspektiv giver et samlet behandlingssted desuden mulighed for sparring og læring på tværs af faggrupperne, hvilket styrker behandlingskvaliteten.

Desuden oplever behandlingsstederne, at flere og flere borgere med alkoholafhængighed også har problemer med stoffer, selvom deres primære afhængighed er alkohol, eller omvendt. I tilfælde af blandingsafhængighed er der ifølge behandlingsstederne naturlige fordele ved integreret behandling. Ifølge ledere og behandlere er det især blandt unge, at der er blandingsafhængigheder.

Samtidig beskriver nogle medarbejdere og ledere på casebesøgene, at flere borgere i alkoholbehandling føler sig utrygge ved at modtage behandling sammen med stofafhængige. Denne utryghed skyldes ofte forskelle i livssituationer og problemstillinger, såsom kriminalitet, sociale udfordringer og psykisk ustabilitet, der er mere udbredt blandt stofafhængige. Ligesom de også kan have forskellige adfærdsmønstre, hvor personer med stofafhængighed ofte har mere udadreagerende adfærd. Disse oplevelser bekræftes af NHG's brugerundersøgelse (se mere i kapitlet om brugeroplevelset kvalitet) og var de samme i COWI/Decides afdækning i 2019.

Undersøgelsen peger således på, at der både er ulemper, i form af borgernes behandlingstilfredshed og oplevelse af tryghed, men også faglige samt økonomiske fordele ved en integreret alkohol- og stofbehandling.

4.5.2 Behandlingsmetoder

Ser vi på, hvilke behandlingsmetoder behandlingsstederne anvender, viser spørgeskemaundersøgelsen, at kognitiv adfærdsterapi og 'motivational interviewing' (MI) er de metoder, der anvendes af flest – og især blandt de offentligt finansierede behandlingssteder (jf. Figur 29). Nedenstående figur indikerer, at kognitiv adfærdsterapi er den behandlingsmetode som oftest tilbydes til borgere med alkoholproblemer på tværs af alle typer af behandlingssteder. 'Motivational interviewing' (MI), også kaldet den motiverende samtale, er den metode som næstflest af behandlingsstederne anvender. Dog er der en vis forskel mellem typerne af behandlingssted, og det er især udbredt blandt de offentlige behandlingssteder, hvoraf næsten alle anvender metoden (98 %). For de privat finansierede behandlingssteder er andelen to tredjedele. At disse to behandlingsmetoder er blandt de mest hyppigst anvendte er positivt set i lyset af, at SDU's evidensgennemgang fra 2023 peger på, at kognitiv adfærdsterapi og MI er de hyppigst anbefalede samtalebaserede metoder med mest veldokumenteret effekt.

Spørgeskemaundersøgelsen viser samtidig, at der er visse forskelle på, hvilke metoder de offentligt finansierede og de privatfinansierede behandlingssteder benytter sig af. Næsten alle de privat finansierede behandlingssteder (91 %) anvender 12-trins behandling, mens ingen af de offentlige behandlingssteder anvender metoden. Hver femte af de offentligt finansierede private behandlingssteder angiver også at anvende metoden. 12-trins metoden nævnes ikke i de nationale kliniske retningslinjer, men SDU's evidensgennemgang beskriver, at metoden formentlig er lige så effektiv som anden manualbaseret behandling, f.eks. kognitiv adfærdsterapi, og muligvis højere, hvis behandlingsmålet er afholdenhed, men evidensen er usikker. På den baggrund vurderes det, at de private behandlingssteders praksis med at anvende 12-trins metoden i behandlingsforløbet ikke er i uoverensstemmelse med evidensen på området.¹³⁶ Casebesøgene med de offentligt finansierede behandlingssteder viser, at nogle af dem er imod 12-trins metoden og ikke mener, at der er evidens for metoden, mens andre blot ikke ønsker at anvende metoden hos dem selv.

"Jeg har stor respekt for, at 12-trinsmetoden virker for nogle mennesker, men vi arbejder på en anden måde. Der er noget i den måde at definere sig som alkoholiker på, som stritter på os. Det er noget med menneskesynet og forståelsen af, hvad det vil sige at have et misbrug." (Leder af offentligt finansieret privat behandlingstilbud)

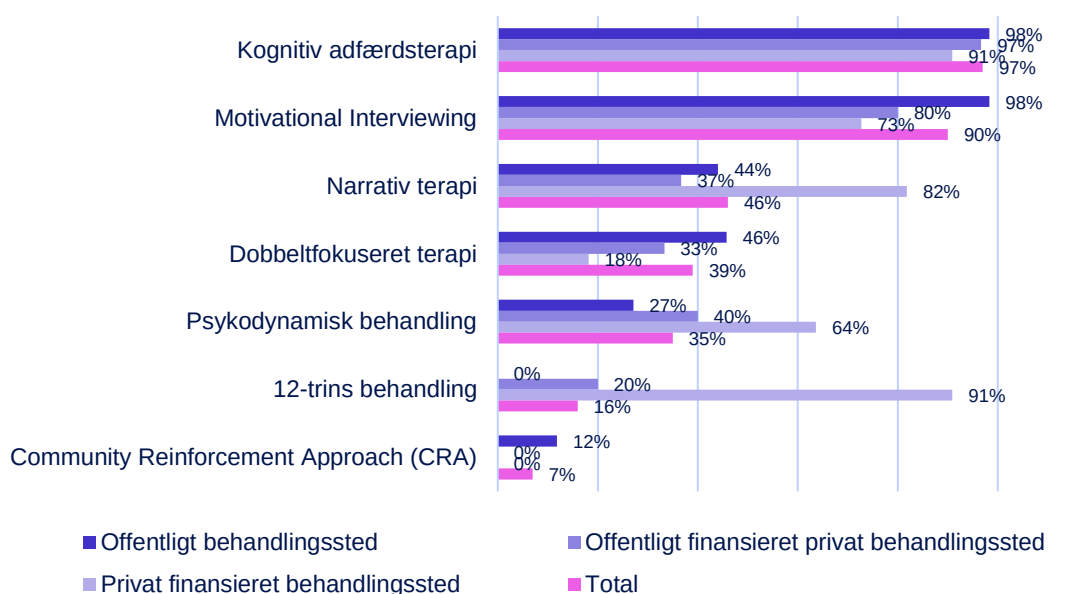
Foruden 12-trins metoden fremgår det også, at flere af de rent privatfinansierede behandlingssteder angiver at anvende narrativ terapi og psykodynamisk behandling end de offentligt finansierede behandlingssteder. Begge er metoder, som effekten af ikke beskrives i SDU's evidensgennemgang.¹³⁷

¹³⁶ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 79

¹³⁷ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, (bl.a. s. 81)

Den mindst anvendte behandlingsmetode på tværs af behandlingsstederne er Community Reinforcement Approach (CRA). Den lave grad af anvendelse af CRA er iøjnefaldende, da metoden fremhæves i en anbefaling i den nationale kliniske retningslinje som en behandlingsmetode til borgere i social udsathed.¹³⁸ Også SDU's evidensgennemgang konkluderer på et lavt evidensgrundlag, at metoden for borgere med et spinkelt socialt netværk og/eller dårligt fysisk og psykisk helbred kan være udbytterig¹³⁹. Der er ikke undersøgt i NHG's undersøgelse, hvorfor metoden ikke anvendes mere. NHG's interviews viser, at det især er de offentlige behandlingssteder, som behandler borgere i social udsathed. Derfor kan det undre, at kun 12 % af de offentlige behandlingssteder angiver at anvende metoden.

Figur 29 Fordeling af behandlingsmetoderne behandlingsstederne anvender, n=100



4.6 Sektorovergange

Sektorovergange er som nævnt i starten af dette kapitel især vigtige i forbindelse med at sikre, at borgere med alkoholafhængighed oplyses om og motiveres til at opsøge behandling. Sektorovergangene i forbindelse med opsporingsarbejdet beskrives altså i afsnit 4.2. Derudover kan en borger i løbet af sin behandling være i kontakt med flere dele af sundhedssektoren, hvorfor sektorovergange er relevante at afdække. Sundhedsdatastyrelsens fremhæver således også, at størstedelen af borgerne i alkoholbehandling har kontakt med almen praksis og/eller sygehuset både før og under behandlingsforløbet¹⁴⁰.

NHG's spørgeskemaundersøgelse peger på sektorovergange, som en af de største udfordringer med kvaliteten af alkoholbehandlingen i Danmark (45 %). Det er dog også værd at bemærke, at det kun er offentligt finansierede behandlingssteder, der har

¹³⁸ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*, s. 44-45

¹³⁹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 83

¹⁴⁰ Sundhedsdatastyrelsen, 2024. *Alkoholbehandlingen i Danmark*.

angivet dette som en udfordring, men ingen af de rent privatfinansierede. NHG vurderer, at en mulig forklaring på, at ingen af de privatfinansierede angiver dette som en udfordring kan være, at de i mindre grad samarbejder med andre sektorer, og dermed ikke bekymrer sig om dette.

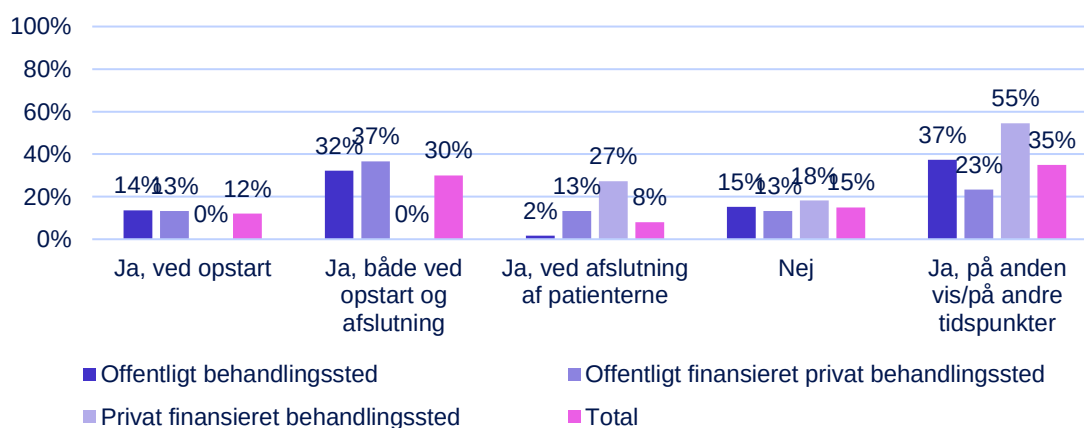
Samarbejde med den praktiserende læge

Som nævnt tidligere, kan praktiserende læger spille en rolle i forhold til at vejlede borgere med alkoholproblemer. Derudover kan der i løbet af alkoholbehandlingen også være samarbejder med praktiserende læge om afrusning og abstinensbehandling. Således er en relevant sektorovergang i alkoholbehandlingen den til almen praksis.

I NHG's spørgeskemaundersøgelse er behandlingsstederne også blevet spurgt ind til, hvorvidt de orienterer borgernes praktiserende læge om behandlingen (såfremt borgeren har givet samtykke). Det fremgår af

Figur 30, at 30 % af behandlingsstederne orienterer praktiserende læge både ved opstart og afslutning af et behandlingsforløb, og 35 % orienterer på andre tidspunkter. I alt 15 % orienterer ikke praktiserende læger om behandlingsforløbet. Der er ikke væsentlige forskelle mellem de to typer af behandlingssteder med offentlig finansiering, mens ingen af de privatfinansierede behandlingssteder angiver at orientere borgerens praktiserende læge ved behandlingsopstart. Flest af de privatfinansierede orienterer borgerens praktiserende læge på anden vis eller på andre tidspunkter. Dansk Selskab for Almen Medicin oplyser, at almen praksis sjældent oplever at få information fra de privatfinansierede behandlingssteder.

Figur 30 Andel af behandlingssteder i Danmark der orienterer borgerens praktiserende læge om behandlingsforløbet (såfremt borgeren har givet samtykke) (Kilde: Spørgeskema, n=100 (offentlige = 59, offentligt finansierede private= 30, private finansierede = 11))



Som nævnt tidligere oplever kommunerne samarbejdet med praktiserende læger varierende, og nogle kommuner oplever, at de praktiserende læger ikke vil stå for afrusning og abstinensbehandling, da alkoholbehandling er et kommunalt ansvar. I tråd med de varierende oplevelser af de praktiserende læger fra behandlingsstederne, har de praktiserende læger også en oplevelse af, at behandlingstilbuddene varierer fra kommune til kommune. Samarbejdet mellem disse parter kunne styrkes betydeligt, særligt fordi de kunne hjælpe hinanden i deres respektive arbejde.

Samarbejde med psykiatrien

COWI/Decides afdækning i 2019 viste ligesom for almen praksis, at nogle steder havde formaliserede samarbejder med psykiatrien, og nogle ikke havde, samt at dem med formaliserede samarbejder generelt oplevede et godt og tæt samarbejde, mens steder uden sådanne aftaler ofte oplevede samarbejdet som vanskeligere¹⁴¹.

NHG's undersøgelse viser, at flere behandlingssteder giver udtryk for samarbejdsvanskeligheder med psykiatrien. Behandlingsstederne oplever, at deres borgere afvises i psykiatrien netop på grund af deres afhængighed. Dette er en udfordring, da borgernes psykiske problemstillinger fylder i deres alkoholafhængighed. Dette gør sig gældende i både offentlige og private behandlingssteder, og er ikke en ny problemstilling. Per 1. september 2024 får mennesker med behandelige psykiske lidelser af moderat til svær grad, som har et psykiatrisk behandlingsbehov og samtidig rusmiddelproblematik da også et nyt samlet regionalt behandlingstilbud – også kaldet dobbeltdiagnose tilbuddet¹⁴².

4.7 Opsummering om den faglige kvalitet i alkoholbehandlingen

Der er fortsat et stort opsporingsgab, hvor borgere med behandlingsbehov (omtrent 67.000 borgere med tegn på svære alkoholproblemer og 402.000 borgere med tegn på moderate alkoholproblemer, hvoraf nogle er behandlingskrævende¹⁴³) langt overstiger antallet af borgere i behandling (omtrent 28.000 borgere i offentlig såvel som privatfinansieret behandling¹⁴⁴).

Af de borgere, der starter i behandling, er der overvejende flest selvhenvendende. Det er således stadig potentiale for at motivere borgere til at opsøge behandling via andre aktører, såsom praktiserende læge, sygehusene, og andre forvaltninger. Samtidig indikerer NHG's undersøgelse, at der er gode erfaringer med at have ekstra fokus på samarbejde med forskellige af disse andre aktører, men at det er meget varierende, hvorvidt de offentlige behandlingssteder har disse. Samlet set kan det indikere, at der stadig er en udfordring med, at flere borgere med alkoholproblemer kommer i behandling via identificering og motivering af borgere med alkoholafhængighed hos praktiserende læger og andre kommunale forvaltninger.

NHG's undersøgelse viser, at størstedelen af de offentligt finansierede behandlingssteder selv angiver at arbejde ud fra Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed. Andelen af privatfinansierede, som arbejder ud fra de nationale kliniske retningslinjer eller Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale, er lav (én ud af 11). Samtidig er de nationale kliniske retningslinjer af ældre dato, og tæt på en tredjedel af behandlingsstederne angiver

¹⁴¹ COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*, s. 30

¹⁴² Sundhedsstyrelsen, 2023. *Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Faglig visitatoinretningslinje*.

¹⁴³ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Antal danskere med et alkoholproblem – En analyse baseret på screeningsværktøjet CAGE-C*, s. 6

¹⁴⁴ En kombination af Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, data fra Forsikring & Pension, og NHG's spørgeskemaundersøgelse 2024. For uddybet opgørelse se kapitel 1 i NHG's undersøgelse.

også forældede eller mangelfulde nationale kliniske retningslinjer, som en af de største udfordringer i alkoholbehandlingen i dag.

Opstart af behandlingen

Tabellen nedenfor samler op på udvalgte kvalitetsindikatorer for opstarten af alkoholbehandlingen og sammenligner på tværs af offentlige og private behandlingssteder med offentlig finansiering og rent privatfinansierede behandlingssteder, og på tværs af 2019 og 2024. De væsentligste forhold uddybes i det følgende.

Tabel 12 Kvalitetsindikatortabel for opstart af behandlingen, sammenligning af typer af behandlingssteder og 2019 og 2024 (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse og COWI og Decides spørgeskemaundersøgelse)

Opstart af behandlingen						
	Offentligt behandlingssted		Offentligt finansieret privat behandlingssted		Privat finansieret behandlingssted	
	2024	2019	2024	2019	2024	2019
	98%	97%	90%	97%	100%	
Overholder behandlingsgarantien						
Screeners systematisk for somatisk komorbiditet	56%	70%	93%	70%	36%	
Screeners systematisk for psykiatrisk komorbiditet	36%	70%	73%	70%	27%	

NHG's undersøgelse viser, at der er forskel på ventetiden ved behandlingsopstart, og at de privat finansierede behandlingssteder ser ud til at kunne opstarte behandlingen hurtigere end de offentligt finansierede. Samtidig kan vi konkludere, at langt de fleste formår at overholde behandlingsgarantien (96 %), og at dette ligger på niveau med resultaterne fra Servicetjekket i 2019.

Hvad angår screening for somatisk og psykiatrisk komorbiditet, som Sundhedsstyrelsen i deres rådgivningsmateriale anbefaler sker i en indledende systematisk kortlægning af borgeren, viser NHG's undersøgelse, at der er sket et fald siden 2019. Især er der sket et fald på screening for psykiatrisk komorbiditet fra 70 % til 46 %. Samtidig kan der være stor forskel på, hvordan de 52 %, som faktisk screener for psykiatrisk komorbiditet gør det, og hvor omfattende, grundig og systematisk screeningen er. Det er primært de offentlige behandlingssteder og de rent privatfinansierede, der i mindre grad følger anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen om at screene for psykiatrisk komorbiditet.

Det fremgår, at den gennemsnitlige længde på behandlingsforløb fortsat er steget. Således var behandlingslængden af den offentligt finansierede behandling i 2023 i gennemsnit lidt over 11 måneder, hvilket er væsentligt længere end de i udgangspunktet anbefalede tre måneder fra Sundhedsstyrelsen. Der kan dog være mange usikkerheder og forbehold i forhold til behandlingslængden, blandt andet fordi data dækker forskellige behandlingstyper (ambulant-, dag- og døgnbehandling), samt

vi ikke ved hvornår man afsluttes. NHG's caseundersøgelse viser, at længden på især ambulante behandlingsforløb som udgangspunkt tilpasses individuelt efter den enkelte borgers behov. De fleste behandlingssteder har dog standardprincipper for, hvad et typisk behandlingsforløb indebærer, og beskriver, at et standardforløb typisk varer omkring seks måneder – og nogle steder op til et år eller halvandet.

Undersøgelsen peger også på, at det kan være en udfordring for kvaliteten af behandlingen, hvis den lange ventetid skyldes, at behandlingsstederne – på grund af travlhed og begrænsede ressourcer – må øge tiden mellem samtalerne med den enkelte borger. Dette kan resultere i for lange intervaller mellem møderne, hvilket kan være u hensigtsmæssigt for behandlingsforløbet. I den afsluttende fase af behandlingen tilbydes ofte et lavintensivt forløb. Mens nogle behandlingssteder differentierer taksten på behandlingen, så prisen afspejler intensiteten, er det usikkert, om alle har differentierede takster, bl.a. fordi priserne på behandling ikke fremgår for alle behandlingssteder på Tilbudsportalen.

Behandlingstilbud, -form og metoder

Tabellen nedenfor samler op på udvalgte kvalitetsindikatorer for behandlingstilbud, -form og -metoder og sammenligner på tværs af offentlige og private behandlingssteder med offentlig finansiering og rent privatfinansierede behandlingssteder, og på tværs af 2019 og 2024. De væsentligste forhold uddybes i det følgende.

Tabel 13 Kvalitetsindikatortabel for behandlingstilbud, -form og -metoder, sammenligning af typer af behandlingssteder og 2019 og 2024 (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse og COWI og Decides spørgeskemaundersøgelse)

BEHANDLINGSTILBUD, -FORM OG -METODER						
	Offentligt behandlingssted		Offentligt finansieret privat behandlingssted		Privatfinansieret behandlingssted	
	2024	2019	2024	2019	2024	2019
TILBYDER PÅRØRENDE FORLØB	83%	75%	77%	92%	91%	
TILBYDER FAMILIEBEHANDLING	64%	70%	43%	85%	82%	
ANVENDER KOGNITIV ADFÆRDS TERAPI	98 %	96 %	97 %	92 %	91 %	
ANVENDER MOTIVATIONAL INTERVIEWING	98 %		80 %		73 %	
ANVENDER COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH	12 %		0 %		0 %	
ANVENDER MINNESOTA-/12-TRINS BEHANDLING	0 %	2 %	20 %	69 %	91 %	

ARBEJDER SYSTEMATISK MED EFTERBEHANDLING	86%	87%	100%
---	------------	------------	-------------

En indikator for, om alkoholbehandlingen i Danmark har en høj faglig kvalitet er, hvorvidt den baserer sig på evidensbaseret metoder. Nedenfor opsummeres resultaterne fra NHG's undersøgelse om, hvorvidt behandlingsstederne i deres tilbud og metoder følger evidensen på området.

Det primære tilbud til borgerne er på tværs af behandlingsstederne individuel terapi, efterfulgt af gruppeterapi. Dette flugter med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og evidens på området, som bredt anbefaler at tilbyde samtalebehandling i enten gruppe- eller individuelt format, da der ikke er fundet forskel i effekten af de to. Samtidig kan vi konkludere, at der fortsat er en relativt stor andel, der tilbyder NADA-akupunktur, selvom der stadig ikke er evidens for, at NADA-akupunktur har effekt.

Der er en mindre andel af de offentlige behandlingssteder, der tilbyder familieorienterede behandling, som der ellers er evidensgrundlag for, og som Sundhedsstyrelsen anbefaler at tilbyde. Dertil viser undersøgelsen, at den internetbaserede behandling ikke er et særlig udbredt tilbud. Efterhånden som forskning viser, at der er god effekt af den internetbaserede behandling, kan der være potentiale i at udbrede dette tilbud.

Om tilbud til pårørende fremgår det af NHG's undersøgelse, at der fortsat er 17 % som ikke tilbyder dette, og der er også bemærkninger om, at de udbudte tilbud til pårørende er meget varierende i omfang. At der er en andel af behandlingsstederne, som ikke har tilbud til pårørende, er tidligere blevet fremhævet som en udfordring, også set i lyset af, at der er en stærk anbefaling fra Sundhedsstyrelsen om at tilbyde dette. Andelen der ikke har dette tilbud, er stort set uændret i forhold til tidligere undersøgelser, til trods for at også NHG's undersøgelse finder, at der er stor enighed om vigtigheden af tilbuddet.

NHG's spørgeskemaundersøgelse peger på, at kognitiv adfærdsterapi og den motiverende samtale (motivational interviewing) er blandt de mest hyppigst brugte metoder i selve behandlingen bredt set på tværs af typer af behandlingssteder. Det viser, at behandlingsstederne i forhold til metodevalg følger evidensen på området, da disse fremhæves som de mest hyppigst anbefalede samtalebaserede metoder, og dem hvor effekten er mest veldokumenteret.

Derudover er der dog visse forskelle på, hvilke metoder de offentligt finansierede og de privatfinansierede behandlingssteder benytter sig af. Hvor de privatfinansierede behandlingssteder i høj grad anvender 12-trins metoden, anvender ingen af de offentlige behandlingssteder denne. Da evidensen viser, at metoden formentlig er lige så effektiv som anden manualbaseret behandling, f.eks. kognitiv adfærdsterapi, og muligvis højere, vurderes denne praksis at stemme overens med evidensen på området.

Den mindst anvendte behandlingsmetode på tværs af behandlingsstederne er Community Reinforcement Approach (CRA), selvom denne fremhæves i den nationale kliniske retningslinje, som en god metode til borgere i social udsathed.

Medicinsk og sundhedsfaglig behandling

Tabellen nedenfor samler op på udvalgte kvalitetsindikatorer for medicinsk og sundhedsfaglig behandling og sammenligner på tværs af offentlige og private behandlingssteder med offentlig finansiering og rent privatfinansierede behandlingssteder, og på tværs af 2019 og 2024. De væsentligste forhold uddybes i det følgende.

Tabel 14 Kvalitetsindikatortabel for medicinsk og sundhedsfaglig behandling, sammenligning af typer af behandlingssteder og 2019 og 2024 (Kilde: NHG's spørgeskemaundersøgelse og COWI og Decides spørgeskemaundersøgelse)

MEDICINSK OG SUNDHEDSFAGLIG BEHANDLING						
	Offentligt behandlingssted		Offentligt finansieret privat behandlingssted		Privatfinansieret behandlingssted	
	2024	2019	2024	2019	2024	2019
LÆGEÅRSVÆRK	0,4	0,6	0,6	0,9	0,2	
SYGEPLEJERSKEÅRSVÆRK	1,8	1,8	1,4	1,9	0,1	
VARETAGER AFRUSNING/ABSTINENSBEHANDLING	69%	77%	70%	77%	18%	
HAR TILBUD OM MEDICINSK BEHANDLING	92%	87%	80%	100%	0%	
ANVENDER ACAMPROSAT	81%	80%	73%	77%		

Størstedelen af de offentligt finansierede alkoholbehandlingssteder varetager selvstændigt afrusning og abstinensbehandling, mens det er en mindre andel af de rent privat finansierede behandlingssteder. Det er primært læger og sygeplejersker, som foretager afrusningen og abstinensbehandlingen.

NHG's undersøgelse viser, at disulfiram (Antabus) stadig er det lægemiddel, som anvendes på flest alkoholbehandlingssteder, på trods af at dette ikke er førstevalgs- eller andenvælgspræparat. Desuden fremgår det, at salget af disulfiram opgjort i definerede døgndoser (DDD) har været støt faldende siden 2019, mens salget af acamprosat og naltrexon langsomt er steget. Disulfiram er dog fortsat langt det mest solgte lægemiddel opgjort i definerede døgndoser, hvilket indikerer, at der stadig er langt flere borgere, der modtager disulfiram til behandling af deres alkoholafhængighed, end det anbefalede acamprosat. Samtidig kan vi konkludere, at læger, der behandler patienter for alkoholafhængighed, siden Servicetjekket i 2019 i højere grad er begyndt at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger til medicinsk behandling, men at der stadigvæk er grund til at arbejde for, at de nationale anbefalinger bliver fulgt i højere grad.

Den faglige kvalitet i alkoholbehandlingen varierer afhængigt af, om behandlingen foregår på offentlige behandlingssteder, offentlig finansierede private

behandlingssteder eller rent privatfinansierede behandlingssteder. Generelt tilpasses behandlingsforløbene efter borgernes individuelle behov, men der er forskelle i de anvendte metoder, det sundhedsfaglige behandlingstilbud og fleksibiliteten på tværs af disse tilbud. Det er vanskeligt endeligt at vurdere, hvor den faglige kvalitet i behandlingen er bedst.

På offentlige behandlingssteder er der ofte en klarere struktur og overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, hvilket sikrer en vis ensartethed i behandlingskvaliteten på tværs af kommunerne. De offentlige behandlingssteder har en styrke i forhold til mulighederne for at samarbejde på tværs af forskellige kommunale og offentlige instanser. En udfordring omhandler visitationen til dag- og døgnbehandling, som typisk ifølge Sundhedsstyrelsen skal baseres på en vurdering af både alkoholafhængighedens sværhedsgrad og sociale faktorer som hjemløshed, arbejdsløshed eller psykisk sygdom, men hvor de sociale forhold synes at gives mest vægt. Den primære udfordring omhandler dog, at der er indikationer på en geografisk variation i visitationskriterierne til dag- og døgnbehandling. Det kan betyde, at der er forskel på, hvilket behandlingstilbud man får, alt efter hvor man bor.

De offentligt finansierede private behandlingssteder ser ud til i et vidst omfang at varetage en anden målgruppe end de offentlige behandlingssteder. Det kan være et tegn på, at de to typer behandlingssteder imødekommer forskellige behov. De private behandlingssteder med offentlig finansiering har for eksempel ofte større mulighed for at imødekomme borgernes behov i forhold til tilgængelighed, herunder i ydertimer. Derudover indikerer undersøgelsen, at de offentligt finansierede private behandlingssteder i overvejende grad arbejder efter samme standarder, retningslinjer og metoder, som de offentlige tilbud. Kvaliteten og brugen af evidensbaserede metoder kan dog variere afhængigt af leverandøren.

De privatfinansierede behandlingssteder er ikke underlagt de samme kriterier, som den offentligt finansierede behandling, da borgerne selv betaler for behandlingen. Det betyder også, at det i udgangspunktet er mere ressourcestærke borgere, der benytter sig af tilbuddene. Privatfinansierede behandlingssteder tilbyder dermed dels adgang til døgnbehandling til en målgruppe, som sandsynligvis ikke ville kunne få adgang til døgnbehandling gennem det offentlige system. Dels tilbyder de hurtig adgang til døgnbehandling. De privatfinansierede adskiller sig dertil fra de offentlige behandlingssteder ved typisk at anvende 12-trinsmetoden, hvilket ikke nødvendigvis betyder en lavere kvalitet, men at tilbuddet er et andet. Derudover tilbyder de privatfinansierede i langt mindre grad end de offentligt finansierede behandlingssteder medicinsk og sundhedsfaglig behandling.

Samlet set peger undersøgelsen på, at der er forskelle mellem offentlige, offentlig finansierede private og privatfinansierede behandlingssteder i forhold til behandlingstilbud, -metoder og overholdelse af nationale retningslinjer. Herunder viser undersøgelsen, at der kan være udfordringer forbundet med at sikre tilgængeligheden af tilbud, der er dokumenteret effekt af, såsom pårørende tilbud og familiebehandling. I forbindelse hermed fremgår det, at nogle evidensbaserede metoder anvendes i vidt omfang (for eksempel kognitiv adfærdsterapi og motivational interviewing), mens andre ikke næsten anvendes (Community Reinforcement approach), og andre metoder, der

ikke er dokumentation for effekten af, samtidig er udbredt (for eksempel NADA-akupunktur).

Ovenstående peger gennemgående på, at retningslinjer og standarder ikke er opdaterede og ikke-bindende, hvilket bidrager til varierende kvalitet på tværs af behandlingssteder.

5

EFTERBEHANDLING

5. Efterbehandling

Kapitlet beskriver, hvad evidensen og de nationale anbefalinger om efterbehandling er, samt hvordan efterbehandling ser ud i praksis i Danmark i dag med et fokus på, hvorvidt udbud og efterspørgsel på efterbehandling stemmer overens. Derudover har kapitlet afdækket, hvordan praksis generelt ser ud i Norden.

SAMMENFATNING OM RESULTATER OM EFTERBEHANDLING

Der er nogen evidens for, at effekten af et behandlingsforløb er større, hvis der tilbydes efterbehandling, end hvis der ikke gør. Denne evidens har ført til en generel anbefaling i de nationale kliniske retningslinjer om at tilbyde efterbehandling. Men der findes ikke konkrete anbefalinger til, hvordan et tilstrækkeligt efterbehandlingsforløb af god kvalitet bør se ud.

Den overordnede anbefaling lyder på "overvej at tilbyde efterbehandling efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb til personen med alkoholafhængighed" og giver stor mulighed for, at behandlingsstederne selv kan tilrettelægge efterbehandlingen. Derfor kan de fleste behandlingssteder siges at leve op til anbefalingen om efterbehandling, selvom der ikke eksisterer en ensartet praksis. NHG's undersøgelse synliggør således samlet set, at der bredt set eksisterer et efterbehandlingstilbud i Danmark i dag, men under forskellige navne, typer, former og grader af intensitet.

De konkrete fund, som dette baseres på, opsummeres nedenfor.

RETNINGSLINJER OG EVIDENS FOR EFTERBEHANDLING

Der er evidens for, at der er (en lille) effekt af efterbehandling, men evidensen er svag.

De nationale kliniske retningslinjer beskriver, at effekten af et behandlingsforløb er større efter endt forløb, hvis der tilbydes et efterbehandlingsforløb, end hvis der ikke gør.

En yderligere videnskabelig litteraturgennemgang viser en generel positiv betydning af efterbehandling til trods for, at der ofte findes en relativt begrænset effekt.

De nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed anbefaler overordnet at tilbyde efterbehandling.

På baggrund af evidensen på området anbefaler de nationale kliniske retningslinjer efterbehandling, men der foreligger ikke konkrete instrukser om form, indhold og længde. Desuden fremgår det ikke klart, om efterbehandling kan ses som opfølgning, forlængelse af et eksisterende forløb eller bør være et separat tilbud.

PRAKSIS FOR EFTERBEHANDLING I DAG

Langt de fleste af behandlingsstederne på tværs af finansieringstype (88 %) arbejder enten selv med efterbehandling eller henviser til det hos andre.

NHG's spørgeskemaundersøgelse indikerer, at den hyppigste form for efterbehandling, der tilbydes i dag, er opfølgende samtaler i egen organisation. Størstedelen af behandlingsstederne angiver at tilbyde dette, som kan antages i mange tilfælde at svare til en langsom udfasning af et forløb.

Efterbehandling omfatter i praksis tre overordnede tilgange med forskellige intensiteter og indhold.

Efterbehandling udformes typisk som forskellige udgaver af 1) en indbygget lavintensiv fase i den sidste del af især det ambulante behandlingsforløb, 2) behandlerfaciliterede efterbehandlingsgrupper eller 3) peer-drevne efterbehandlingstilbud. Det er uvist, hvorvidt de forskelligartede typer af efterbehandling, som har forskellig intensitet og dermed

behandlingsomkostninger, altid honoreres med en pris, der afspejler intensiteten, eller om de i nogle tilfælde honoreres efter samme takster - og også som det øvrige behandlingsforløb.

De privatfinansierede behandlingssteder tilbyder i højere grad efterbehandlingsgrupper i egen organisation eller henviser til AA eller NA.

Mens samtlige af de privatfinansierede behandlingssteder i spørgeskemaundersøgelsen har egne efterbehandlingsgrupper eller henviser til AA eller NA, er andelen 39 % blandt de offentlige behandlingstilbud.

Danmark skiller sig ud i Norden ved eksplicit at beskrive efterbehandling i deres NKR, men praksis ser ud til at være relativt ens.

I de øvrige nordiske landes nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling nævner nogle selvhjælps- eller støttegrupper, eller andre sociale og frivillige tilbud, herunder religiøse grupper, men ikke eksplicit efterbehandling, ligesom i Danmark. Dog indikerer desk research, at efterbehandling i andre nordiske lande i praksis på behandlingsstederne omfatter de samme overordnede tilgange.

MATCHET MELLEM UDBUD OG BEHOV FOR EFTERBEHANDLING

Der er bred enighed om det store behov for efterbehandling.

Brugere såvel som ledere og medarbejdere på behandlingssteder – offentlige og private - understreger vigtigheden af efterbehandling, idet brugerne har brug for at understøttes i overgangen fra behandling til hverdag. Især oplever behandlingsstederne, at døgnbehandling set fra et brugerperspektiv aldrig kan stå alene.

5.1 Formål og baggrund

I dette kapitel undersøges et delområde i alkoholbehandlingen, nemlig efterbehandling. Efterbehandling er den behandling, der finder sted efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb (enten ambulant, dag eller døgn) i et forsøg på at fastholde borgerens nye vaner og følge op på deres forløb.

Der har ikke tidligere været et stort eller systematisk fokus på efterbehandling, og emnet blev for eksempel ikke berørt i servicetjekket af alkoholbehandlingsområdet fra 2019. Dog anbefaler de nationale kliniske retningslinjer stadig, at man som led i alkoholbehandlingen etablerer efterbehandling¹⁴⁵.

Formålet med kapitlet er at kortlægge udbuddet af efterbehandling i Danmark i dag med fokus på, hvordan dette stemmer overens med behovet.

¹⁴⁵ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*, s. 8.
105

Kapitlet har været centreret om følgende primære undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke efterbehandlinger og tilbud findes der i Danmark, Norden eller andre lande med samme sundhedsstruktur?
- Hvilken effekt er der af efterbehandling?
- Er der eksempler på efterbehandling, der med fordel kunne udbredes?
- Mangler der tilbud om efterbehandling i Danmark?

Kapitlet er delt op i tre underafsnit: 1) Retningslinjer for og evidens om efterbehandling, 2) Efterbehandling i praksis i dag, og 3) Matchet mellem udbuddet og behovet for efterbehandling, som beskriver, hvorvidt der er et overset potentiale i at udvikle efterbehandling og et ikke-imødekommet behov.

5.1.1 Datagrundlag

Kapitlet bygger på NHG's landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til offentlige såvel som selvejende og private behandlingssteder. Spørgeskemaundersøgelsen er besvaret af 62 % af de danske behandlingssteder, som vi har identificeret i forbindelse med denne undersøgelse. Dertil bygger kapitlet især på de 15 kvalitative casebesøg med interviews med ledere og medarbejdere på offentligt såvel som privatfinansierede behandlingssteder, som er gennemført i forbindelse med NHG's undersøgelse. De kvantitative og kvalitative data vil i løbet af kapitlet supplere hinanden.

Kapitlet trækker også på Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed fra 2018, samt den videnskabelige litteratur bag. Dertil er diverse dokumenter og hjemmesider fra de besøgte alkoholbehandlingssteder anvendt som baggrundsmateriale. Endelig er der inddraget oplysninger fra blandt andet www.sundhed.dk og interesseorganisationen Alkohol og Samfund.

SDU's evidensgennemgang fra 2023 berører ikke efterbehandling specifikt. For at afdække effekten af efterbehandling baserer kapitlet sig derfor også på en systematisk litteratursøgning i videnskabelige databaser som PubMed, Scopus, Cochrane Library og Google Scholar. Denne er også blevet anvendt til at afdække praksis vedrørende efterbehandling i Norden, og i den forbindelse er forskellige svenske, norske og finske myndigheders og behandlingstilbuds hjemmesider også blevet gennemgået.

5.2 Retningslinjer for og evidens om efterbehandling

Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer anbefales efterbehandlingstilbud til flertallet af personer med alkoholafhængighed efter afslutningen af en struktureret alkoholbehandling¹⁴⁶. Evidens på området viser ifølge den nationale kliniske retningslinje, at en person med alkoholafhængighed, som indgår i et efterbehandlingsforløb, vil have flere afholdende dage end personer, som ikke deltager i efterbehandlingsforløb. Desuden beskriver retningslinjen, at flere personer med alkoholafhængighed vil være afholdende ved etårs opfølgning, hvis de får eller har fået efterbehandling. Altså peger evidensen på, at effekten af et behandlingsforløb er større efter endt forløb, hvis der tilbydes efterbehandling, end hvis der ikke gør. Dog er evidensen, der beskrives i den nationale kliniske retningslinje, forholdsvis svag og alene baseret på fire randomiserede kontrollerede videnskabelige studier. Samtidig er det nødvendigt at være opmærksom på, at det ofte er præmissen for studier af denne karakter, der er multifacetterede, og evidensen derfor sjældent vil være stærk.

Også NHG's videnskabelige litteratursøgning bekræfter, at efterbehandling og effekten af samme er et underbelyst område inden for videnskabelig litteratur. Der findes således få artikler om emnet, der er publiceret for mindre end ti år siden. De eksisterende studier har ofte begrænsninger i form af lavt datagrundlag, bias med mere¹⁴⁷. Den videnskabelige litteratur fremhæver efterbehandlingens positive betydning for behandlingsresultater, selvom evidensen viser, at effekten er begrænset¹⁴⁸. En systematisk litteraturgennemgang fra 2021 viser, at den samlede effekt af efterbehandling er svag, når resultater fra individuelle studier

Som supplement til et alkoholbehandlingsforløb anbefales efterbehandling

Overvej at tilbyde efterbehandling efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb til personen med alkoholafhængighed.

Et efterbehandlingsforløb kan strække sig over 3-12 måneder, udføres af professionelle alkoholbehandlere og er af vedligeholdende karakter. Fokus for efterbehandlingen er at forebygge tilbagefald og at hjælpe hurtigt i tilfælde af tilbagefald. Efterbehandlingen kan fx være telefonopkald hver anden uge i et år eller gruppebaserede/individuelle samtaler med brug af kognitive og/eller motivationssøgende teknikker.

Kilde: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-alkoholbehandling.ashx>

¹⁴⁶ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*.

¹⁴⁷ Mellentin, A. et al. 2017. *Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytical review*.

¹⁴⁸ McKay 2021. *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder*; Kelly, P. et al. 2021. *Predictors of consent and engagement to participate in telephone delivered continuing care following specialist residential alcohol and other drug treatment*; Mellentin Angelina et al. 2019. *A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: an Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial*;

sammenlægges¹⁴⁹. Dog fremgår det, at efterbehandling over en længere periode, hvor der fokuseres på at fastholde brugeren i efterbehandlingen, har en højere grad af effekt. Derudover fremgår det af den videnskabelige søgning, at der i stigende grad eksperimenteres med forskellige metoder til efterbehandling, herunder telefonsamtaler, apps, mindfulness, hvoraf nogle metoder vises at have lav til moderat effekt, mens andre har ingen effekt under studierne¹⁵⁰.

På basis af den tilgængelige viden kan personer med alkoholafhængighed ifølge de nationale kliniske retningslinjer med fordel tilbydes et mindre intensivt efterbehandlingsforløb efter et alkoholbehandlingsforløb, hvor formålet bør være at støtte personen i vedligeholdelse af alkoholafvænningen og forebyggelse af eventuelle tilbagefald¹⁵¹.

På grund af den svage evidens på området fremgår det ikke tydeligt af den nationale kliniske retningslinje, hvordan et efterbehandlingsforløb skal opbygges eller struktureres, herunder i forhold til længde og indhold. Desuden er det ikke klart, om efterbehandlingen bør være 1) en del af borgerens primære behandlingsplan, 2) en forlængelse af et eksisterende alkoholbehandlingsforløb eller 3) et separat tilbud. I den nationale kliniske retningslinje beskrives dog nogle hovedlinjer for efterbehandling som et forløb, der bør gennemføres af professionelle alkoholbehandlere og kan strække sig over en periode på 3-12 måneder. Forløbet kan basere sig på for eksempel jævnlige telefonopkald, gruppebaserede eller individuelle samtaler med brug af kognitive og/eller motivationssøgende teknikker. Disse meget overordnede retningslinjer giver stor fleksibilitet til, at behandlingsstederne kan tilpasse efterbehandlingsforløbet til den enkelte borger og dennes ønsker og behov. Det betyder samtidig, at der er stor mulighed for, at behandlingsstederne selv inden for de overordnede rammer kan tilrettelægge og beslutte, hvilket efterbehandlingstilbud de vil stille til rådighed.

Den offentlige portal www.sundhed.dk beskriver, at efterbehandling kan bestå af deltagelse i støttegrupper med andre, der har været i alkoholbehandling, eller af kontrolbesøg hos alkoholbehandleren, telefonopkald eller deltagelse i andre tilbud¹⁵². Dette er også en forholdsvis løs beskrivelse, der åbner for, at efterbehandling kan tilrettelægges på flere forskellige måder. Desuden er der ikke angivelser af intensiteten eller ressourceforbruget ved efterbehandling.

I det følgende afsnit beskrives, hvordan efterbehandling konkret udformes på alkoholbehandlingssteder.

5.3 Praksis for efterbehandling i dag

Af den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til behandlingsstederne, som er gennemført i forbindelse med NHG's undersøgelse, fremgår det, at samlet set 88% af

¹⁴⁹ McKay, 2021. *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder*.

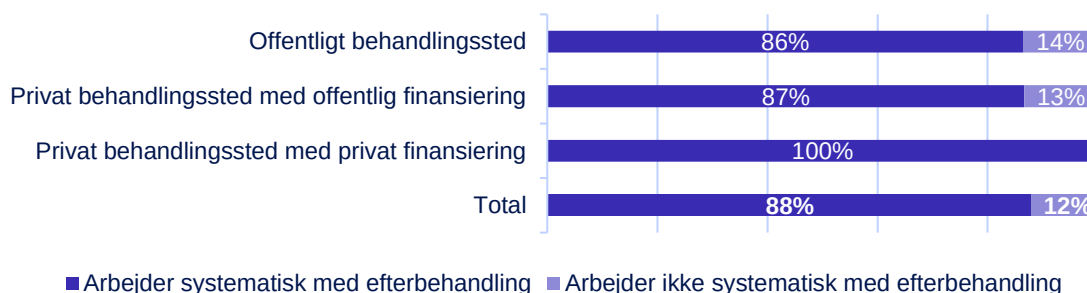
¹⁵⁰ Mellentin et al., 2019 *A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: an Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial*; McKay 2021. *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder*.

¹⁵¹ Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*.

¹⁵² Becker, U. & Nielsen, A. S., 2023. *Alkoholproblemer, behandling*.

de adspurgte behandlingssteder enten selv arbejder systematisk med efterbehandling eller henviser til en anden institution for modtagelse af efterbehandling (se Figur 31). Opdelt på type af behandlingssted er fordelingen fortsat relativt lige, udover at alle de privatfinansierede behandlingssteder angiver at arbejde med efterbehandling enten selv eller via henvisning til anden institution.

Figur 31 Behandlingssteder i Danmark der systematisk arbejder med efterbehandling, n=100 (Kilde: Spørgeskema, n= 100, offentlige behandlingstilbud = 59, Offentligt finansierede private tilbud = 30, Privat finansieret private tilbud = 11)



Casebesøgene på de 15 alkoholbehandlingssteder bekræfter, at de fleste har fokus på efterbehandling, da majoriteten af de besøgte behandlingssteder fortalte, at de havde et efterbehandlingstilbud. En motiverende faktor for enkelte behandlingssteder er også, at de med et fokus på efterbehandling får bedre mulighed for at monitorere på effekten af deres alkoholbehandling, altså på systematisk måle på succes og tilbagefald for borgerne, der har indgået i et behandlingsforløb.

Af Figur 32 fremgår det, hvilke typer af efterbehandling behandlingsstederne tilbyder. Næsten alle behandlingssteder (92 %), der angiver at arbejde med efterbehandling, tilbyder efterbehandling gennem opfølgende samtaler i egen organisation (for eksempel fysiske eller telefoniske samtaler). Der er nogen variation mellem typerne af behandlingssteder, hvor andelen af offentligt finansierede private behandlingssteder, som tilbyder efterbehandling ved opfølgende samtaler (81 %) er mindre end for de øvrige to typer af behandlingssteder (91-98 %).

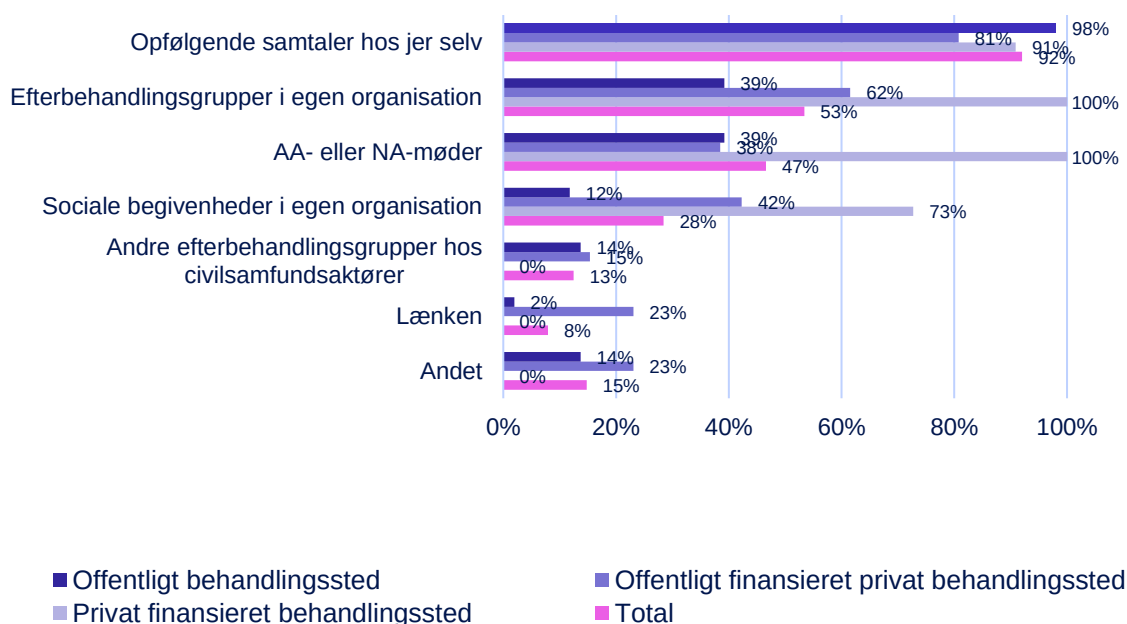
For de andre slags efterbehandlingstilbud er der store forskelle på, hvorvidt de forskellige typer af behandlingssteder tilbyder disse. Således fremgår det for eksempel, at alle de privatfinansierede behandlingssteder tilbyder både efterbehandlingsgrupper i egen organisation eller henviser til AA (Anonyme Alkoholikere) - eller NA (Narcotics Anonymous) -møder¹⁵³. Modsat er andelen af de offentligt finansierede behandlingssteder, som tilbyder eller henviser til disse typer efterbehandling, blot 39 %. Samme tendens gør sig gældende for sociale begivenheder i egen organisation (for eksempel ved højtider), hvor det fremgår, at der er flest privatfinansierede behandlingssteder, der tilbyder dette (73 %), dernæst offentligt finansierede private behandlingssteder (42 %), og færrest offentligt finansierede behandlingssteder (12 %).

¹⁵³ Hvis et alkoholbehandlingssted alene henviser til AA eller NA kan det diskuteres, om dette er tilstrækkeligt til at sige, at de har fokus på efterbehandling eller har et tilbud herom.

Generelt set er der få behandlingssteder som anvender de øvrige slags efterbehandlingstilbud

Blandt de behandlingssteder, som har angivet at tilbyde andre typer efterbehandling, nævnes bl.a. oplysning om kommunale tilbud i hjemkommunen, selvhjælpsgrupper med SMART recovery, og generelt selvhjælpsgrupper drevet af borgere selv eller henvisning til aktivitetstilbud eller sociale netværk (f.eks. foreningsliv eller frivilligt arbejde). Det stemmer overens med NHG's casebesøg, hvor nogle ledere og medarbejdere nævnte vigtigheden af at aktivere borgerne og facilitere, at de kunne integreres i lokalsamfundet efter endt behandling. Aktiveringen kunne eksempelvis bestå af henvisning til fritidsaktiviteter såsom fitness eller svømning. I spørgeskemaundersøgelsen angiver enkelte døgnbehandlingssteder også at henvise til kommunale tilbud i hjemkommunen, såsom ambulant behandling.

Figur 32 Typen af efterbehandlingstilbud der enten tilbydes på behandlingsstedet, eller der henvises til, n=88 (Kilde: Spørgeskema: n=88, offentlige = 51, Offentligt finansierede private = 26, Privat finansierede private = 11)



Note: Figuren summerer til over 100 %, da hvert behandlingssted kan tilbyde eller henvise til flere former for efterbehandling.

På NHG's casebesøg har behandlingsstederne beskrevet, hvordan deres efterbehandling ser ud i praksis. Med henblik på at belyse, om der er eksempler på efterbehandling, der med fordel kunne udbredes, beskrives forskellige typer af behandlingssteders efterbehandlingstilbud mere indgående nedenfor.

Efterbehandling som udfasning af ambulant forløb

Af caseundersøgelsen fremgår det, at efterbehandling hos kommunerne ofte betragtes som en forlængelse af borgernes ambulante forløb og altså ikke som et særskilt efterbehandlingsforløb. Det betyder, at efterbehandlingen er udgjort af en fortsættelse af de ambulante samtaler, men hvor hyppigheden af samtalerne er blevet mindsket, fx til en gang månedligt. Dette kan for eksempel være i de sidste tre til seks måneder af

det ambulante behandlingsforløb, og i den type samtaler fokuseres der på vedligeholdelse. Denne form for efterbehandling som en indbygget, sidste lavintensiv fase af det ambulante behandlingsforløb vil især være det eneste efterbehandlingstilbud på mindre behandlingssteder.

Behandlerfaciliterede efterbehandlingsgrupper

Caseundersøgelsen viser, at flere af de enten offentligt- eller privatfinansierede private behandlingssteder tilbyder efterbehandling som et separat tilbud efter enten dag- eller døgnbehandling. Det kan for eksempel være som et gruppeforløb på mellem 4-12 måneder, hvor grupperne mødes typisk en til to gange ugentligt og faciliteres af en behandler. Fokus vil være på bevarelse af ens bedring og alkoholafrvænning samt tryghed til at blive "sat fri" i hverdagslivet. For eksempel Blå Kors, Plan A og Tjele tilbyder en form for efterbehandling, der ligner dette.

Ligesom de behandlerfaciliterede efterbehandlingsgruppeforløb ved de private behandlingssteder, viser NHG's caseundersøgelse, at også nogle kommuner tilbyder dette. Eksempelvis har Helsingør Kommune en efterbehandlingsgruppe, som består af højst otte deltagere. Formålet er at fastholde alkohol- eller rusmiddelstoppet, og medarbejdere fra Helsingør Rusmiddelcenter holder oplæg om strategier til at holde borgeren fra alkoholen og stofferne. Gruppedeltagerne giver også hinanden feedback. Gruppen mødes en gang om ugen.¹⁵⁴

Caseundersøgelsen viser, at også andre kommuner har forsøgt sig med sådanne efterbehandlingsgrupper, men oplever, at det kan være svært at rekruttere et tilstrækkeligt antal borgere til grupperne. Det begrundes med, at mange borgere anser sig selv som værende "færdige", når de har gennemgået et ambulante behandlingsforløb, og derfor ikke ønsker yderligere kontakt. Herudover kræver det samtykke fra borgerne, hvis de skal kontaktes efter endt forløb¹⁵⁵.

Peer- eller frivilligdrevne efterbehandlingstilbud

Frivilligdrevne efterbehandlingstilbud hos kommunerne

Nogle kommuner har også valgt at oprette primært frivilligt drevne selvhjælpsgrupper, cafeer, væresteder, mødested eller lignende. Disse sker som oftest med minimal – hvis nogen - behandlerstøtte og har til formål at skabe alkoholfrie fællesskaber og sociale aktiviteter for de tidligere alkoholafhængige - ofte kombineret med tidligere stofafhængige. Der er eksempler at finde herpå i værestederne "De Frie Fugle" i Kolding Kommune, "Café VæXt" i Aalborg Kommune og "Efterværn" i Ringsted Kommune. Sidstnævnte efterbehandlingstilbud er et eksempel, der tidligere er blevet fremhævet på Alkohol & Samfunds nationale Alkoholkonference i 2024. Det beskrives nedenfor.

¹⁵⁴ Helsingør Rusmiddelcenter.dk, u.å. *Hvordan foregår efterbehandlingen?*

¹⁵⁵ Udfordringen med samtykke er også en forklaring på, at flere af alkoholbehandlingssteder ser efterbehandlingen, som en integreret del af deres samlede alkoholbehandlingsforløb, fordi de så kan undgå at skulle sikre et samtykke til at kunne kontakte borgerne igen med henblik på et særskilt efterbehandlingsforløb.

Efterværn er Ringsted Kommunes efterbehandlingstilbud. Tilbuddet er delvist frivilligt drevet og gives til alle borgere, under og efter endt behandling på rusmiddelcenteret. Efterværn er en form for værested med aktiviteter, der har lokaler samme sted, som hvor Ringsted Kommunes dagbehandling foregår.

Målet med Efterværn er at støtte tidligere alkohol- og stofafhængige i at fortsætte med at udvikle sig i en positiv retning og at skabe et fællesskab uden alkohol. Efterværn tilbyder i udgangspunktet blandt andet morgenmøder fem gange om ugen (+ 1 gang på zoom), morgenmad og morgenkaffe, mindfulness, månedlig speak lørdags fællesspisning, og der er generelt åbent i weekenden og på helligdage. Derudover kan der være gruppemøder, samtaler, mentorordninger og sociale arrangementer på frivilligt initiativ. Sociale arrangementer kan for eksempel være filmaftener, søndagsfodbold, ture ud af huset på museum, bakken etc., samt sommerfest. Det er muligt at blive frivillig i Efterværn efter et års ædruelighed eller stoffrihed.¹⁵⁶

Efterværn er primært kommunalt finansieret, men noget er for borgernes egen regning. Der eksisterer således et 'aktivitetsbudget', men afhængig af aktiviteten, kan der være en selvbetaling fra borgeren.

Anonyme Alkoholikere (AA)

Som det fremgår af NHG's spørgeskemaundersøgelse, henviser i alt 47 % af behandlingsstederne – og herunder især de privatfinansierede behandlingssteder - til AA- og/eller NA-møder efter endt behandlingsforløb. AA er det mest kendte og almindelige peer-drevne tilbud¹⁵⁷. Det er et landsdækkende fællesskab, hvor der ifølge dem selv *"deles erfaringer, styrke og håb med fokus på løsninger til udfordringer og herigennem til at komme af med ens afhængighed eller støtte vedligeholdelse af en alkoholafvænning"*¹⁵⁸. AA fungerer som frivilligt drevne selvhjælpsgrupper, der er åbent for alle, og deltagelse er anonymt. I AA er der ingen terapeuter eller behandlere, men gruppeforløbene består af borgere, der alle selv har haft alkoholproblemer, og de fleste er såkaldt "ædru alkoholikere". AA-møder varer typisk en time, og de vil oftest være ledet af en person med erfaring fra mange AA-møder. AA-møderne foregår mange steder i landet og afholdes flere gange ugentligt, afhængigt af stedet¹⁵⁹.

SMART Recovery grupper

Et andet efterbehandlingskoncept, som går igen er de anonyme selvhjælpsgrupper SMART Recovery, der også blev nævnt af enkelte i NHG's spørgeskemaundersøgelse. SMART Recovery grupper findes i nogle kommuner og i regi af Novavi. SMART Recovery er et alternativ til AA, som fokuserer på et nedsat alkoholforbrug frem for

¹⁵⁶ Trier, C. & Andersen, J. L., 2024. *Den Nationale Alkoholkonference 2024*.

¹⁵⁷ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*.

¹⁵⁸ Anonyme-alkoholikere., u.å. *Frontpage. Velkomment til AA*.

¹⁵⁹ Anonyme-alkoholikere. u.å. *Mødeliste for anonyme alkoholikere i Danmark*.

udelukkende ædruelighed. Derudover tager SMART afsæt i den kognitive referenceramme og ikke i en sygdomsmodel, som AA og 12-trins metoden.

SMART Recovery er et amerikansk koncept, som er drevet af frivillige og målrettet mennesker med et ønske om at ændre en skadelig adfærd, som for eksempel alkoholafhængighed. SMART står for Self -Management And Recovery Training. Ligesom AA er SMART Recovery selvhjælpsgrupperne et manualbaseret koncept med en fast struktur. I SMART Recovery grupperne skelnes der ikke mellem forskellige typer af afhængighed eller vanedannende adfærd.

I 2016 blev SMART Recovery konceptet afprøvet i Danmark under et projekt igangsat af Social- og Boligstyrelsen. Afprøvningsprojektet var målrettet borgere, som efter endt stofafhængighedsbehandling, ønskede støtte og netværk for at opretholde resultaterne af deres behandling. Målgruppen var dermed ikke borgere med alkoholafhængighed, og der blev ikke målt på effekten af indsatsen. Dog tydede evalueringen på, at brugerne oplevede positive resultater i forhold til deres stofbrug.¹⁶⁰

SDU's evidensgennemgang fra 2023 berører ikke efterbehandling specifikt, men beskriver effekten af peerstøttede indsatser, herunder AA og SMART Recovery. SDU konkluderer, at de peerdrevne grupper, som AA-møder, som tillæg til behandling øger sandsynligheden for total afholdenhed, blandt andet ved at tilbyde et ædru netværk. Evidensen er dog usikker.¹⁶¹

Efterbehandling efter døgnbehandling

Døgnbehandling tilbydes som nævnt udelukkende via private og selvejende behandlingssteder, og disse private eller selvejende døgnbehandlingssteder tilbyder enten kun offentligt finansieret behandling eller både offentligt og privatfinansieret behandling.

Udover at en stor andel af døgnbehandlingsstederne ifølge spørgeskemaundersøgelsen tilbyder opfølgende samtaler og efterbehandlingsgrupper i egen organisation, samarbejder døgnbehandlingsstederne ofte med de offentlige behandlingssteder om at få borgerne opstartet i enten ambulant- eller dagbehandling i hjemkommunen efter endt døgnophold. Enkelte private behandlingssteder har også egne ambulante behandlingstilbud (såsom Tjele og Dansk misbrugsbehandling). En typisk efterbehandling efter døgnbehandling vil således være, at borgeren fortsætter i en ny, men mindre intensiv behandlingstype.

Der er desuden eksempler på, at især de store kommuner kan tilbyde såkaldte "udslusningshjem" eller "halvvejshuse", der er et midlertidigt botilbud, der blandt andet kan tilbydes borgere efter endt døgnbehandling. I halvvejshuset kan borgeren vende tilbage til sin egen kommune og altså komme tæt på egen bopæl og sine gamle omgivelser, men bo i et miljø frit for alkohol og rusmidler. Et sådant tilbud findes for

¹⁶⁰ Social- og Boligstyrelsen, 2016. *SMART Recovery selvhjælpsgrupper til borgere med stofmisbrug. Evalueringsrapport.*

¹⁶¹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling.* s. 136

eksempel i Aarhus Kommune, der som oftest ser et ophold på halvvejshuset som en nødvendighed efter døgnbehandling. Borgerne skal henvises til tilbuddet og vil typisk kunne bo der i seks måneder til to år. Halvvejshuset har to medarbejdere med primær arbejdstid i dagtimerne og foruden at være et sted, hvor borgerne kan bo, er der forskellige praktisk-forpligtende fællesskaber, som har til formål at sætte struktur for dagligdagen. I halvvejshuset kan borgere også få støtte til at afklare og forfølge beskæftigelses- og/eller uddannelsesønsker.¹⁶²

Samlet kan vi altså konkludere, at der ikke eksisterer en ensartet praksis for efterbehandling i Danmark. Selvom de fleste offentlige såvel som private behandlingssteder kan siges at følge de nationale kliniske retningslinjer og udbyde efterbehandling, er der stor forskel på, hvad det vil sige. Det betyder altså, at borgerne vil blive tilbudt noget forskelligt efter eller i udfasningen af deres behandlingsforløb alt efter, hvor de har været i behandling. Den begrænsede evidens vedrørende efterbehandling og den heraf følgende uklarhed i den nationale kliniske retningslinje på området, kan givetvis være med til at forklare heterogeniteten på efterbehandlingsområdet.

Erfaringer fra Norden

Desk research på andre nordiske landes kliniske retningslinjer (Sverige, Norge, Finland) og behandlingssteders hjemmesider viser, at efterbehandling generelt følger det samme mønster i disse lande. Desk researchen indikerer, at Danmark skiller sig ud som det eneste land i Norden, der eksplicit beskriver efterbehandling i sine nationale kliniske retningslinjer. I de norske og finske kliniske retningslinjer nævnes selvhjælpsgrupper og støttegrupper, men kun som tilbud sundhedspersonalet bør anbefale brugere i alkoholbehandling¹⁶³. De finske retningslinjer fremhæver desuden andre sociale og frivillige tilbud under alkoholbehandling, herunder religiøse grupper eller krisetjenester¹⁶⁴. I de svenske nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling er selvhjælpsgrupper ikke nævnt, og støttegrupper nævnes kun som tilbud til pårørende til personer i alkoholbehandling¹⁶⁵. Af hjemmesiderne fra behandlingssteder i de forskellige nordiske lande fremgår det også, at deres efterbehandlingstilbud i praksis stemmer meget overens med det danske.

5.4 Matchet mellem udbuddet og behovet for efterbehandling

For at besvare, om der mangler efterbehandlingstilbud i Danmark, forsøger dette afsnit at sammenholde behovet for efterbehandling med udbuddet.

NHG's caseundersøgelse peger overordnet på, at selvom der er forskel på typer, tilgange og metoder til efterbehandling hos de forskellige offentlige og private alkoholbehandlingssteder, er der bred enighed om at et efterbehandlingstilbud er vigtigt. Det stemmer også overens med den høje andel af behandlingssteder, der i

¹⁶² Aarhus Kommune, u.å. *Halvvejshuset*.

¹⁶³ Helsedirektoratet, 2017. *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.

¹⁶⁴ Duodecim Käypä hoito, 2018. *Alkoholiongelmat*.

¹⁶⁵ Social- og Boligstyrelsen, 2018. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

NHG's spørgeskemaundersøgelse angiver at tilbyde eller henvise til forskellige typer efterbehandling.

NHG's brugerundersøgelse viser også, at borgerne er bekymrede for, hvad der skal ske efter behandlingen og har brug for støtte i overgangen til hverdagen. Mens mange har haft en god oplevelse, og for eksempel har oplevet den gradvise mindsning af hyppigheden eller intensiteten i behandlingen som tilstrækkelig, er der også enkelte, som oplever decideret at have manglet efterbehandlingstilbud.

NHG's brugerundersøgelse peger på, at flere oplever et behov for et alkoholfrit socialt rum eller netværk efter endt behandling. Mange af brugerne har fundet dette gennem AA, der opleves som en nødvendig hjælp til vedligeholdelse af deres afholdenhed. Dette gælder både for borgere, der har eller ikke har fået tilbudt efterbehandling andetsteds. Andre af brugerne giver udtryk for, at de ikke ønsker at deltage i AA grundet dets religiøse karakter. Som nævnt eksisterer der i nogle kommuner forskellige typer af frivilligdrejede efterbehandlingsgrupper eller SMART recovery grupper, men det er langt fra i alle kommuner, og der kan derfor mange steder være et ikke-imødekommet behov.

Dertil understreger brugere såvel som ledere og medarbejdere, at det er vigtigt med en form for efterbehandling efter endt døgnbehandlingsforløb. Det skyldes, at borgere i døgnbehandling tages ud af deres vanlige rammer og omgivelser, hvorfor det kan være en særlig stor udfordring at komme tilbage til hverdagen efter et ophold på døgninstitution – og med stor risiko for tilbagefald¹⁶⁶. Nogle borgere har ikke oplevet støtten efter døgnophold som tilstrækkelig. Der er både eksempler på brugere samt medarbejdere og ledere, som giver udtryk for, at der efter døgnophold bør være et krav om efterbehandling eller overgang til dagbehandling eller ambulant behandling i hjemkommunen.

5.5 Opsumming om efterbehandling

Der er nogen evidens for, at effekten af et behandlingsforløb er større efter endt forløb, hvis der tilbydes efterbehandling, end hvis der ikke gør. Denne evidens er dog relativt svag, men har ført til en overordnet anbefaling i de nationale kliniske retningslinjer om at tilbyde efterbehandling. Der er dog ikke klare instrukser i de nationale kliniske retningslinjer om, hvad efterbehandling bør indebære.

NHG's undersøgelse indikerer i tråd hermed, at der er stor forskel på, hvad behandlingsstederne tilbyder under termen "efterbehandling". Således kan vi konkludere, at mens der er bred enighed på tværs af de nationale kliniske retningslinjer, alkoholbehandlingsstederne og brugerne selv om vigtigheden af efterbehandling, er der ikke nødvendigvis enighed om, hvad denne efterbehandling bør indeholde. Mens NHG's spørgeskemaundersøgelse altså viser, at næsten alle de adspurgte behandlingssteder enten selv tilbyder en form for efterbehandling eller henviser til det hos andre, varierer typen, indhold, form og længde på efterbehandlingstilbuddene og ofte er det fleksibelt i forhold til borgerens behov.

¹⁶⁶ Yazici & Bardakci, 2023. *Factors Associated with Relapses in Alcohol and Substance Use Disorder*.

Hvorvidt disse meget varierede efterbehandlingstilbud skyldes begrænset evidens og manglende afgrænsning i de nationale kliniske retningslinjers anbefaling, eller skyldes et behov for at kunne tage hensyn til og tilrettelægge efterbehandling ud fra hver borger, er uvist.

Baseret på NHG's spørgeskemaundersøgelse kan vi konkludere, at størstedelen af behandlingsstederne på tværs af finansieringstype tilbyder en form for efterbehandling gennem opfølgende samtaler i egen organisation. Dog er der en tendens til, at en langt større andel af de privatfinansierede behandlingssteder tilbyder efterbehandlingsgrupper i egen organisation og henviser til AA- eller NA-møder (100%), end de offentlige behandlingssteder (39%). Variationen i efterbehandlingstilbuddene kan skyldes forskelle i for eksempel behandlingsstedernes størrelse, ressourcer og rekrutteringsgrundlag.

Ud af de forskellige tilgange til efterbehandling peger NHG's caseundersøgelse på, at de primære tilgange i dag er omfattet af 1) en indbygget lavintensiv fase i den sidste del af det ambulante behandlingsforløb eller efter døgnbehandling, 2) behandlerfaciliterede efterbehandlingsgrupper eller 3) peerdrevne efterbehandlingstilbud (såsom AA og SMART recovery grupper). I forlængelse heraf forklarer behandlingsstederne og brugerne, at især efterbehandling efter døgnbehandling er vigtig for fastholdelse.

Fordi ikke alle offentlig finansierede behandlingssteder offentliggør deres takster på Tilbudsportalen er det uvist, hvorvidt de forskelligartede typer af efterbehandling, som har forskellig intensitet og dermed behandlingsomkostninger, altid honoreres med en pris, der afspejler intensiteten, eller om de i nogle tilfælde honoreres efter samme takster - og også som det øvrige behandlingsforløb. Taksterne er ikke reguleret nationalt i lovgivningen, og der er altså ikke lovmæssigt krav om differentierede takster baseret på forskellige behandlingstyper og -intensiteter, herunder fx en efterbehandlingstakst, som er adskilt fra taksten for det øvrige behandlingsforløb.

NHG's undersøgelse synliggør altså samlet set, at der bredt set eksisterer et efterbehandlingstilbud i Danmark i dag, men under forskellige navne og forskellige typer, former og grader af intensitet på tværs af landet. Det betyder i sidste ende også, at der kan være stor forskel på, hvad brugerne vil blive tilbudt som efterbehandling fra behandlingssted til behandlingssted. Det behøver ikke nødvendigvis at være problematisk, og de fleste behandlingssteder vurderer ej heller, at manglende mulighed for efterbehandling er blandt de væsentligste udfordringer i alkoholbehandlingen i dag.

6

BRUGEROPLEVET KVALITET

6. Brugeroplevelset kvalitet

Kapitlet undersøger brugernes oplevelser af alkoholbehandlingen i Danmark og deres tilfredshed med denne. Det kan bidrage med indsigt i, hvordan behandlingsforløbene kan forbedres fra et brugerperspektiv. Et specifikt fokuspunkt for kapitlet er desuden at give indsigt i de brugere, som vælger at betale selv for alkoholbehandlingen, og hvorfor de vælger dette.

SAMMENFATNING AF RESULTATER OM BRUGEROLEVET KVALITET

NHG's brugerundersøgelse indikerer, at brugerne langt hen ad vejen er tilfredse med den alkoholbehandling, som de har modtaget. Brugerne er glade for den hjælp, de har modtaget, og vurderer, at behandlingen er af høj kvalitet. Samtidig indikerer brugerinterviewene, at der er mange forskellige præferencer for type af behandlingssted og -tilbud, og at brugerne skal tilgås på forskellige måder.

Nedenfor opsummeres brugerperspektivet på alkoholbehandlingen i Danmark.

FØR BEHANDLINGSFORLØBET

Der er forskellige årsager til, at brugerne vælger at starte i behandling, men ofte hænger det sammen med oplevelsen af at nå et vendepunkt eller at ramme bunden.

Vendepunktet sker oftest som følge af en særlig hændelse eller særlige omstændigheder, der gør, at brugerne endelig bliver motiverede til at opsøge hjælp og komme i behandling. Der er to overordnede katalysatorer til vendepunktet: en indre og en ydre, alt afhængig, om den starter fra dem selv eller indgriben fra pårørende.

•

Valget om at komme i behandling er vigtigere for brugeren end valget om behandlingssted.

Et resultat af oplevelsen af at have ramt bunden er, at valget om det konkrete behandlingssted ofte falder i baggrunden for valget om hovedet at opsøge behandling. Flere hverken undersøger det grundigt eller tager eksplicit stilling til, hvor de vil i behandling - i sidste ende oplever mange ikke at have truffet et egentlig valg herom.

•

Brugerne kender ikke deres rettigheder og muligheder, og der er misforståelser og fejlslutninger om både offentlig og privat behandling og behandlingstyperne.

Der er forskellige præferencer i forhold til behandlingstyper og -leverandører.

Brugere med et stærkt ønske om at opretholde deres hverdag under behandlingen foretrækker ambulant behandling. Døgntilrettelæggelse virker for andre som det eneste rigtige grundet et behov for afsondrethed og for at komme væk. Derudover eksisterer der en del fordomme om det private og offentlige, som ikke nødvendigvis beror på egne erfaringer, men som kan farve brugernes præferencer.

•

Retten til anonymitet er for flere en vigtig rettighed i starten, men vigtigheden falder gradvist i forløbet.

Ved oplysning om, hvad anonymitet og ophævelsen af samme betyder, kommer det til at betyde mindre for brugerne undervejs i behandlingsforløbet. De fleste ender med at ophæve anonymiteten.

•

Selvbetaling handler for de fleste om et specifikt ønske om døgntilrettelæggelse, men også for nogle om at komme i hurtig (døgntilrettelæggelse)behandling, og for andre om manglende viden om deres muligheder.

Nogle tror, at det kun er muligt at komme i døgnbehandling ved privat finansiering. Andre tror omvendt, at ambulant behandling kun findes hos offentlige leverandører. Manglende oplysning om brugernes valgmuligheder kan være problematisk, fx hvis brugere gentagne gange har prøvet en behandlingstype eller -sted uden succes.

Valget om at betale selv skyldes ofte først og fremmest et specifikt ønske om at komme i døgnbehandling – enten fra en selv eller pårørende. Men det kan også skyldes et behov for hurtigt at komme i behandling eller manglende viden om, at det offentlige også (i nogle tilfælde) kan bevilge døgnbehandling.

UNDERVEJS I BEHANDLINGSFORLØBET

Brugerne oplever det at blive mødt gennem en helhedsorienteret tilgang og blive set og hørt som et individ, som afgørende for en god behandling.

En helhedsorienteret tilgang kan for brugerne handle om at møde forskellige fagligheder og om at opleve et fokus på dem som et helt menneske frem for blot på afhængigheden, herunder at få hjælp til kontakten til andre organisationer eller forvaltninger. Nogle har dårlige oplevelser med at føle sig puttet i kasser fremfor at få et forløb tilpasset til dem.

•

Behandlerrelationen er for mange den vigtigste faktor for et succesfuldt forløb.

Alle brugerne peger på vigtigheden af at have en god relation til deres behandlere, og anser det for essentielt for at opnå fuldt udbytte af deres behandling. De bærende elementer for en positiv relation med behandlerne er tryghed og tillid og ikke at blive dømt. En dårlig behandlerrelation kan være årsag til at stoppe i behandling.

•

Nogle brugere oplever det som en stor styrke, at behandleren er tidligere afhængig, mens en mindre andel foretrækker fagligt uddannet personale.

Flere oplever, at de i højere grad kan spejle sig i tidligere afhængige, og oplever omvendt, at behandlere som blot har "læst i en bog" fx er nemme at snøre. Det er med til at gøre, at nogle brugere foretrækker private leverandører frem for offentlige.

En klar struktur og faste rammer styrker behandlingsforløbet fra brugernes perspektiv.

Brugerne er tilfredse med, at der ofte er en klar struktur på behandlingsforløbet. For brugere i døgnbehandlingen handler det om en oplevet værdi i at have et stramt skemalagt program hver dag. 12-trinsprogrammet eller Minnesota-modellen, som anvendes hos nogle private behandlingssteder, giver især nogle brugere denne oplevelse af struktur.

•

Det er vigtigt, at brugerne kan identificere sig med og spejle sig i de andre i behandlingen.

Brugernes oplevelse af at få udbytte af behandlingen afhænger af at have noget til fælles med de andre i behandlingen. Især tre forhold fremhæves: 1) Hvad de er afhængige af (alkohol eller stoffer), 2) socioøkonomi, eller 3) motivationsniveau. En oplevelse af ikke at have noget til fælles især i gruppebehandling, kan få brugere til at stoppe i behandlingen.

•

Brugerne oplever, at en alkoholbehandling af høj kvalitet bør inddrage såvel som hjælpe de pårørende.

Brugerne understreger, at deres alkoholforbrug ikke kun rammer dem, men også deres pårørende, der derfor har brug for hjælp. Brugerne oplever, at deres pårørende kan være en ressource i behandlingsforløbet som støtter op om dem som alkoholafhængige. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen også i de nationale kliniske retningslinjer at tilbyde rådgivning til pårørende.

EFTER BEHANDLINGSFORLØBET

Brugerne har stort behov for at blive støttet i overgangen fra behandling til hverdag.

Der er mange bekymringer eller nervøsitet over, hvad der skal ske, når behandlingen afsluttes. Derfor peger brugerne på vigtigheden af, at der lægges en klar plan for forløbet efter afslutningen af behandlingen, eller af at have drøftelser om, hvad der skal ske efter forløbet og hvilke redskaber, de kan bruge i svære situationer. Nogle oplever decideret at have manglet efterbehandlingstilbud.

Brugerne kan efter endt behandling have behov for et socialt rum, hvor de uformelt kan sparre og få alkoholfrie relationer.

Flere har især behov for at kunne indgå i et socialt fællesskab eller i sociale arrangementer i overgangen fra behandling til hverdag. Enten for at kunne indgå i nye alkoholfri sociale fællesskaber eller for at få en ekstra støtte i hverdagen, som ikke er deres pårørende. Mange finder det gennem AA, men der kan være behov for fokus på, at disse fællesskaber også eksisterer for dem, der ikke ønsker AA's religiøse karakter.

Der er især behov for endnu mere fokus på overgangen til hverdagen efter døgnbehandling.

Fordi brugerne i døgnbehandlingen trækkes ud af deres omgivelser og sociale miljø, kan det være udfordrende at vende tilbage hertil efter behandlingen. Enkelte brugere oplever ikke, at støtten efter døgnopholdene har været nok. Nogle brugere anser det som vigtigt, at behandlingsstederne gør en indsats for at få brugerne til at deltage i efterbehandling.

6.1 Formål og baggrund

Hvor de andre kapitler på forskellig vis har belyst organisatorisk og klinisk kvalitet, fokuserer dette kapitel på brugerperspektivet på alkoholbehandlingen i Danmark. Den brugeroplevede kvalitet er blevet identificeret som et relativt underbelyst område indtil den første undersøgelse i 2022 af Syddansk Universitet (SDU) om brugeroplevet kvalitet i *offentligt finansieret* alkoholbehandling. På den baggrund udgør brugernes oplevelser på tværs af offentlige og private leverandører også et vigtigt aspekt i forbindelse med NHG's undersøgelse af kvaliteten af alkoholbehandlingen i dag.

Formålet med kapitlet er således at undersøge brugernes oplevelser af alkoholbehandlingen i Danmark og deres tilfredshed med denne. Det kan bidrage med indsigt i, hvordan behandlingsforløbene kan forbedres fra et brugerperspektiv.

Kapitlet har været centreret om følgende primære undersøgelsesspørgsmål:

- Hvordan oplever brugerne alkoholbehandlingen i Danmark og er de tilfredse med denne?
 - Hvordan har processen op til, at de begyndte i behandling, set ud, herunder hvordan har de valgt behandlingssted?
 - Hvordan har brugerne oplevet selve behandlingen?
 - Hvordan har brugerne oplevet forløbet efter behandlingen?

- Hvordan er brugernes tilfredshed med behandlingen?

Kapitlet har herunder haft til formål at afdække, om der er væsentlige forskelle i oplevelsen af offentligt finansieret og privatfinansieret alkoholbehandling.

Kapitlet er delt op efter tre emner: 1) Før behandlingsforløbet, 2) undervejs i behandlingsforløbet, og 3) efter behandlingsforløbet.

6.1.1 Datagrundlag

Kapitlet om den brugeroplevede kvalitet baserer sig på oplevelser og erfaringer fra i alt 23 brugere. Disse er blevet indsamlet via kvalitative interviews i forskellige formater. Interviewene har således været af varierende varighed og nogle er blevet afholdt fysisk og andre telefonisk, og et enkelt som et fokusgruppeinterview (se mere i Bilag 1.7). Disse interviews udgør kapitlets primære datagrundlag, og da formålet er at give indsigt i brugernes perspektiver på kvalitet i alkoholbehandlingen, er det de pointer, som har fyldt mest hos brugerne, der fremhæves i kapitlet.

Derudover trækker kapitlet løbende på følgende undersøgelser fra Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved SDU.

- Brugeroplevet kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling fra december 2022 (for Alkohol og Samfund)
- Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling fra 2024 (for Sundhedsstyrelsen)

Afdækningen af den brugeroplevede kvalitet har så vidt muligt skulle sikre en bred inddragelse af forskellige brugere. Således er der forsøgt at opnå en spredning, for eksempel i forhold til geografi, socioøkonomi og køn, samt ud fra hvilken behandlingstype og finansieringsform, brugerne er blevet behandlet under. Der er ikke søgt spredning på samtidige psykiske eller somatiske lidelser eller hjemløshed specifikt. Den ønskede spredning er i vidt omfang lykket (se mere i Bilag 1.7). Brugerne opfylder således kriterierne, som det har været ønsket at undersøge, på nær brugere i social udsathed, hvoraf der blot er interviewet én. Derfor vil vi afslutningsvis perspektivere til SFI's (nu VIVE) undersøgelse 'Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere – systemets tilbud i borgerperspektiv' fra 2016.

6.2 Før behandlingsforløbet

Det følgende afsnit vil berøre de forskellige aspekter af, hvad der sker før selve behandlingsforløbet. Afsnittet vil først beskrive, hvad der ligger til grund for, at brugerne vælger at opsøge behandling. Dernæst vil vi beskrive processen med at vælge behandlingssted og brugernes kendskab til behandlingstilbud og deres rettigheder. Afsnittet beskriver desuden brugernes forskellige præferencer for typer af alkoholbehandling (ambulant-, dag- eller døgnbehandling) og leverandør (privat eller offentlig). Dertil kommer et afsnit, der specifikt fokuserer på selvbetalere, og hvorfor de vælger at betale selv. Slutteligt vil vi beskrive brugernes holdninger til anonymitetsrettigheden.

Årsag til at starte behandling

Årsagerne til, at brugerne vælger at søge hjælp gennem behandling, varierer fra person til person, men gældende for alle interviewpersoner er dog, at de i løbet af deres fortælling beskriver at nå et *vendepunkt*, hvor en særlig hændelse eller særlige omstændigheder gør, at de endelig bliver motiverede til at opsøge hjælp og komme i behandling. Brugernes forskellige erfaringer peger på, at disse vendepunkter kunne inddeles i to overordnede katalysatorer: *en indre og en ydre*.

De indre katalysatorer udløses oftest af specifikke hændelser, der gør brugeren opmærksom på, at de har en udfordring med deres alkoholforbrug, hvilket skaber en drivkraft og motivation i dem selv for at søge behandling. Det kunne for eksempel være en indlæggelse, bortvisning fra arbejde eller ikke at kunne dukke op til sit barns bryllup på grund af alkoholpåvirkning.

"Jeg mødte fuld ind på arbejde og blev taget af min chef og sendt hjem. Det væltede mig fuldstændig. Jeg prøvede at tage livet af mig selv. Det var så tabuiseret og pinligt for mig, at jeg ikke kunne magte det. Jeg skulle gøre noget. Det kunne jeg godt se". (Lea, 52 år, offentlig ambulans behandling)

De ydre katalysatorer, som kan blive drivkraften og motivationen til at starte i behandling, kommer som oftest af indgriben fra pårørende. Denne type kan spænde fra velmenende kommentarer til deciderede ultimatummer. En del af brugerne beskriver således, hvordan deres familie og venner italesætter deres alkoholforbrug, hvilket gør dem bevidst om, at de har brug for hjælp, hvis det ikke skal gå ud over deres primære relationer. For nogle skaber dette i sidste ende motivationen og bliver drivkraften til at opsøge behandling.

"Min bror tropper op og fortæller, at han og nogle af mine venner har besluttet, at han skulle komme forbi og sige, at jeg har brug for hjælp. Der erkender jeg mit overforbrug. Han kører mig ud på psyk til afrusning." (Hans, 54 år, offentligt finansieret ambulans behandling hos privat leverandør)

Brugerne beskriver gennemgående, hvordan det at have opnået motivationen for at ændre deres alkoholforbrug eller liv er alfa og omega for at opsøge behandling (og for at opnå et succesfuldt behandlingsforløb). Disse fund ligger i tråd med SDU's undersøgelse af brugeroplevelset kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling fra 2022. Undersøgelsen konkluderer, at en brugers oplevelse af egen forandringsparathed er afgørende for, at vedkommende vælger at opsøge behandling, men at der også er en gruppe brugere, for hvem det er særlig vigtigt, at der er nogen, som kan agere støtte ved forandringsprocessen. Sidstnævnte peger hen imod, hvad vi ovenfor har beskrevet som en ydre katalysator.¹⁶⁷

Hvad end ovennævnte vendepunkt er forårsaget af indre eller ydre katalysatorer, hænger erkendelsen af at have brug for hjælp og den endelige motivation til at opsøge

¹⁶⁷ Syddansk Universitet, 2022. *Brugeroplevelset kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling*. s. 19.

behandling for langt de fleste brugere sammen med en oplevelse af at have ramt bunden.

"Jeg havde det så fysisk dårligt... Jeg kunne ikke gå 500 meter selv. Jeg havde ikke overlevet 14 dage mere, hvis ikke jeg havde rakt ud efter hjælp" (Mads, 54 år, offentligt ambulant behandling)

Valg af behandling

Valget om det konkrete behandlingssted eller -tilbud falder i baggrunden for valget om overhovedet at opsøge behandling. Således er det eneste, der fylder for nogle brugere, at de endelig har valgt, at de skal i behandling, og så bliver det af mindre betydning, hvor de skal i behandling. For nogle er det at have ramt bunden ensbetydende med, at det skal gå stærkt, og de derfor på sin vis ikke har 'tid' til at sætte sig ind i behandlingstilbud og -sted. Enkelte har ramt bunden så hårdt, at de ikke føler sig i stand til at undersøge deres muligheder og rettigheder.

"Jamen det vigtigste for mig var, at jeg skulle videre og fremad. Jeg vidste, at hvis jeg ikke kom i behandling ville det gå galt – jeg ville miste min mand. Så derfor var det vigtigste for mig at komme i behandling – ikke hvor" (Anja, 37 år, offentlig ambulant behandling).

...

"Jeg mærkede bare efter... Jeg var slet ikke et sted, hvor jeg kunne undersøge eller gøre andet" (Lea, 52 år, offentlig ambulant behandling).

Flere tager således ikke eksplicit stilling til, hvor de vil i behandling og i sidste ende oplever mange, at de ikke har truffet et egentlig valg om behandlingssted- eller tilbud.

NHG's brugerundersøgelse viser, at brugernes vej til behandlingstilbud kan se ud som følger:

- 1) De vælger det første og det bedste, de finder ved en internetsøgning og enten ringer eller møder op der (i f.eks. det kommunale rusmiddelcenter),
- 2) De opsøger deres egen læge for at få hjælp til, hvordan de starter i behandling, og vælger, hvad lægen foreslår,
- 3) De vælger det, de bliver anbefalet af pårørende.
- 4) Hvis de er i en situation, hvor de fra kommunen får en visitering til dag- eller døgnbehandling, vælger de som oftest det, kommunen henviser til.

Kendskab til behandlingstilbud og egne rettigheder

Brugere har som nævnt tidligere ret til uden henvisning at vælge ambulant behandling på et offentligt finansieret alkoholbehandlingssted efter eget valg. Også brugere, der visiteres til dag- eller døgnbehandling, kan frit vælge, hvilket dag- eller døgnbehandlingssted, de vil behandles på, så længe behandlingsstedet er godkendt af det offentlige, og brugeren vælger et behandlingstilbud, som svarer til kommunens visitation. Der er gennemgående en tendens til, at brugerne tror, at deres valg af behandlingstilbud og -sted er mere snævert, end det i virkeligheden er, fordi de ikke

kender disse rettigheder. Derudover er der mange fejlslutninger hos brugerne. Disse gennemgås nedenfor.

Mange af brugerne tror, at det kun er muligt at komme i døgnbehandling, hvis de selv eller en sundhedsforsikring kan betale. De ved altså ikke, at de kunne spørge deres kommune, om de kunne blive visiteret til døgnbehandling og få det offentligt finansieret. I forlængelse heraf tror de fleste omvendt, at ambulant behandling (og dagbehandling) kun er noget, der kan finde sted i offentligt regi. Således ved de enten ikke, at der også er private leverandører, som tilbyder ambulant offentligt finansieret behandling. For mange ses valget derfor mellem enten ambulant behandling i kommunen, eller selvbetalt behandling i et privat døgnophold, selvom dette valg i virkeligheden ikke afspejler den reelle valgsituation. Et sådant bredere valg kunne for eksempel være relevant i tilfælde, hvor der er dårlig kemi mellem brugeren og behandlerne på et behandlingssted, eller hvor de gentagne gange har prøvet en bestemt behandlingstype uden succes.

Det er samtidig nødvendigt at påpege, at der højst sandsynligt er mange af dem, som har valgt selv at betale deres døgnbehandling, som ikke ville have opnået en døgnvisitation fra kommunen. Data fra NAB viser, at der i 2023 var 189 personer, som startede i døgnbehandling. Det indikerer således, at det er en lille andel af borgere, der modtager en døgnvisitation. I den forbindelse er det også vigtigt at understrege, at selvom der eksisterer et tilbud om offentligt finansieret døgnbehandling, er det ikke ensbetydende med, at brugerne frit kan vælge, hvilken behandlingsintensitet de skal modtage (med offentlig finansiering). Brugernes behov for behandlinger af forskellig intensitet vurderes altid fagligt for at retfærdiggøre en eventuel offentlig finansiering af et mere intensivt og omkostningstungt tilbud, og det er derfor der er krav om døgnvisitation i det offentlige.

"Jeg tænkte ikke, at jeg kunne vælge, at jeg ville til behandling hos en privat aktør i stedet for at møde op i Rusmiddelcentret [ambulant]. Det var kun: Enten skulle jeg bo et sted en given tid, ellers var det det kommunale rusmiddelcenter. Jeg har aldrig sat mig grundigt nok ind i det, hvad det egentlig bestod i." (Karsten, 52 år, offentlig ambulant behandling)

NHG's samlede undersøgelse indikerer, at der både kan være udfordringer hos offentlige og private leverandører med manglende oplysning om brugernes rettigheder. På offentlige behandlingssteder giver brugerne samt ledere og medarbejdere udtryk for, at fritvalgsordningen ikke er noget, de typisk oplyser om. På et behandlingssted fortæller medarbejderne, at de kun oplyser om det i tilfælde af, at de ikke kan overholde behandlingsgarantien på opstart af behandling inden for 14 dage. Andre steder virker kutymen til at være, at det kun er, hvis borgerne selv spørger. Og også der har enkelte af brugerne haft en oplevelse af, at det i dialogen med kommunen var underforstået, at de kun accepterer behandling hos en anden offentlig leverandør og ikke privat behandling. Samtidig har vi eksempler på medarbejdere i alkoholbehandlingen, som nævner, at de kun henviser til frit valg blandt andre offentlige alkoholambulatorier og ikke nævner private aktører. Andre medarbejdere bekræfter, at borgerne ikke ved, at de kan vælge private leverandører, som er offentligt finansieret.

"Det er ikke, fordi jeg har 'valgt det' [det konkrete døgnbehandlingssted]. Min misbrugskonsulent i kommunen valgte det i samarbejde med en masse andre." (Jens, 40 år, offentligt finansieret døgnbehandling (tidligere offentlig ambulant behandling))

...

"Min læge vidste jo godt misbruget var der, men hjalp mig ikke med at oplyse om tilbud, hvor jeg kunne gå hen. Jeg har manglet oplysning om, hvilken hjælp der findes (...) Ventetiden var altafgørende for mig - havde jeg ikke været desperat, så havde jeg da sparret pengene og valgt det offentlige. Eller hvis jeg havde kendt andre tilbud, så havde jeg ikke selv betalt det. Selvom jeg var meget glad for det." (Sofie, 37 år, offentlig ambulant behandling (tidligere selvbetalt døgnophold))

Derudover indikerer NHG's interviews med ledere og medarbejdere på offentlige behandlingssteder, at de helst ser, at brugerne vælger bestemte døgnbehandlingstilbud, og at de derfor så at sige visiterer til dem, underforstået, at de ikke nødvendigvis oplyser borgeren samtidig om, at de også frit kan vælge et andet sted. I sidste ende er det ikke sikkert, at det anbefalede sted stemmer overens med brugerens behov, og det kan være problematisk, hvis brugerne ikke ved, at de kan vælge et andet sted. For eksempel har Christian en oplevelse med at være blevet sendt til et døgnbehandlingssted på en offentlig visitering, hvor de andre beboere var meget mere ressourcestærke end ham, og han derfor ikke passede ind:

"De skal blive bedre til på misbrugscentrene at sige, at når din bevilling er der, så har du frit valg. Du er ikke pålagt at gå til [behandlingssted]. Du kan lige så godt tage til Bornholm. Fritvalgsordningen påtales ikke så meget." (Christian, 35 år, skiftende behandlingstyper og private eller offentlige leverandører, alle offentligt finansieret)

Omvendt kan vi også konstatere på baggrund af brugerinterviewene, at de godkendte private leverandører af offentlig finansieret døgnbehandling som oftest ej heller oplyser brugerne om, at de kunne vælge at forsøge at få en visitation fra kommunen til et døgnophold fremfor at betale selv.

Generelt viser brugerundersøgelsen, at brugerne altså i vidt omfang ikke er bekendte med deres rettigheder eller med den brede palette af behandlingstilbud, som de kan opsøge. Det kan blive et problem i de tilfælde, hvor en bruger flere gange prøver samme aktør uden effekt, og hvor de til sidst giver op, fordi de tror, at der ikke er alternativer.

Præferencer i forhold til typer af behandling (ambulant-, dag-, døgnbehandling) og leverandører

Mens brugerne ikke træffer et bevidst valg om behandlingstilbud og -sted, er det for nogle vigtigt enten at komme især i ambulant eller døgnbehandling. Disse træffer altså et valg om, hvilken behandlingstype de vil i, og nogle anser en bestemt behandlingstype som den eneste rigtige for dem.

For størstedelen af de brugere, som har et arbejde og har hjemmeboende børn, er det et krav, at de kan opretholde deres hverdag, mens de er i behandling. At de fortsat kan indgå i familie- og arbejdsliv, bliver derfor den primære betingelse for, at de vil starte op i behandling. De foretrækker derfor ambulant behandling, og at dette ligger i nærheden

af deres hjem eller arbejdsplads, så det er nemt tilgængeligt i deres hverdag. For eksempel beskriver Anders, som er primærforælder for sit barn, at hans valg af behandlingstype primært beror på hensynet til barnet, da det er vigtigt, at han kan være der for barnet i hverdagen:

"Efter mit sidste tilbagefald har min familie luftet, om jeg i virkeligheden har brug for døgnbehandling. Men vi er blevet enige om, at det nok er ok med dagbehandling igen for nu. Jeg har ikke selv overvejet døgnbehandling [da jeg vil være der for mig barn]." (Anders, 47 år, offentlig dagbehandling (tidligere ambulant)).

Omvendt har andre brugere en stærk holdning om, at de vil i døgnbehandling, og at det kun vil virke for dem. Disse brugeres argumenter centrerer sig om, at de har behov for at blive taget ud af de vante rammer eller deres sociale omgangskreds for at være i stand til at hengive sig til behandlingen og få det optimale udbytte af den. Andre brugere beskriver også, at de har brug for ikke at blive efterladt til sig selv og at komme væk fra for eksempel supermarkeder, barer og lignende (om end kun i en periode), hvor risikoen for tilbagefald opstår. Derfor ønsker brugerne, der får visiteret eller selv vil betale for døgnbehandling, som oftest, at behandlingsstedet ligger så langt væk fra deres hjem og omgangskreds som muligt.

"Det skulle være en ny start. Der er ikke nogen, der stopper min udvikling her. Man er jo lidt fanget i sine gamle rammer [derhjemme]." (Morten, 22 år, offentligt finansieret døgnbehandling)

Ovenstående præferencer for især enten ambulant eller døgnbehandling bør ses i forhold til evidensen på området om, hvilken behandlingstype der er mest virkningsfuld. SDU's evidensgennemgang om alkoholbehandling fra 2023 konkluderer, at der ikke er indikationer på, at der generelt er bedre effekt af døgnbehandling fremfor ambulant eller dagbehandling, men at der samtidig er forskning, der antyder, at effekten af døgn, dag- og ambulant behandling afhænger af sværhedsgraden af patientens problemer¹⁶⁸. Derudover fremhæver SDU i tråd med NHG's resultater, at evidensen indikerer, at det er meget præferencebestemt, hvad brugeren foretrækker, og at eftersom der er fordele og ulemper ved alle behandlingstyperne, er det vigtigt at tage brugerens præferencer i betragtning ved behandlingsplanlægning¹⁶⁹.

Derudover eksisterer der hos brugerne en del fordomme, som former deres valg om behandlingstilbud og -sted. Disse beror altså ikke nødvendigvis på egne erfaringer, men blot ideer om, hvad der er bedst. De kan også bero på løse fortællinger fra andre, men uden konkrete begrundelser for, hvorfor det skulle forholde sig sådan. Derudover er der en tendens til 'selvbekræftende fortællinger' om, at enten det private eller det offentlige er bedre. Det er altså i tilfælde, hvor brugerne har været i behandling enten hos det offentlige eller private, men kun ved én af leverandørerne. Såfremt deres oplevelse hos den leverandørtype (offentlig eller privat) har været god, bekræfter det

¹⁶⁸ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 128

¹⁶⁹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 8

dem i, at denne leverandørtype er bedre end den anden, og det er fremover den fortælling, de deler.

"Jeg havde fordomme om, at det private var bedre end det offentlige. Uden egentlig at have vendt noget af det. Måske var det mest baseret på det med ventetider, som man hørte – at der går lang tid i det offentlige. Men kvaliteten skulle også være bedre i det private. Så det har været noget med tid og kvalitet. Det er kun fra, hvad jeg har hørt fra bekendte." (Sofie, 37 år, offentlig ambulant behandling (tidligere selvbetalt døgnophold))

...

"Jeg fravalgte offentlig behandling, fordi det havde dårligt ry. Ryet er, at dem fra kommunerne ikke aner, hvad de snakker om." (Niels, 42 år, forsikringsfinansieret ambulant behandling)

Selvbetalning

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens kulegravning har der været en specifik interesse i at få mere viden om dem, som selv betaler for alkoholbehandlingen. Det kan nemlig undre, hvorfor nogle ville vælge at betale selv, når der i Danmark er et tilbud om offentligt finansieret alkoholbehandling.

For de selvbetalere, som er interviewet i forbindelse med brugerundersøgelsen, gælder det som oftest, at der er et sammenfald mellem valget om at betale selv og ønsket om døgnbehandling. Som nævnt har nogle brugere nemlig i udgangspunktet stærke præferencer for døgnophold. Og denne præference fører for mange til selvbetaling.

Der er primært tre veje til det udfald. Som indikeret i de foregående afsnit, føler nogle sig nødsaget til at betale for et døgnophold, fordi deres kommune ikke har kunne give dem en visitation til døgnbehandling, mens de selv eller deres pårørende mener, at døgnbehandling er det eneste rigtige for dem. For andre fordi de, som nævnt i foregående afsnit, i første omgang slet ikke ved, at der er en mulighed, at kommunerne kan visitere til døgnbehandlingen, og altså tror, at den eneste mulighed for at komme i døgnbehandling er ved at betale selv. For den tredje gruppe handler det om den førnævnte oplevelse af at have ramt bunden og have behov for at komme væk på døgnbehandling, og at det derefter skal gå meget stærkt, så de enten ikke undersøger, om kommunen ville kunne visitere til døgnbehandling eller antager, at denne proces ville tage for lang tid. Det kan også være en kombination af disse, der fører til selvbetaling.

"Tid var den primære årsag til at jeg gerne ville betale selv for behandlingen. De havde plads hurtigt". (Sofie, 37 år, offentlig ambulant behandling (tidligere selvbetalt døgnophold))

...

Anne-Marie: "Jeg har prøvet at få kommunen til at bevilge døgnbehandling. Det var no go. Og sådan er det altså i [min] kommune. Jeg prøvede at få dem til at bevilge det dengang jeg fik antabus – så over fire år siden. Men så var det min mand døde, og så arvede jeg en masse penge, og så havde jeg selv råd til behandling. (...)

Interviewer: *Betød prisen noget?*

Anne-Marie: "Nej overhovedet ikke. Jeg skulle bare afsted. Du kan ikke se prisen på deres hjemmeside. For jeg må indrømme, at da jeg kom [her] første gang og skulle skrive under på en faktura, var jeg ved at kaste op og kiggede en ekstra gang – men okay det er pengene værd. (...) Jeg vil altså slå et slag for de private, hvor man kan komme i døgnbehandling, for det er altså 100 gange bedre. (...) Men kommunen vil jo ikke betale, for det har de ikke råd til." (Anne-Marie, 66 år, selvbetalt døgnbehandling (tidligere offentlig ambulant))

Tid er dog ikke kun vigtigt for selvbetalerne, men er som tidligere indikeret en vigtig parameter for de fleste af brugerne. Det hænger som nævnt sammen med, at de først er klar til at opsøge behandling efter at have ramt bunden, hvorfor det også er vigtigt for dem at kunne starte hurtigt op.

"Ventetiden er afgørende, man vil gerne i gang med det samme. (...) Sidste gang var det værre for mig, og da jeg så skulle vente en måned... Det er for lang tid. Man mister hurtigt modet." (Alexander, 33 år, offentlig ambulant behandling)

Anonymitet

Blandt flere brugere fremhæves muligheden for at kunne være anonym i behandlingen, som en afgørende faktor, inden behandlingen påbegyndes. Det skyldes først og fremmest, at der ofte er meget skyld, skam og flovhed forbundet med alkoholafhængigheden, hvorfor der kan være frygt for, at ens nærmeste eller arbejdsplads får viden om behandlingsforløbet. Dernæst er der for nogle en bekymring for, hvad det betyder internt i kommunernes systemer, hvis de først fremgår som alkoholafhængig. Enkelte brugere er således bekymrede for, at det at opsøge alkoholbehandling vil få konsekvenser for deres muligheder for at modtage andre offentlige ydelser. En gennemgående overvejelse hos brugere med hjemmeboende børn er også, at de frygter, at kommunen vil tage børnene fra dem, hvis det fremgår, at de har en alkoholafhængighed. Sidstnævnte nævner også flere medarbejdere og ledere i NHG's caseundersøgelse som en årsag til, at flere indledningsvis har ønsket at være anonyme. Private leverandører oplever samme frygt hos brugerne for, hvad det igangsætter i forhold til deres børn, hvis de opsøger kommunal behandling, men de private leverandører må i den forbindelse oplyse brugerne om, at de som private leverandører også har underretningspligt.

"Da jeg startede med at lede efter behandling, var det vigtigt, at jeg kunne være anonym. Det var fordi, der var meget skyld, skam og fordomme forbundet med at gå i alkoholbehandling, og mange af mine nærmeste kendte ikke til mit problem. Jeg tror også, at det er nogle af grundene til, at mange ikke søger hjælp i kommunerne. Jeg tror, at mange er bange for, hvilken betydning det kan have for dem at gå i alkoholbehandling - for eksempel hvis man samtidig er i udredning for førtidspension eller er sygemeldt." (Christina, 49 år, privat ambulant behandling)

NHG's brugerundersøgelse indikerer dog, at de ovenstående bekymringer som oftest udspringer fra manglende viden om både, hvad der konkret ligger i at være anonym, og hvilken betydning det har for den enkelte ikke at være det. Brugerne giver således udtryk for, at denne viden øges med tiden, og at de undervejs eller ved deres andet

eller tredje behandlingsforløb har fundet ud af, at anonymitet ikke er vigtigt. Mange oplever, at det i stigende grad bliver vigtigt for dem at være ærlige og stå frem om deres afhængighed.

"Jeg fandt ud af, at det ikke var så slemt, som jeg havde frygtet, og at kommunen slet ikke talte sammen på tværs af de andre områder, for eksempel med sygedagpenge og førtidspension. Det har stor betydning, at man ikke vil kendes i hele systemet som "alkoholiker". Jeg var jo bange for, at de ville tage mine børn fra mig." (Christina, 49 år, privat ambulant behandling)

"At kunne være anonym har ingen betydning nu, men det havde stor betydning i starten. Det er blevet en vigtig del af min behandling ikke at skjule det". (Anders, 47 år, offentlig dagbehandling (tidligere ambulant))

Ovenstående kan pege på vigtigheden af, at det i højere grad og allerede ved kontakt til behandlingsstedet tydeliggøres, hvilken betydning det har for den enkelte, hvis anonymiteten fravælges. Dette for at sikre, at brugerne træffer beslutninger i relation til deres behandling på et velinformeret grundlag, inden behandlingen opstartes.

6.3 Undervejs i behandlingsforløbet

Næste afsnit beskriver de faktorer, som ifølge brugerne kan have betydning for, hvorvidt selve behandlingsforløbet opleves som godt eller dårligt. Afsnittet vil først beskrive brugernes perspektiver på behandlingstilgange og -metoder, efterfulgt af rammerne for forløbet. Dernæst beskrives, hvordan forskellige behandlerfaktorer påvirker oplevelsen af behandlingen. Det efterfølges af en beskrivelse af betydningen af gruppesammensætning. Derudover beskrives behovet for inddragelse af pårørende og slutteligt brugernes perspektiver på behandlingsfaciliteterne.

Det er vigtigt at understrege, at de faktorer, som beskrives i løbet af afsnittet, er dem, som brugerne selv mest gennemgående har fremhævet som vigtige for deres oplevelse af et godt behandlingsforløb. Således er afsnittet tro mod brugernes oplevelse.

Behandleren

Behandlerrelation

Alle brugerne peger på vigtigheden af at have en god relation til deres behandlere, og anser det for essentielt for at opnå fuldt udbytte af deres behandling. Mange fremhæver det, som det vigtigste for en god alkoholbehandling.

"Allerede fra starten følte jeg mig tryk, og det er sjældent jeg føler mig tryk med andre. Hun [behandleren] er virkelig god og rummende. Vi har en god kemi, og de samtaler vi har er rigtig gode og trykke, og vi kommer altid frem til nogle gode punkter og måder jeg skal arbejde med. Hun har ramt en god mellemvej imellem at "det er synd for dig" og "du skal". (Sofie, 37 år, offentlig ambulant behandling (tidligere selvbetalt døgnbehandling))

Brugerne beskriver, hvordan de bærende elementer for en positiv relation med behandlerne bygger på tryghed og tillid, eftersom de ved opstart i behandlingen som nævnt ofte "har ramt bunden" og føler sig meget sårbare. Hvad der skaber denne følelse af tryghed og tillid varierer fra person til person. For nogle er faglig ballast vigtigt, for andre er personlig spejling essentielt. Det fremhæves særligt, at behandlerne fremstår professionelle, formår at møde brugerne der, hvor de er, ser på mønstre i brugernes liv og ikke taler ned til eller udskammer dem, men i stedet hjælper dem konstruktivt videre, og "hører dem og ser dem". Hvis brugerne oplever, at der er tryghed og tillid til behandleren – både i den individuelle behandling og i gruppebehandlingen - opstår der et rum, hvor de kan arbejde med sig selv og deres alkoholafhængighed. Gør dette sig ikke gældende øges risikoen for, at brugeren stopper i behandling og fortsætter sit skadelige forbrug af alkohol.

Vigtigheden af en god behandlerrelation underbygges også af resultaterne fra SDU's undersøgelser af henholdsvis brugeroplevet kvalitet og af evidens på området. Således beskriver også SDU's evidensgennemgang, at etableringen af en god kontakt mellem behandler og bruger er en forudsætning for god behandling uanset behandlingsmetode. Det er dog vanskeligt at afgøre, hvor stor en del af behandlingseffekten, der afgøres af behandlerrelationen. Evidensen på området bekræfter tilmed, at en stærk alliance mellem bruger og behandler omhandler, at behandlingen skal være respektfuld over for bruger, modsvare patientens præferencer, behov og værdier og inddrage dem i beslutninger, der tages i forbindelse med behandlingen¹⁷⁰.

Behandlernes baggrund

Udover behandlerrelationen, lægger flere af brugerne særlig vægt på, hvorvidt deres behandler er tidligere alkoholafhængig. For mange har dette faktum været en afgørende forskel på et godt og et dårligt behandlingsforløb. Mange brugere oplever, at en behandler, som er tidligere alkoholafhængig, har en anden forståelse for deres situation, og at de i højere grad kan spejle sig i dem. Således oplever de også en stærkere behandlerrelation til tidligere afhængige. Omvendt kritiserer de behandlere, der ikke selv har været afhængige, for blot at have "læst i en bog", og at disse behandlere kan se igennem brugerne og derfor er nemme at lyve overfor.

"De er jo selv tidligere misbrugere. Det betyder, at de ved præcis, hvad de taler om. Det kunne man virkelig mærke på ham. Han var så god til at møde mig, hvor jeg var. Han gennemskuede mig meget hurtigt og stillede alle de træls, men gode og vigtige spørgsmål. Det var med til at jeg lagde mig fladt ned." (Ib, 67 år, selvbetalt døgnbehandling)

Brugerundersøgelsen viser, at der er forskellige præferencer i forhold til behandlernes baggrund. Det er et udtryk for, at brugerne er forskellige og skal tilgås på forskellige måder. Det peger på, at det er væsentligt med et bredt udbud af behandlingstilbud for at kunne imødekomme brugernes behov i forhold til behandlerpræferencer og derved

¹⁷⁰ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 144

skabe grobund for den vigtige stærke behandleralliance. Dette gælder dog ikke kun i forhold til behandlerne, men også i forhold til behandlingsmetoderne.

Gruppesammensætning

Det at kunne spejle sig i andre brugere er en anden fremtrædende faktor, der nævnes som vigtig af mange brugere på tværs af ambulant-, dag- eller døgnbehandling. For brugerne er det vigtigt, at de er omgivet af andre, der ligner dem. Det kan være på selve behandlingsstedet, men især i gruppebehandling.

Især fremhæves det af de brugere, som har haft oplevelser, hvor de andre i behandlingen *ikke* lignede dem selv. Især tre forhold fremhæves: 1) Forskel i hvilken substans brugerne er afhængige af (alkohol eller stoffer), 2) forskel i socioøkonomi, eller 3) forskel i motivationsniveauet. Ofte kan det være en kombination af disse tre forhold. For nogle kan det blive en årsag til at stoppe i behandlingen, hvis de andre deltagere opleves som for forskellige fra dem selv, og at brugeren slet ikke oplever at have noget tilfælles med de andre. For andre kan det føre til mindre udbytte af behandlingen.

Flere, som har været i gruppebehandling med stofafhængige, oplever, at det kan påvirke behandlingen negativt. Det skyldes dels, at de oplever, at der er stor forskel på dem selv og de stofafhængige, da stofafhængige ofte har andre sociale problemer, hvilket gør det svært at spejle sig i dem. Dels skyldes det, at brugerne oplever, at det kan være en udfordring, fordi det er ressourcekrævende for behandleren og stiller store krav til dem at favne de stofafhængige. Det kan ifølge nogle brugere påvirke hele gruppedynamikken og i sidste ende gå udover behandlingen for de alkoholafhængige.

"Første gang jeg kom i en gruppe var der mange jeg ikke kunne identificere mig selv med. De havde hardcore sociale problemer, såsom manglende betaling af husleje og andre sociale udfordringer. Det opgav jeg simpelthen. (...) Jeg sad også ved siden af en ung pige engang til gruppebehandlingen, og vi havde jo slet ikke samme erfaring. (...) Jeg ville gerne have kørt længere for at være i en gruppe, som passede mig. For at give noget kontekst, og så vi var mere samhörige." (Karsten, 52 år, offentlig ambulant behandling).

"Behandlingen er god, men på grund af nedskæringer, er den også delt med stofmisbrugere. Det stiller nogle andre krav til behandlerne. Første gang var det kun alkoholikere, men nu er det delt, og jeg synes at det er en lidt for stor mundfuld for terapeuterne – det hæmmer dem lidt." (Anders, 47 år, offentlig dagbehandling (tidligere ambulant)).

Vigtigheden af at opleve at have noget til fælles med de andre i gruppen, handler om, at gruppebehandlingens styrke netop er, at brugerne oplever at få øjnene op for, at der er andre ligesom dem, nogle man kan identificere sig med, dele deres erfaringer med, samt lære af og sparre med. Når gruppesammensætningen er succesfuld, er det et sted, hvor brugerne oplever at blive mødt med oprigtig forståelse for deres alkoholafhængighed, som er noget, deres pårørende ikke nødvendigvis kan give dem. Det er vigtigt at understrege, at brugerne også accepterer nogle forskelligheder i grupperne.

"Man sparrer utroligt godt i en gruppe. Selvom vi er forskellige, går vi igennem det samme. Jeg er blevet venner med mange af de andre." (Mads, 54 år, offentlig ambulant behandling).

Inddragelse af pårørende

En anden pointe, der går igen hos flere brugere, er, at det er vigtigt for dem, at deres pårørendes behov også imødekommes som led i behandlingen. Det styrker i brugernes øjne behandlingsforløbet, hvis de pårørende på forskellig vis inddrages i behandlingen. Brugerne kommer med to årsager til det. For det første understreger de, at deres alkoholforbrug også påvirker de pårørende, som derfor bør tilbydes hjælp til at bearbejde deres oplevelser. Brugerne kan for eksempel have behov for 'familiesamtaler', hvor de snakker de ting igennem, som de har gjort, mens de har været afhængige. Ifølge brugerne kan det også hjælpe de pårørende til bedre at forstå den alkoholafhængige. For det andet forklarer de, at de pårørende kan være en vigtig ressource i behandlingsforløbet, og derfor bør gives værktøjer til, hvordan de som pårørende bedst støtter op om den alkoholafhængiges ændrede alkoholforbrug. Det er forskelligt, hvorvidt brugerne har oplevet, at deres pårørende er blevet tilbudt behandling i tilstrækkelig grad.

"Der bør være mere hjælp til de pårørende. Jeg har set mine børn lide under mit alkoholforbrug, og de har også brug for hjælp. Man burde have det som en del af forløbene", (Christina, 49 år, offentligt finansieret ambulant behandling ved privat leverandør)

"Som en del af behandlingsforløbet, kom mine sønner og kone for at have en fælles samtale. Min behandler tog imod dem, som var de hans egen familie. Han talte personligt med dem, og kunne give dem nogle gode råd til, hvordan man skal tilgå en med misbrug. Og efterfølgende i min behandling gav det et godt udgangspunkt for samtalerne med min behandler, at behandleren kunne referere til det, han havde oplevet med min familie". (Ib, 67 år, selvbetalt døgnbehandling (tidligere offentlig ambulant behandling))

Nogle brugere oplever også, at der burde være mere fokus på pårørende i forhold til den opsøgende indsats for at få alkoholafhængige til at starte i behandling. Morten fortæller for eksempel, hvordan han startede i behandling efter at være gået med sin mor til et pårørendetilbud. Han beskriver således, hvordan dette blev hans vej ind i behandling.

Pårørendetilbud opleves for nogle brugere, som et vigtigt element i god alkoholbehandling, fordi det i nogle tilfælde er nødvendigt at hjælpe de pårørende til at opnå en større forståelse for brugerens behandling, og hvordan de som pårørende kan støtte dem i deres proces, mens det i andre tilfælde kan danne broen til at få brugerne i

behandling. Dette stemmer også overens med Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer, hvor de anbefaler at tilbyde rådgivning til pårørende¹⁷¹.

Behandlingstilgang og -metoder

En helhedsorienteret tilgang

På tværs af offentlige og private behandlingssteder og af ambulant-, dag- og døgnbehandling giver brugerne udtryk for vigtigheden af, hvorvidt behandlingen møder dem, som et helt menneske. Det er forskelligt, hvad det at blive tilgået som et helt menneske betyder for dem hver især.

For nogle handler det om at blive mødt af forskellige fagligheder. Herunder fremhæves det som en styrke at have mulighed for at snakke med en læge eller sygeplejerske udover selve ens behandler, men også adgangen til psykologer fremhæves. For eksempel nævner brugere at have fået et sundhedstjek ved siden af deres terapi, eller at kontakten med det sundhedsfaglige personale har været med til sikre, at eventuelle andre diagnoser er blevet velbehandlet ved siden af alkoholbehandlingen. Blandt dem, der har oplevet det, beskrives det som essentielt, at behandlingen er i stand til at hjælpe med psykiske problemer udover alkoholen.

For andre handler det om selve behandlingstilgangen. Brugere italesætter det som et "helhedsorienteret syn", et "360 graders fokus", et fokus på "hele personen", "mennesket" eller "livshistorien" – frem for blot på alkoholafhængigheden. I forlængelse heraf peger mange også på, at det har været vigtigt for deres behandling at have identificeret adfærdsmønstre, triggers, forhindringer, eller andre udfordringer, som de er nødt til at kende og reagere på for at ændre deres alkoholforbrug. Det, at lære om sig selv og sine begrænsninger, fremhæves også i SDU's undersøgelse om brugeroplevelse kvalitet, som noget, der bidrager til en positiv brugeroplevelse sammen med vigtigheden af få en følelse af at være et unikt menneske og ikke blot en tilfældig bruger¹⁷².

"Jeg tror, at mange kommuner kunne lære meget af [kommunenavn], som fokuserer 360 grader på brugeren. De har en forståelse for alle de ting, der kan vælte læsset. I mit tilfælde omstændigheder i min familie. Det er vigtigt at få kortlagt, hvad det er, der er årsagen, og at fjerne de forhindringer i det daglige. Grundlæggende er det vigtigt at se på hele brugeren og ikke kun misbruget – for ellers kommer misbruget i 90 % af tilfældene tilbage igen". (Anders, 47 år, offentlig dagbehandling (tidligere ambulant))

"På behandlingsstedet arbejder de ud fra, hvordan man er som menneske og laver ikke kun 'misbrugsundervisning'. De går op i diagnoser og adfærdsmønstre og arbejder ud fra, hvilke udfordringer man har, så det er mere muligt at arbejde med dem: "Hvad gør det svært at være dig?". Man skal lære sig selv at kende, og det er

¹⁷¹ Sundhedsstyrelsen, 2018. National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed, s. 29

¹⁷² Syddansk Universitet, 2022. Brugeroplevelse kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling, s. 22

mere helhedsorienteret". (Pernille, 44 år, dagbehandling ved privat leverandør (tidligere forskellige behandlings- og finansieringstyper)

For andre handler det mere systemisk om, at det er essentielt, at de i behandlingen er blevet sat i kontakt med andre forvaltninger eller organisationer, der har hjulpet dem med at løse andre udfordringer i deres liv. Både brugere i behandling hos offentlige og private leverandører har oplevet dette og fremhæver det som en god kvalitet i behandlingsforløbet. Enkelte ser det netop som styrken i det offentlige behandlingssystem, da det offentlige opleves som havende nemmere kommunikation på tværs af forvaltninger, såsom jobcenter eller børns skole.

I alle de tre ovennævnte tilfælde handler det om, at behandlingen er helhedsorienteret og har fokus på at give støtte i det, der sker omkring dem som mennesker - udover afhængigheden.

Et andet perspektiv i den forbindelse handler om brugernes oplevelse af at blive tilgået som et individ. At have fokus på det hele menneske, handler for mange brugere således også om, at de har haft en positiv oplevelse af, at behandlingsforløbet har imødekommet dem som en unik person. Omvendt begrundes nogle af brugerne med negative behandlingsoplevelser det med, at de har følt sig misforstået eller har oplevet at blive puttet i "prædefinerede kasser" eller tilgået via "pakkeløsninger", som ikke passer til dem. Altså fremhæver brugerne, at det er vigtigt for dem, hvorvidt deres behandlingsforløb enten har eller ikke har været tilpasset til dem og deres behov. Det kunne eksempelvis omhandle længden på forløbet, hyppigheden af ambulante samtaler, eller tidspunktet af døgnnet for behandlingen. Men det kan også omhandle, hvorvidt de oplever, at behandleren i selve samtalerne har været i stand til at møde dem på deres niveau og have forståelse for dem som person. Det at have tilstrækkelig tid i sit behandlingsforløb, fremhæves også i SDU's undersøgelse af brugeroplevelse kvalitet¹⁷³. NHG's brugerundersøgelse såvel som SDU-undersøgelsen bekræfter, at det er vigtigt for brugerne, at længden på deres behandlingsforløb tilpasses det, der giver mening for den enkelte bruger – og at nogle har brug for længere tid end andre. Det vigtige for brugerne er, at behandlingsforløbene kan være fleksible i forhold til deres individuelle behov.

"Min oplevelse er, at rusmiddelcenteret er meget firkantet. Det er ikke til at gradbøje. (...) Efter 3-4 måneder siger behandleren, at "det var så sidste gang". Jeg var ikke klar til at komme videre og sagde, at jeg troede, at behandlingen var længere. Så fik jeg at vide, at det var det, man var normeret til. Så skulle jeg søge om behandlingsperiode igen, og så startede man forfra. Jeg fortalte, at det at afslutte forløbet nu var ensbetydende med, at jeg begyndte at drikke igen. Det kunne behandleren godt se, men der var ingen tilgængelige redskaber – for eksempel udslusningsforløb, ligesom hvis man har brækket benet og skal genoptrænes. Sidste gang var min behandler god til at se, hvad jeg havde behov for at komme ud på den rigtige side, og forløbet var længere. Nok 1,5 års tid. Men min behandler kunne ikke få endnu længere, for hun måtte ikke bruge længere tid på hvert enkelt.

¹⁷³ Syddansk Universitet, 2022. *Brugeroplevelse kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling*, s. 21

Jeg ved ikke, om det gælder alle behandlingssteder. Måske skulle man lave forløb, der mere passede til hver enkelt. Det er det jeg ser som den største udfordring, at du ikke skelner mellem, hvilken person du har med at gøre – at det er over en kam.” (Karsten, 52 år, offentlig ambulant behandling)

”En behandling er individuel. Det skal den være. Du kan ikke give den samme behandling til alle. Man skal se det enkelte menneske. Vi er alle sammen forskellige, så der skal spørges ind til, hvad DU har brug for.” (Morten, 22 år, offentligt finansieret døgnbehandling (tidligere ambulant og dagbehandling))

Dertil oplever nogle, at de ikke har haft nok individuel behandling eller samtaler, eller at der ikke har været tid nok til hver enkelt. Der er dog forskel herpå og enkelte foretrækker gruppebehandling, mens flere fremhæver det som en styrke både at have haft individuel- og gruppebehandling. SDU's undersøgelse af brugeroplevelen finder også, at der er forskel på, hvordan deltagerne oplever henholdsvis individuelle samtaler og en gruppebehandling. SDU beskriver, at værdien brugerne især oplever forbundet med individuel behandling omhandler, at samtalerne kan tilpasses til den enkelte, samt at der er tid til at dykke ned i den enkeltes erfaringer og problematikker med alkohol frem for de generelle problemstillinger. Det bekræfter altså tendensen til, at en oplevelse af på forskellig vis at blive mødt som et individ, er vigtig for en alkoholbehandling af god kvalitet set fra et brugerperspektiv. SDU's evidensgennemgang konkluderer dertil, at der ikke er noget der tyder på, at gruppebehandlingsforløb er hverken mere eller mindre effektive end individuelle samtalebaserede behandlingsforløb¹⁷⁴. Da der ikke er stærkt evidensbaseret belæg for at vælge individuel eller gruppebaseret behandling kan det være hensigtsmæssigt at sammensætte forløbet det ud fra den konkrete brugers behov og præferencer.

”Alle behandlingssteder siger, at vi har både gruppe og kører individuelt. Men virkeligheden er, at grupperne trækker ud, for eksempel fordi der er mange spørgsmål... Og så skærer man ned i det individuelle. Man siger, at vi skal have flest muligt i mål, og det går udover det individuelle. Men det er vigtigt at tilgodese det individuelle.” (Christian, 35 år, skiftende behandlings- og leverandørtyper, alle offentligt finansieret)

Nedsat forbrug eller afholdenhed

Brugerne oplever, at flere offentlige behandlingssteders tilgang til behandlingen er at få et kontrolleret alkoholforbrug. Brugerne oplever dog ofte efter at have været i behandling flere gange, at det er urealistisk, og at fuld afholdenhed er den eneste vej frem. For flere brugere bliver det et karakteristikum ved det offentlige over for det private, at de offentlige ”fejlagtigt” tror, at de kan få et kontrolleret forbrug, mens de private mener, at 100 % afholdenhed er den eneste farbare vej. Af NHG's caseundersøgelse blandt ledere og medarbejdere på offentlige behandlingssteder

¹⁷⁴ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*, s. 130

fremgår det dog, at det offentlige som oftest også vil anbefale afholdenhed, men at de næsten altid vil imødekomme brugernes egne ønsker, og at det kan tage tid at indse, at afholdenhed er vejen frem. I forlængelse heraf viser spørgeskemaundersøgelsen som SDU har gennemført blandt brugere i offentlig finansieret behandling, at 77 % har været enige eller i høj grad enige med behandlerne om målet for deres behandling. SDU's undersøgelse peger på, at et sådant mål netop kan omhandle, hvorvidt målet er afholdenhed eller nedsat forbrug. Brugerperspektivet i NHG's undersøgelse indikerer dog en oplevelse af, at brugerne gerne tidligere ville have indset, at de skulle leve uden alkohol.

"Jeg deltog i noget behandling i det offentlige. Jeg fik indtrykket af, at man kunne lære at håndtere sit alkoholforbrug og drikke med måde. Jeg tænkte dengang, at det var fint. Det var det også, for jeg holdt jo en lang pause fra alkohol efter. På den anden side, så faldt jeg i igen. At drikke med måde eskalerede, og jeg røg i behandling igen. (...) Det handler om at erkende, at man har et problem med alkohol, og den eneste måde man kan komme det til livs, er 100% afholdenhed. Jeg kan ikke drikke som andre mennesker kan. Jeg tror ikke på de behandlingsinstitutioner, som giver mulighed for at lære at drikke med måde. (Ib, 67 år, selvbetalt døgnbehandling, tidligere offentlig ambulant behandling)

12-trins program

Hvor SDU-undersøgelsen udelukkende har fokuseret på offentligt finansieret alkoholbehandling, har NHG's undersøgelse også inkluderet privat finansieret alkoholbehandling. Vi ser en klar tendens til, at mange af brugerne i den privat finansierede alkoholbehandling sammenkobler det at have en plan og struktur med det faktum, at deres behandlingsforløb har fulgt 12-trins program, også kaldet Minnesota-modellen. Minnesota-modellen udbydes ofte i regi af private døgnbehandlingssteder, og ifølge SDU's evidensgennemgang er den netop karakteriseret ved blandt andet at have en høj grad af struktur og ofte at være manualbaseret. Fra et brugerperspektiv fremgår 12-trins programmets struktur som en af de ting, der for nogle brugere øger kvaliteten i de private behandlingsforløb, da de oplever, at denne er med til at holde dem ædru. I SDU's evidensgennemgang konkluderes også, at manualbaseret Minnesotabehandling formentlig er lige så effektiv som anden manualiseret behandling, såsom kognitiv adfærdsterapi¹⁷⁵. Brugere fortæller blandt andet om 12-trins modellen:

"Dagen er meget skematisk. Man starter med morgenmad, så morgenmøde, så er der fælles undervisning om formiddagen, så er der middagspause, eftermiddag er der undervisning igen, gåture og mulighed for afslapning. Så er der lysmøde om aftenen. Der er et stramt program hele dagen. (...) Så dagen går slag i slag. De går frem efter slavisk de 12 trin. Det fungerer godt for mig, og jeg kunne hurtigt se logikken og fornuften i den behandlingsform. Jeg kan godt lide, at der har været den her kontinuerlige og lige overskuelige vej fremad. Første trin, andet trin og så

¹⁷⁵ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023. Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling, s. 79

videre." (Ib, 67 år, selvbetalt døgnbehandling (tidligere offentlig ambulant behandling))

"12-trinsbehandlingen burde være en inkarneret del af programmet. Også i det offentlige". (Niels, 42 år, forsikringsfinansieret ambulant behandling)

6.4 Efter behandlingsforløbet

Som nævnt i kapitel 5 om efterbehandling, har der ikke tidligere været et stort eller systematisk fokus på efterbehandling, og mens de nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling anbefaler at tilbyde efterbehandling, indeholder de ikke klare instrukser om, hvad efterbehandlingen bør indebære. I forbindelse med Sundhedsstyrelsens kulegravning har det derfor også været essentielt at få indsigt brugernes oplevelse af og tilfredshed med efterbehandlingen, herunder hvilke behov de har efter afslutningen af det egentlige behandlingsforløb.

Behov for en plan eller værktøjer, der kan anvendes efter forløbet

Mange af brugerne udtrykker bekymring, nervøsitet eller ligefrem frygt over, hvad der skal ske, når deres behandling afsluttes. Bekymringerne beror sig især på en frygt for at "falde i", når de vender tilbage til hverdagen, hvor de før har været vant til at drikke, men der nu skal håndteres en hverdag uden alkohol.

"Jeg er meget nervøs for at stoppe i behandling. Det er jo en ny hverdag, som jeg skal lære at fungere i uden alkohol" (Hans, 46 år, forsikringsdækket døgnbehandling)

"Jeg er spændt på at komme tilbage, men jeg har også en mindre frygt for det. Jeg føler mig måske ikke helt klar. For jeg har jo brug for at komme ud af miljøet" (Morten, 22 år, offentligt finansieret døgnbehandling)

Bekymringerne om, hvad der kommer til at ske, får brugerne til at pege på vigtigheden af, at der ligger en klar plan for forløbet efter afslutningen af behandlingen. Andre giver udtryk for, at det er vigtigt at have drøftelser om, hvad der skal ske efter forløbet, og at behandlingen giver redskaber til at håndtere svære situationer, som de senere må støde ind i.

"Det er vigtigt at have en plan, som man kan støtte sig op ad, når man skal få en hverdag til at fungere. Det er vigtigt, at overgangen er der. (...) Vi bliver hjulpet til at finde ud af, hvad der skal ske, når vi kommer hjem. Vi har et "sikkerhedsnet" i form af telefonnumre, som vi kan ringe til 24/7". (Emil, 30 år, selvbetalt døgnbehandling (tidligere offentlig ambulant behandling))

"Under behandlingen bør man også se på, hvad der skal ske, når behandlingen er slut. Du kommer ud til de samme mennesker og de samme omgivelser. Sandsynligheden for at du ender det samme sted er ret stor. Du skal have redskaberne til at komme videre". (Karsten, 52 år, offentlig ambulant behandling)

Brugernes oplevelse af tiden efter at have været i behandling viser, at der er et stort behov for at blive støttet i processen med at blive fastholdt i deres nye alkoholvaner. Mange giver udtryk for et behov for ikke at blive sluppet fuldstændig, men derimod gennemgå en glidende overgang til hverdagen. Hvilken form for støtte, der er behov for, er forskelligt, men brugerne nævner for eksempel muligheden for at skru ned i intensiteten i behandlingstype, og altså at sikre en overgang fra dag- til ambulant behandling eller fra døgn-, til dag-, eller ambulant behandling. For andre kan denne gradvise formindskelse af intensiteten også blot handle om hyppigheden af deres samtaler i den ambulante behandling, så der sker en løbende udtrapning af behandlingen. For andre handler det mere om trygheden i at vide, at de kan ringe eller skrive til deres behandler, hvis der skulle opstå svære situationer. Nærmest alle brugerne italesætter altså generelt vigtigheden af forløbet efter endt behandling, men det er forskelligt, hvorvidt de har oplevet, at det, de er blevet tilbudt, har været tilstrækkeligt eller ej.

"Efter anden og tredje behandling, så det ud som om, jeg var "helbredt". Men det var jeg ikke. (...) Jeg manglede et egentligt efterbehandlingstilbud. Mit forløb var ikke langt nok til at se på, hvad gør vi bagefter. For eksempel: Hvordan tackler jeg det, at jeg skal ud og se fodboldkamp på søndag? (...) Det ville være rart, hvis man efter behandlingen kunne møde sin behandler en gang om måneden, eller havde lov til at kontakte dem f.eks. i et år efter. Det kunne også være kontakt gennem e-mail, hvor jeg kunne skrive, hvis jeg tumlede med nogle tanker. Så kunne det være, at jeg havde brug for at mødes en gang imellem, men det kunne også være, at vi kunne klare det på telefonen eller ved en e-mail. (...)" (Karsten, 52 år, offentlig ambulant behandling)

"Der er noget angstprovokerende ved at blive sluppet helt fri. Jeg synes ikke, at det er en rar tanke, at behandlingen slutter, fordi det føles trygt. Jeg er jo tidligere faldet tilbage efter endt behandling, så det er da svært at tænke på (...) Jeg synes, at det ville være kanon med en form for opfølgning. Det kan sagtens være mindre intenst, men hvor man fortsat havde lidt kontakt, så man ikke er helt afsluttet. Jeg tænker, at det måske kunne være, at man mødtes en gang om måneden. Jeg har nok mest behov for, at man skalerer stille og roligt ned. Det er vigtigt at have en overgangsfase." (Sofie, 37 år, offentlig ambulant behandling (tidligere selvbetalt døgnophold))

Efter døgnbehandling

Især efter døgnbehandling oplever brugerne, at der er behov for understøttelse i overgang til hverdagen. Det skyldes, at brugerne i døgnbehandling som nævnt trækkes ud af deres omgivelser, og at det kan være udfordrende at vende tilbage til de gamle omgivelser og miljø efter behandlingen. Enkelte brugere oplever ikke, at støtten efter døgnopholdene har været nok. Andre, som Anne-Marie, beskriver, hvordan efterbehandling altid har været en del af den pakke, hun betalte for, men at hun først efter fjerde behandling, var klar til at anvende tilbuddet. Hun mener efterfølgende, at hun burde have benyttet sig af tilbuddet fra første gang. Hendes og lignende historier får enkelte brugere til at mene, at deltagelse i en form for efterbehandling efter

døgnbehandling burde være et krav, og at det er vigtigt, at behandlingsstederne gør en stor indsats for at få brugerne til at deltage i efterbehandling. Der er også brugere i privat døgnbehandling, der ser det som en styrke ved deres nuværende behandlingssted, at de kræver ugentlig deltagelse i AA-møder under opholdet, så der er større sandsynlighed for, at brugerne fortsætter heri efter endt forløb.

Der er mindre indikationer på, at der kan være flere udfordringer med efterbehandling efter endt døgnbehandling hos private leverandører. Der er en tendens til, at dem i offentligt finansieret døgnbehandling har en klar plan for, hvad der skal ske, når de kommer hjem, som kan involvere, at de fortsætter i dag- eller ambulant behandling, og hvad der eventuelt skal ske med deres jobsituation eller uddannelsessituation. Nogle private leverandører har dog også ambulante tilbud, som brugerne kan fortsætte i.

"Det er svært at komme direkte hjem fra døgnbehandling. De må gerne være bedre til at lave en overgang fra udskrivelse. Det er svært fra et rammebaseret miljø til at gå hjem og være fri med egen fri vilje. At tage det rigtige valg om ikke at drikke og selv begynde at styre sit liv. Der måtte gerne være en mellemting - kommunen er jo kun i dagtimerne, og der er jo ikke hjælp hele tiden. Jeg ved ikke, hvad det skulle være, men det er meget sort/hvidt at gå fra døgn til ingenting. Der burde være mere støtte hele dagen og mere støtte, end der var - nogle der fulgte lidt mere op på mig. Jeg har også haft brugt civilsamfundstelefoner som hjælp." (Sofie, 37 år, offentlig ambulant behandling (tidligere selvbetalt døgnophold))

Behov for nye sociale fællesskaber

Flere brugere giver udtryk for, at de især har behov for at kunne indgå i et socialt fællesskab eller i sociale arrangementer i overgangen fra behandling til hverdag. For nogle brugere handler det om, at de har behov for at indgå i nye alkoholfri sociale fællesskaber, fordi de ved, at de ikke kan indgå i deres gamle omgangskreds uden at falde i. For andre handler det om blot at udvide deres omgangskreds med nogle bekendtskaber, hvor de kan støtte og sparre med hinanden. Flere brugere beskriver, at fællesskaberne er med til at forebygge tilbagefald, idet det bliver muligt at kunne spejle sig i hinanden og samtidig danne relationer udenom alkoholen. Det samme fremgår af SDU's undersøgelse, hvor alle brugerne har fremhævet vigtigheden af, at der findes et netværk af andre brugere, som selv har haft et problematisk alkoholforbrug, og nogle beskriver, hvordan fællesskabet bidrager til vedligeholdelse af alkoholafholdenhed¹⁷⁶.

Hvordan disse fællesskaber skal opnås, eller hvor de findes, er forskelligt fra bruger til bruger. Mange af brugerne har fundet fællesskabet gennem AA-møder. Andre brugere kan dog ikke se sig selv i AA, hvilket de begrundes med dets religiøse karakter. Derfor indikerer brugerinterviewene, at det er vigtigt, at der også er andre efterbehandlingstilbud eller såkaldte selvhjælpsgrupper. Enkelte beskriver da også at have fundet det i forskellige efterbehandlingstilbud. For mange handler de forskellige gruppetilbud eller efterværn (både AA og ikke) efter endt behandling om at minde dem om, hvor de kommer fra, og hvor meget de har rykket sig. Nogle brugere nævner, at

¹⁷⁶ Syddansk Universitet, 2022. *Brugeroplevelen kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling*, s. 27, s. 30
139

disse fællesskaber gerne må være målrettede forskellige brugere på forskellig vis, såsom specifikke kvindetilbud eller at det er vigtigt, at de er opdelt i alkohol- og stofafhængighed. Også SDU konkluderer, at det kan være et værdifuldt supplement til behandlingstilbuddet at have tilbud, hvor brugerne kan komme, som de ønsker, og tale uformelt med andre personer, der har haft lignende eller samme erfaringer som dem selv¹⁷⁷.

”Efterværnet er også et fint tilbud. Det tænker jeg, at jeg vil gøre brug af, hvis det skurer lidt. Jeg kunne jo godt tænke mig, at det var et koncept flere steder. Det er frivilligkulturen, der fungerer, og som skaber og bærer det. De frivillige bærer folk videre, og det bliver mere kontinuerligt. At der for eksempel er morgenmøder, hvor man mødes, så man kan starte sin dag godt ud. Det er så vigtigt, at tidligere alkoholafhængige har noget at stå op til, og noget som sætter en retning for dagen – særligt for dem, der måske ikke har et job eller lignende. Man føler sig aldrig efterladt.” (Lea, 52 år, offentlig ambulant behandling)

”Det gode ved [navn på behandlingssted] er, at der altid er noget socialt som man kan koble sig på. Så hvis man sidder derhjemme, så kan man altid tage ud til noget socialt og holde hinanden fast i stedet for at sidde derhjemme selv” (Charlotte, 53 år offentlig finansieret ambulant behandling ved privat leverandør)

”Man har også brug for nye og sundere relationer, som man også bliver hjulpet på vej til ved at dukke op i AA for eksempel. Jeg har fået nye kontakter her.” (Hans, 46 år, selvbetalt døgnbehandling)

6.5 Opsummering om brugeroplevet kvalitet

NHG's undersøgelse viser, at brugerne langt hen ad vejen er tilfredse med alkoholbehandlingen. Brugerne er glade for den hjælp, de har modtaget, og vurderer, at behandlingen er af høj kvalitet på både offentlige og private tilbud.

Der er mange forskellige årsager til, at brugerne vælger at starte i behandling, men i sidste ende er det oplevelsen af, at nå et *vendepunkt*, eller ligefrem ramme bunden eller være tæt på, som gør, at de endelig bliver motiverede nok til at opsøge hjælp. Oplevelsen af at ramme bunden, betyder også, at valget om behandling for brugerne mere handler om endelig at være klar til at vælge at starte i behandling, end det handler om at vælge et bestemt behandlingssted -eller tilbud.

Et vigtigt fund er, at brugerne ikke er bekendte med deres rettigheder og muligheder, og der florerer flere fordomme, misforståelser eller fejlslutninger om både offentlig og privat behandling og om de forskellige behandlingstyper (ambulant-, dag- og døgnbehandling). Generelt er der dog også forskellige præferencer i forhold til behandlingstyper, hvor nogle brugere har et stærkt ønske om at opretholde deres

¹⁷⁷ Syddansk Universitet, 2022. *Brugeroplevet kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling*, s. 27.

hverdag under behandlingen og derfor foretrækker ambulant behandling, mens døgnbehandling for andre virker som det eneste rigtige, fordi de vil væk fra hverdagen.

Hvad angår brugernes ret til anonymitet, er det for flere brugere en vigtig rettighed i starten, men undervejs i forløbet, og efterhånden som brugeren får forståelse for, hvad anonymitet og ophævelsen af samme betyder, bliver det mindre vigtigt.

NHG's undersøgelse har haft et særskit fokus på at få indblik i selvbetalning og privatfinansieret alkoholbehandling og resultaterne indikerer, at selvbetalning dels kan handle om et specifikt ønske om at komme i døgnbehandling (enten fra brugeren selv eller fra pårørende), dels om at ville hurtigt i behandling (også hurtigere end behandlingsgarantien på 14 dage), eller om manglende viden om, at det offentlige også kan bevilge døgnbehandling.

Om selve behandlingen viser NHG's brugerundersøgelse, at brugerne gennemgående oplever det at blive mødt gennem en helhedsorienteret tilgang og blive set og hørt som et individ, som afgørende for en god behandling. Derudover fremgår behandlerrelationen som den vigtigste faktor for et succesfuldt forløb. I forlængelse heraf oplever mange brugere, at det styrker kvaliteten af behandlingen, når behandleren er tidligere afhængig, mens en mindre andel foretrækker fagligt uddannet personale. Det skal sammenholdes med, at offentlige behandlingstilbud sjældent har tidligere afhængige ansat, og at dette netop er et typisk karakteristikum for private leverandører. Flere brugere oplever også, at en klar struktur og faste rammer styrker behandlingsforløbet, og nogle brugere finder, at 12-trins programmet (også kendt som Minnesotabehandling) giver dem denne struktur. Et andet fremtrædende ønske fra brugerne er, at de gerne vil være omgivet af andre, der ligner dem selv i behandlingen.

Derudover understreger brugerne vigtigheden af at inddrage de pårørende i behandlingen, da et problematisk alkoholforbrug ikke kun rammer den afhængige, men også de nærmeste pårørende.

Hvis nogle af ovenstående faktorer mangler for brugerne, og de for eksempel har en oplevelse af en dårlig behandlerrelation eller af ikke at kunne spejle sig i de andre brugere i behandlingen, er der risiko for, at de vælger at stoppe behandlingen.

Vigtigheden af at forberede brugerne på forløbet efter endt behandling fremhæves på tværs, herunder behov for hjælp til at lægge en plan og få de rette værktøjer. Især giver brugerne udtryk for et behov for endnu mere fokus på overgangen efter døgnbehandling. Nogle oplever decideret at have manglet efterbehandling. Desuden kan brugerne efter endt behandling have behov for et socialt rum, hvor de uformelt kan sparre og få alkoholfrie relationer.

Samlet set indikerer brugerinterviewene, at der er mange forskellige præferencer, og brugerne skal tilgås på forskellige måder. Således er det et ønske fra brugerne i alkoholbehandling at fastholde en bred palette af behandlingstilbud – både hvad gælder metoder og behandlerkompetencer - for at imødekomme brugernes behov.

Herunder findes perspektiveringen til SFIs brugerundersøgelse blandt brugere i social udsathed i alkoholbehandling.

Perspektivering til undersøgelsen 'Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere – systemets tilbud i borgerperspektiv' (2016)

Som nævnt begrænser datagrundlaget i NHG's brugerundersøgelse sig til blot at inkludere en enkelt interviewperson i social udsathed. Derfor vil vi i følgende afsnit perspektivere brugerundersøgelsen resultater til SFI's brugerundersøgelse om alkoholbehandling til brugere i social i udsathed. Det er interessant, at mange af de behov og ønsker til behandlingen, som SFI konkluderer er fremtrædende hos de brugere i social udsathed, går igen i NHG's brugerundersøgelse.

Størstedelen (78 %) af brugerne i social udsathed i SFI's undersøgelse vurderer, at alkoholbehandlingen med afholdenhed som målsætning har hjulpet dem. Men en femtedel oplever ikke at have fået den hjælp de har behov for og en fjerdedel mangler relevante behandlingstilbud. De udsatte brugere efterlyser også flere opsøgende indsatser og finder, at der er mangel på psykologer i de eksisterende tilbud, samt er kritiske overfor ventetiden på behandling.¹⁷⁸ De to sidstnævnte forhold går igen hos brugerne, der er interviewet i forbindelse med NHG's undersøgelse.

SFI's undersøgelse viser desuden først og fremmest, at brugerne i social udsathed er en gruppemed meget sammensatte problemer, der også ofte har fysiske, psykiske, økonomiske og sociale problemer samt mangler meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Ifølge SFI kan deres sammensatte problemer medføre, at de oplever at blive tilgået med et andet fokus, end det de ønsker, fx brugere, der ønsker alkoholbehandling, men kun får tilbudt stofbehandling.¹⁷⁹ Ingen af brugerne i NHG's undersøgelse har oplevet denne specifikke udfordring, og derfor er det givetvis en problematik, der har fundet sted for brugere i social udsathed.

At brugerne i social udsathed har forskellige ønsker og behov og derfor har brug for en individualiseret og differentieret tilgang, som adresserer de forhold brugerne selv oplever som problematiske, er dog meget tilsvarende NHG's konklusioner. SFI understreger, at brugerne i social udsathed i særlig grad har brug for at opleve, at der bliver lyttet til deres oplevelser og prioriteringer og at modtage fleksible tilbud og 'total løsninger', der kan imødekomme dem, der hvor de er – både i selve behandlingstilgangen, men også hvad angår for eksempel åbningstider og tilgængelighed.¹⁸⁰ Disse ønsker er nok mere udtalte for brugerne i social udsathed end for brugerne, der indgår i NHG's brugerundersøgelse. Ønsket om at blive tilgået helhedsorienteret og set som et individ ringer genklang for begge brugergrupper.

NHG's brugerundersøgelse viser, at brugerne har behov for at kunne identificere sig med de andre brugere i alkoholbehandling. Brugerne fra SFI's undersøgelse har i forlængelse heraf negative erfaringer med at opleve, at alkoholbehandlingsstederne

¹⁷⁸ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd., 2016. *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere*, s. 12, 105

¹⁷⁹ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2016. *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere*, s. 13-14

¹⁸⁰ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2016. *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere*, s. 17

passer bedre til "mennesker med hus og familie end til folk fra gaden"¹⁸¹. Det understreger altså pointen om vigtigheden af at kunne spejle sig og have noget til fælles med de andre brugere i behandlingen og viser derfor, at målretning af behandlingstilbuddene er vigtigt.

Desuden peger SFI's undersøgelse på, at brugere i social udsathed især oplever, at døgnbehandling har hjulpet dem - samtidig med, at det er den behandling som færrest af borgerne i social udsathed er blevet tilbudt¹⁸². Det stemmer overens med Christian, der er interviewet i forbindelse med NHG's undersøgelse, som også erfarer, at døgnbehandling har virket bedst for ham. Der er som nævnt også nogle af de øvrige brugere, der foretrækker døgnbehandling og italesætter det, som "det eneste rigtige" behandlingstilbud. Der er dog også flere i NHG's undersøgelse, som foretrækker den ambulante behandling, fordi de ønsker at opretholde en hverdag ved siden af.

SFI fremhæver dertil, at brugerne i social udsathed oplever, at kontrasten mellem dét at være i døgnbehandling og det at vende tilbage til ens vante miljø er for stor, og at der mangler opfølgning. Undersøgelsen konkluderer, at brugerne i social udsathed oplever, at mens døgnbehandlingens afsondrethed virker, kan det være svært at bevare den positive forandring, når de vender tilbage til det miljø, de kom fra. Desuden peger brugerne i social udsathed på, at de som følge af deres sociale udsathed har et behov for efterbehandling og særlig støtte som opfølgning på alkoholbehandlingen.¹⁸³ Dette stemmer godt overens med, hvad de øvrige brugere har fremhævet i forbindelse med NHG's undersøgelse, hvilket kan indikere, at det er et mere generelt behov i alkoholbehandlingen.

Samlet set finder vi altså, at hvor brugerne i social udsathed nok hyppigere vil have mere sammensatte og komplekse problemstillinger, og i højere grad end de øvrige brugere foretrækker døgnbehandling, er der mange mere almengyldige ønsker og behov i forhold til at give brugerne en oplevelse af en alkoholbehandling af god kvalitet. Disse omfatter blandt andet nem tilgængelighed, en individuelt tilpasset behandling, en gruppesammensætning som det er muligt at identificere sig med, samt fokus på efterbehandling og opfølgning.

¹⁸¹ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2016. *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere*, s. 16

¹⁸² SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2016. *Alkoholbehandling til socialt udsatte*, s. 12

¹⁸³ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2016. *Alkoholbehandling til socialt udsatte*, s. 93-94, 105-106

7

STYRING, STRUKTUR, KVALITET OG PRISSÆTNING

7. Styring, struktur, kvalitet og prissætning

Dette kapitel omhandler styringsmekanismer, strukturer, kvalitet og prissætning i alkoholbehandlingen i Danmark. Kapitlet afdækker problemstillinger relateret til strukturer, lovgivning og økonomiske rammer, som kan skabe udfordringer for kommunernes styring af udgifter til offentlig finansieret alkoholbehandling.

Formålet med kapitlet er at tydeliggøre rammerne for offentligt finansieret alkoholbehandling, samt om der er tilstrækkelig gennemsigtighed i prissætning og takster. Yderligere belyser kapitlet, hvordan den nuværende lovgivning påvirker kommunernes mulighed for at sikre en sammenhæng mellem pris og kvalitet i alkoholbehandlingen. Der perspektiveres til andre områder inden for velfærds- og sundhedssystemet, hvor lignende problemstillinger opstår, eller hvor der er fundet løsninger på tilsvarende udfordringer.

SAMMENFATNING AF RESULTATER OM STYRING, STRUKTUR, KVALITET OG PRISSÆTNING

NHG's undersøgelse peger overordnet på række udfordringer i alkoholbehandlingen i forhold til styring, struktur, lovgivning og økonomiske rammer, da der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende).

Alkoholbehandling er et "tillidsgode," hvilket betyder, at borgerne stoler på behandlingssystemet og fagpersonerne uden selv at kunne vurdere kvaliteten på forhånd. Dette understreger udfordringen i uigennemsigtige prissætnings- og kvalitetsmodeller.

En central udfordring er, at der mangler en klar definition af alkoholbehandlingens indhold, varighed og intensitet alt efter behandlingstype, hvilket fører til varierende tilbud, priser og forståelse af behandlingsformål blandt offentlige og private aktører. Det forhold, at der ikke eksisterer standarder og struktur i behandlingsforløbene resulterer i forskellige faglige tilgange og kvalitetsniveauer afhængigt af behandlingssted. Samtidig oplever kommunerne udfordringer med at styre økonomien grundet en begrænset gennemsigtighed i behandlingsforløb og prissætning, hvilket skaber uforudsigelighed i behandlingsudgifterne.

De konkrete fund, som dette baseres på, opsummeres nedenfor.

DE LOVMÆSSIGE RAMMER

Patientrettighederne på alkoholbehandlingsområdet om fritvalg og anonymitet samt selvhenvenderprincippet sikrer nem adgang for borgerne til alkoholbehandling.

Anonymitetsretten giver, ligesom de to øvrige patientrettigheder, nogle udfordringer i forhold til gennemsigtighed mellem leverandør og betaler.

Nem adgang til behandling er et centralt redskab til at sikre behandling til den relevante målgruppe. Dette understøttes af det eksisterende "opsporingsgab" på området – altså forskellen mellem antallet af borgere, som modtager behandling og som antageligvis kunne have gavn af behandling.

Den manglende gennemsigtighed giver bekymringer hos kommunerne, når de samtidig oplever at få regninger fra private leverandører med manglende information om anonyme borgeres ambulante behandlingsforløb (indhold og varighed og ikke cpr-nummer).

Retten til frit valg og selvhenvendelse giver borgere, der skal i offentlig finansieret ambulant behandling, mulighed for at vælge mellem tilbud med forskellig intensitet og indhold og dermed også med forskellige takster.

Kommunernes økonomistyring påvirkes negativt i de tilfælde, hvor borgerens valg af behandlingssted afviger fra det serviceniveau, kommunen har budgetteret med.

Lovgivningen for ambulant alkoholbehandling afstedkommer vigtige styringsmæssige udfordringer.

Da den ambulante behandling udgør omtrent 97 % af den samlede alkoholbehandling i Danmark, er udfordringerne som specifikt omhandler ambulant behandling essentielle. Disse afstedkommes af selvhenvenderprincippet, fritvalgsordningen og anonymitetsretten.

De offentlige betalere (som i dette tilfælde er kommunen) oplever, at det af og til kan være vanskeligt at indhente information om borgere fra de private behandlingssteder med offentlig finansiering.

De offentlige betalere anmoder i nogle tilfælde om indsigt i ambulante behandlingsforløb for borgere fra deres kommune, herunder anvendte metoder, antallet af gennemførte samtaler og deltagelse i aktiviteter. De oplever, der kan være stor forskel på, hvor meget information de offentligt finansierede private behandlingssteder vil dele - nogle gange med argumenter om anonymitet.

GODKENDELSE AF ALKOHOLBEHANDLINGSSTEDER OG TILSYNSPRAKSIS

Den frie etableringsret bidrager til den konkurrencemæssige markedssituation, hvor alle aktører kan tilbyde alkoholbehandling.

Den frie etableringsret har udvidet markedet og med tiden skabt nye udbydere af alkoholbehandling. Men kombinationen af den frie etableringsret og det forhold, at der ikke eksisterer

Den frie etableringsret gør det udfordrende at styre behandlingskapaciteten.

Kombinationen af den frie etableringsret og det faktum, at Socialtilsynets godkendelse af behandlingssteder til offentlig finansiering ikke beror på en vurdering af kapacitetsbehovet på markedet, kan resultere i overkapacitet.

klare ydelsesdefinitioner på typerne af alkoholbehandling, kan resultere i en udfordring. Årsagen hertil er, at der på et sundhedsfagligt behandlingsområde ikke eksisterer et minimumskrav til bundniveau af kvalitet for at kunne slå sig op som et 'alkoholbehandlingssted'.

Godkendelsesproceduren, hvor én kommune kan godkende et behandlingssted til offentlig finansiering på vegne af landets øvrige kommuner, opleves som en udfordring.

Den nuværende lovgivning betyder, at en privat leverandør, der er godkendt af én kommune til offentlig finansieret behandling, kan tilbyde behandling til alle borgere i landet. Kommunerne oplever det som en udfordring, fordi godkendelsen ikke hviler på hverken ensartede serviceniveauer eller en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende), og kommunerne således vil godkende forskellige tilbud.

Det er udfordrende for Socialtilsynet at føre tilsyn med anonyme borgeres forløb.

Der eksisterer i dag ikke en kontrolmekanisme, som gør det muligt for Socialtilsynet at tjekke om anonyme borgerne findes, hvilken behandling borgeren har fået, herunder hvor meget og af hvilket personale. Det skaber en udfordring i forhold til at sikre ansvarlig og effektiv brug af offentlige midler og kan i værste fald resultere i misbrug af offentlige midler.

Det er ikke muligt at bekræfte kommunernes bekymringer om, at private leverandører, som er godkendt til offentligt finansieret alkoholbehandling i én kommune, kan oprette filialer i andre kommuner.

Ifølge Socialtilsynet er oprettelse af en ny filial en væsentlig ændring af et behandlingssteds virke, hvorfor de nye faciliteter, udbuddet og personale-sammensætningen skal besigtiges af Socialtilsynet. Udfordringen er, at Socialtilsynet i mindre grad tager stilling til behandlingskapaciteten.

Tilsynet af private og selvejende behandlingssteder indebærer en ekstra økonomisk kontrol sammenholdt med tilsynet af offentlige behandlingssteder.

Private leverandører oplever, at forskelle i niveau af tilsyn skaber ulige markedsvilkår. Socialtilsynet understreger dog, at de offentlige behandlingssteder i stedet er underlagt kommunal revision.

RAMMERNE FOR PRISSÆTNING OG BUDGETSTYRING

Det er uigennemsigtigt, hvordan forskellige leverandører i dag sammensætter og prissætter deres ambulante behandling.

Varierende tilbud og priser er en naturlig konsekvens af det kommunale selvstyre, men uden klare ydelsesdefinitioner (også forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende) er der

Uigennemsigtheden gælder både offentlige og offentligt finansieret private behandlingstilbud. For kommunerne er det uklart, hvad de betaler for hos offentligt finansierede private tilbud, samt hvor meget de i sidste ende skal betale for en borgers forløb. For de private leverandører er det uklart, hvilket prisniveau de offentlige leverandører har, idet der ikke er gennemsigtighed i deres driftsomkostninger.

intet bund- eller topniveau, hvilket kan give en udfordring i kombinationen med fritvalg og selvhenvendelse.

I et sundhedsfagligt perspektiv kan det være en udfordring, at der ikke er fastsat et nationalt bundniveau for behandlingskvaliteten. Fra et økonomistyringsperspektiv kan det være en udfordring, at der ikke er et defineret topniveau af, hvad man fra nationalt niveau er villig til at betale under offentlig finansiering, da kommunerne kan skulle betale for takster, der er godkendt af andre kommuner.

DATA OG DOKUMENTATION I ALKOHOLBEHANDLINGEN

Der mangler viden om den privatfinansierede behandling, da private behandlingssteder uden offentlig finansiering ikke benytter sig af muligheden for frivilligt at indrapportere data til det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)

Fra centralt hold mangler der viden om, hvor mange borgere der er i privatfinansieret behandling, samt hvor længe og i hvilken behandlingstype. Dertil er det ikke muligt nationalt at koble borgerne til andre registre og få viden om deres øvrige brug af sundhedsydelser.

Der er stor variation i dokumentationen af data i NAB blandt behandlingssteder med offentlig finansiering

Behandlingsstederne har oplevelsen af, at der udgives for få rapporter baseret på NAB-data. Dette giver en opfattelse af, at dokumentationen ikke giver den forventede værdi, hvilket påvirker behandlingsstedernes motivation til at indberette data.

Der er indikationer på, at alkoholbehandlingsområdet samlet set er underdokumenteret.

Underdokumenteringen medfører et ufuldstændigt billede af behandlingsindsatsen i Danmark.

7.1 Formål og baggrund

Dette kapitel omhandler styringsmekanismer, strukturer, kvalitet og prissætning ved alkoholbehandlingen i Danmark.

Kapitlet berører problemstillinger, der er fremhævet i COWI og Decides afdækning af den offentligt finansieret alkoholbehandling fra 2019 samt bemærkninger fra følgegruppen for nærværende kulegravning og NHG's undersøgelse. Over en årrække er det således i forskellige undersøgelser og fora blevet fremhævet, at strukturerne, lovgivningen og de økonomiske rammer på alkoholbehandlingsområdet kan give

udfordringer i forhold til blandt andet at styre de kommunale udgifter til alkoholbehandling.¹⁸⁴

Formålet med kapitlet er at tydeliggøre rammerne for den offentligt finansierede alkoholbehandling, herunder at afdække hvorvidt der er gennemsigtighed i prissætning og takster og undersøge, hvordan nuværende lovgivning på området vanskeliggør, at kommunerne kan sikre en sammenhæng mellem pris og kvalitet i alkoholbehandlingen.

I kapitlet vil der blive perspektiveret til andre områder i velfærds- og sundhedssystemet, hvor lignende udfordringer opstår, eller hvor lovgivningen eller rammerne er sammensat anderledes på en måde, der mindsker disse udfordringer.

Kapitlet undersøger følgende spørgsmål:

- Hvilken betydning har de lovgivningsmæssige rammer: Fritvalgsordningen, selvhenvenderprincippet og retten til anonymitet for den økonomiske og strukturelle styring af alkoholbehandlingen?
- Hvilke muligheder findes der for kommunernes styring af alkoholbehandlingen, som samtidig sikrer optimal behandling indenfor de eksisterende lovgivningsmæssige og økonomiske rammer?
- Hvordan godkendes private behandlingssteder til offentlig finansieret behandling? Herunder hvilke krav der stilles til private leverandører af offentlig finansieret alkoholbehandling.
- Hvordan fungerer tilsyn på alkoholbehandlingsområdet?
- Hvordan anvendes data på behandlingsstederne, og hvilke dokumentationskrav findes der til at understøtte kvaliteten?

Kapitlet er opdelt i fire underafsnit: 1) De lovgivningsmæssige rammer for alkoholbehandlingen, 2) Godkendelse af leverandører af offentlig finansieret alkoholbehandling og tilsynspraksis blandt alle alkoholbehandlingssteder, 3) Rammerne for prissætning og budgetstyring af offentlig finansieret behandling, 4) Data og dokumentation i alkoholbehandlingen.

7.1.1 Datagrundlag

Kapitlet er baseret på interviews med eller inddragelse af en række aktører og eksperter, som NHG har udvalgt til denne undersøgelse. Eksperterne er professor Torben Tranæs, der var formand for Ekspertudvalget på socialområdet¹⁸⁵, Anette Søgaard Nielsen, Professor MSO på Psykiatrisk forskningsenhed, Syddansk Universitet. Forskningsfeltet er alkohol og alkoholafhængighed og professor Mette Hartlev fra Det Juridiske Fakultet Københavns Universitet. Aktørerne er repræsentanter

¹⁸⁴ Tidligere undersøgelser og pressen i Danmark har tidligere sat fokus på, at lovgivningen og den økonomiske styring af alkoholbehandlingsområdet kan give udfordringer i forhold til bl.a. at styre de kommunale udgifter. Se eksempelvis: [Regninger til alkoholbehandling er "stukket helt af", mener kommune - TV 2](#) og COWI & DECIDE, 2019. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*.

¹⁸⁵ Aftalt i økonomiaftalen for 2022 mellem regeringen og KL: "Regeringen og KL er enige om at nedsætte et ekspertudvalg med inddragelse af faglige eksperter og forskningsmiljøer på socialområdet, som skal give anbefalinger til, hvordan man kan sikre en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på socialområdet."

fra Dansk Erhverv, Selveje Danmark, Forsikring og Pension, Alkohol og Samfund, Socialtilsynet og Styrelsen og Patientsikkerhed. Derudover inddrages perspektiver fra interviews med ledere og medarbejdere, der er gennemført i forbindelse med NHG's caseundersøgelse på offentlige og private alkoholbehandlingssteder.

Desuden indgår inputs fra nøgleaktører på feltet, som er givet på formøder arrangeret af Sundhedsstyrelsen samt følgegruppemøder med repræsentanter fra forskningsinstitutioner, interesseorganisationer og lignende. Deltagende aktører fremgår af Bilag 1.9.

Kapitlet inddrager desuden relevante fund fra COWI og Decides "Afdækning af den offentlig finansieret alkoholbehandling" fra 2019, "Evaluering af frikommuneforsøg vedrørende retten til anonym ambulant alkoholbehandling" fra 2016, som er udarbejdet af Rambøll og BDO samt Ekspertudvalget på socialområdet endelige rapport: Anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på socialområdet fra april 2024.

7.2 De lovmæssige rammer for alkoholbehandling og udfordringer heraf

I dette afsnit vil vi undersøge, hvordan de lovmæssige rammer fungerer i praksis (jf. Sundhedslovens §141, gengivet i rapportens kapitel 2), og hvilken betydning de har for den økonomiske og strukturelle styring af alkoholbehandlingen. Herunder vil vi beskrive fritvalgsordningen, selvhenvenderprincippet og anonymitetsretten for offentligt finansieret behandling.

Disse patientrettigheder er især gældende for den ambulante alkoholbehandling, som samtidig udgør den primære anvendte behandlingstype i Danmark (udregnet ca. 97%). Omfanget af de styringsmæssige udfordringer, som lovgivningen for ambulant alkoholbehandling afstedkommer, er derfor vigtige at forholde sig til.

7.2.1 Selvhenvenderprincippet

Et vigtigt princip på alkoholbehandlingsområdet er selvhenvenderprincippet, som også er nævnt i kapitel 2. Princippet indebærer, at borgerne selv kan opsøge offentlig finansieret ambulant alkoholbehandling. Borgerne behøver ikke en henvisning eller visitation fra en læge, hvor de skal opfylde visse krav for at modtage behandling, som ellers typisk er et krav i sundhedsvæsenet for at blive udredt eller behandlet ved speciallægepraksis eller på et sygehus. Selvhenvenderprincippet findes dog i nogle andre områder af sundheds- og socialområdet, hvor der er behov for hurtig og nem tilgængelig adgang til hjælp, såsom på det akutpsykiatriske område og familierådgivningscentre.

Selvhenvenderprincippet muliggør, at en borger til en hver tid og efter egen oplevelse af problemets omfang, kan opsøge ambulant behandling. Fordelen ved selvhenvenderprincippet er, at en borger kan starte op i ambulant behandling med det samme uden først at skulle igennem forskellige trin eller en gatekeeperfunktion

NHG's brugerundersøgelse peger på, at muligheden for hurtig behandlingsopstart når motivationen opstår er yderst vigtig for en succesfuld behandling (se mere i kapitel 6).

På den baggrund kan selvhenvenderprincippet bidrage til at øge tilgængeligheden af alkoholbehandlingen og mindsker barriererne for at søge behandling

Samtidig giver selvhenvenderprincippet visse udfordringer i forhold til kommunernes budgetstyring. Kommunerne oplever, at selvhenvenderprincippet betyder, at de ikke har nogen styring med, hvor mange borgere, der hvert år vælger at modtage ambulant alkoholbehandling. En kommune kan således ikke vide, hvor mange borgere der et givent år har tænkt sig at opsøge ambulant behandling – hverken hos dem selv eller hos andre kommuner eller private leverandører af offentligt finansieret behandling. Det gør det vanskeligt for kommunerne at sætte et årligt budget for alkoholbehandlingen, når de ikke kan forudsige, hvor mange borgeres behandlinger, de skal betale for. Da kommunerne ikke har en gatekeeper funktion i forhold til den ambulante alkoholbehandling, opstår der således en budgetmæssig styringsudfordring, når de ikke kender til antallet af borgere, der vil modtage behandling. Det skal dog understreges, at det set fra et sundhedsfagligt perspektiv ikke er en udfordring, at kommunerne ikke har styring over antallet af borgere, der kommer i behandling.

Ifølge de offentlige betalere (som i dette tilfælde er kommunen) er det ikke et problem, at borgere opsøger offentlig finansieret behandling hos private leverandører. Udfordringen er, hvis de offentlige betalere først sent eller ved afslutningen af et behandlingsforløb får information om, at en borger fra deres kommune er i behandling hos en privat leverandør med offentlig finansiering. Således er det ikke altid, at de private behandlingssteder med offentlig finansiering ved behandlingsopstart informerer hjemkommunerne om, at de har en af deres borgere i behandling, som de senere vil sende en regning på. Samlet set betyder det, at det både er antallet af borgere, antallet af regninger og størrelsen på regningerne, der er ukendte.

7.2.2 Fritvalgsordning

Frit valg af ambulant alkoholbehandlingssted er en grundlæggende rettighed i alkoholbehandlingen for borgerne i Danmark. Rettigheden indebærer som nævnt i kapitel 2, at borgerne frit kan vælge mellem alle de alkoholbehandlingssteder, der er godkendt til offentligt finansieret *ambulant* alkoholbehandling. Det frie valg indebærer derudover, at borgeren efter visitation til dag- og døgnbehandling fra sin hjemkommune kan vælge mellem de forskellige offentligt finansierede leverandører af de intensive behandlingsformer. Sidstnævnte kræver, at leverandørerne er godkendt til at levere offentligt finansieret behandling og leverer et tilbud, som matcher kommunens visitation. Fritvalg er en grundlæggende rettighed i det danske sundhedsvæsen generelt, og gælder også frit sygehusvalg og valg af praktiserende læge.

I NHG's caseundersøgelse fremhæver særligt de offentligt finansierede private behandlingssteder vigtigheden af fritvalgsordningen, og at den giver borgerne mulighed for at vælge det behandlingssted, der passer til deres individuelle behov. Borgerne kan f.eks. lægge vægt på bestemte behandlingstilbud (familiebehandling, gruppebehandling, online behandling, udkørende behandling), placering (nærhed til arbejdspladsen eller bopæl), ønske om særlige åbningstider eller lignende. Dette er illustreret af eksemplet i Boks 6.

Generelt vurderer de offentlige behandlingssteder også, at fritvalgsordningen fungerer godt, når den anvendes til at modtage behandling hos andre offentlige

behandlingssteder (kommuner). Ligeledes fungerer fritvalgsordningen godt hos private leverandører af offentlig finansieret behandling, hvor kommunen allerede har et kendt samarbejde og selv har indgået samarbejdsaftaler.

Boks 6 viser et eksempel på, hvordan fritvalgsordningen fungerer i praksis.

Boks 6 Eksempel på anvendelse af det frie valg

En mand i slutningen af 30'erne med bopæl i en sjællandsk kommune henvender sig til et alkoholbehandlingssted i en anden kommune på grund af alkoholproblemer. Han pendler til sit job i den kommune, hvor behandlingsstedet ligger. Hans arbejdsgiver og hans ægtefælle har stillet krav om, at han skal starte i alkoholbehandling, men det lokale rusmiddelcenter i hans hjemkommune har ikke åbent på tidspunkter, der harmonerer med hans arbejdstider. I stedet vælger han at modtage sin behandling hos et behandlingssted tæt på hans arbejdsplads, hvor behandling er tilgængelig, så han kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Note: Et alkoholbehandlingssted i NHG's caseundersøgelse har bidraget med eksemplet, der bygger på virkelige personer, men er anonymiseret.

Det frie valg om ambulant behandlingssted kan samtidig resultere i en styringsmæssig udfordring, da rammen for offentligt finansieret ambulant behandling ifølge kommunerne er forholdsvis bred og ukonkret. Der er i dag ikke nogen klar afgrænsning af, hvad der kan tilbydes under ambulant behandling, og hvad dette må koste. Det betyder, at en kommune eksempelvis kan fastsætte et serviceniveau for ambulant behandling på to timers samtalebehandling om ugen, mens et privat behandlingstilbud eller en anden kommune kan tilbyde ambulant behandling i seks timer om ugen. Det offentligt finansierede private behandlingssted eller den anden kommune vil i disse tilfælde opkræve en takst for den ambulante behandling – en takst og intensitet, der kan ligge langt fra den betalende kommunes fastsatte serviceniveau. Det skaber kommunale varierende serviceniveauer. Det betyder, at en borgers frie valg så at sige gælder et valg mellem æbler og pærer, og at den betalende kommune skal betale, uanset hvad borgeren vælger. Fra et sundhedsfagligt perspektiv er det også en udfordring, idet der ikke er defineret et ydelsesmæssigt bundniveau for kvaliteten, og dermed ikke et minimum krav til, hvad alkoholbehandlingen skal indeholde, og hvilke kompetencer der skal være til stede i behandlingen.

Dog gør Selveje Danmark og Dansk Erhverv opmærksom på, at såfremt et offentligt finansieret privat behandlingssted (eller en anden kommune) tilbyder for eksempel seks timers ambulant behandling ugentligt, vil det være, fordi en kommune har godkendt det gennem en samarbejdsaftale.

På NHG's casebesøg giver de offentlige behandlingssteder udtryk for, at ovenstående særligt er en udfordring i forhold til de små, for kommunen ukendte, private leverandører af offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling. Med disse leverandører er det mindre tydeligt for kommunerne, hvilket serviceniveau de reelt yder til borgerne, og hvad prisen pr. forløb er.

Nogle kommuner har forsøgt at imødekomme ovenstående budgetmæssige styringsudfordringer ved at indgå klare samarbejdsaftaler med udvalgte private og selvejende leverandører om de offentligt finansierede ambulante forløb. I disse

samarbejdsaftaler defineres og afgrænses rammerne for og indholdet af den ambulante behandling tydeligt, herunder pris per forløb.

NHG's undersøgelse viser, at disse samarbejdsaftaler oftest indgås med de større private og selvejende leverandører. Det er medvirkende til, at styringsudfordringen primært gælder de små private leverandører af offentlig finansieret ambulante behandling, som kommunerne i mindre grad har kendskab til, idet få kommuner har samarbejdsaftaler med dem. De offentlige aktører forklarer, at det bl.a. skyldes at de ikke har indsigt i til disses kvalitetsniveau.

7.2.3 Retten til anonymitet

Borgere i Danmark har jævnfør §141 i Sundhedsloven ret til anonym ambulant behandling for alkoholafhængighed. Retten til anonymitet er en retting, som findes ganske få steder på sundheds- og socialområdet, hvor der er behov for særlig diskretion, såsom krisecentre og test for kønssygdomme.

I NHG's caseundersøgelse peger ledere og medarbejdere på tværs af behandlingssteder på, at retten til anonymitet er afgørende for mange borgere i det øjeblik, hvor de opsøger behandling. Analyser fra NAB vedrørende borgere i offentlig finansieret alkoholbehandling viser, at der i 2023 var 16 % indskrevet i anonym offentlig finansieret behandling, svarende til cirka hver sjette borger (se afsnit 2.1.2 for overblik over udviklingen i andelen af borgere i anonym behandling).

NHG's caseundersøgelse indikerer, at de borgere, som vælger anonym behandling, ofte har bekymringer i forhold til deres erhverv, såsom skolelærere, læger, sygeplejersker og chauffører. Den lovgivningsmæssige mulighed for at være anonym kan derved bidrage til at mindske barriererne for at opsøge behandling for særlige typer af borgere. Dertil kommer borgere med børn under 18 år. Ifølge ledere og medarbejdere kan særligt borgere med børn frygte, at der vil ske underretning til de sociale myndigheder, hvis det figurerer i et offentligt system, at de er i alkoholbehandling¹⁸⁶. Viljen til at opstarte i behandling afhænger således af, at disse borgere kan være anonyme (se Boks 7 for eksempel). Det er værd at være opmærksom på, at behandlingsstedet i eksemplet ifølge lovgivningen har underretningspligt.

At flere (givetvis) opsøger behandling, fordi de har mulighed for at være anonym, er en vigtig fordel set i lyset af det tidligere nævnte opsporingsgab på alkoholbehandlingsområdet. På den baggrund er det vigtigt, at alkoholbehandlingen er så lettilgængelig som muligt. Ovenstående viser, at fordelene ved anonymitetsretten netop er øget tilgængelighed for en bestemt gruppe borgere.

Boks 7 Eksempel på anvendelse af anonymitet

En mand i 40'erne og hans samlever, som han har to mindreårige børn sammen med, henvender sig til et alkoholbehandlingssted. Manden har udviklet en alkoholafhængighed, og

¹⁸⁶ Såfremt, der er bekymring i forhold til en borgers erhverv eller mindreårige børn, vil anonymitetsretten dog ophæves uanset, da alle har underretningspligt jf. Barnets lov. I praksis kan underretningen dog blive vanskelig, hvis ikke behandlingsstedet har nogen oplysninger på borgeren.

parret er meget bange for, at kommunen vil tvangsfjerne deres børn. De har begge paranoide tilbøjeligheder og vil ikke oplyse, hvem de er. De indleder et anonymt ambulant behandlingsforløb, som faciliteres af en socialrådgiveruddannet alkoholbehandler, der foruden alkoholbehandling, kan rådgive om den kommunale håndtering af børnesager. Efter nogle ugers behandling indvilger parret i at oplyse deres identitet og udarbejder sammen med socialrådgiveren på alkoholbehandlingsstedet en børneunderretning til kommunen, så deres børn kan få hjælp og forblive i familien.

Note: Et alkoholbehandlingssted i NHG's caseundersøgelse har bidraget med eksemplet, der bygger på virkelige personer, men er anonymiseret.

Ledere og medarbejdere på offentlige og private behandlingssteder understreger, at retten til anonymitet er vigtig for nogle borgeres mod på at starte i behandling. Samtidig erfarer de, at anonymiteten for nogle bliver mindre relevant, når borgerne har været i alkoholbehandling i et stykke tid.

Nogle borgere vælger i løbet af behandlingsforløbet at ophæve anonymiteten. Ifølge ledere og medarbejdere kan det skyldes, at borgerne ikke fuldt ud har forstået betydningen og konsekvenserne af anonymitetsretten. Nogle ledere og medarbejdere beskriver i den forbindelse, at der eksisterer en form for "misforstået anonymitet", hvor borgerne tror, at de skal være anonyme for at sikre, at deres behandler ikke videregiver deres oplysninger til andre offentlige systemer. Borgeren skal – uafhængigt af anonymitetsretten – give samtykke til videregivelse af oplysninger i forbindelse med behandling (jf. blandt andet §9, §10). NHG's undersøgelse viser, at borgernes behov i virkeligheden handler om at blive betrygget i, at behandlerne, uanset om de er anonyme eller ej, har tavshedspligt og ikke videregiver deres oplysninger medmindre der netop er bekymring for deres erhverv eller involverede børn.

Kun få borgere ønsker ifølge de offentlige behandlingssteder at opretholde anonymiteten i længere tid efter behandlingsopstart. Det skyldes også, at et ikke-anonymt forløb indebærer nogle fordele, som borgerne undervejs bliver gjort bevidste om – såsom mulighed for koordinering med egen læge, samt hensyntagen til andre diagnoser. Desuden peger NHG's brugerundersøgelse på, at ophævelsen af anonymiteten kan være et vigtigt trin til at mindske borgernes selvstigmatisering omkring alkoholproblemer, hvor de begynder at være åbne og ærlige om deres afhængighed. Samtidig viser data fra NAB dog, at der stadig er 16 % borgere i anonyme forløb i 2023, hvilket udfordrer oplevelsen af at flere vælger at ophæve anonymiteten løbende.

NHG's caseundersøgelse peger dertil på, at anonymitetsretten bidrager til nogle styringsmæssige udfordringer.

For det første oplever de offentlige behandlingssteder (i myndighedsrollen), at det er en udfordring, at de som betalere af behandlingen ikke har mulighed for at følge op på de anonyme borgeres forløb. Med opfølgning menes ikke deling af cpr-nr. (som jf. lovgivningen ikke er mulig), men først og fremmest deling af information om, at en borger fra deres kommune er opstartet i behandling samt information om behandlingstype- og længde. Denne udfordring omhandler især de anonyme borgere, som får behandling hos private behandlingssteder med offentlig finansiering. De offentlige behandlingssteder efterspørger information fra de offentligt finansierede

private behandlingssteder om de anonyme borgere fra deres kommune. De offentlige behandlingssteder oplever dog forskel i informationsniveauet.

I tilfælde af manglende information om anonyme borgere fra et offentligt finansierede privat behandlingssted, opstår der en skepsis hos de offentlige betalere (som i dette tilfælde er kommunen). Denne skepsis sker når nogle kommuner samtidig med manglende information oplever at modtage høje regninger fra private leverandører med offentlig finansiering uden god dokumentation. Blandt de offentlige betalere kan manglende deling af information og høje regninger for anonyme borgere skabe bekymring om, hvorvidt borgerne faktisk eksisterer.

Ovenstående udfordring forstærkes af, at Socialtilsynet heller ikke har mulighed for at føre tilsyn eller kontrol med anonyme borgeres forløb og offentlige midler, der anvendes (se også afsnit 7.3.3). Udfordringen illustreres i nedenstående citater:

"Det er umuligt at få indsigt i de borgere, de [offentligt finansierede private behandlingssteder] siger, at de har haft i forløb. Der er altid 100 % gennemførselsrate og mange anonyme borgere. Når vi spørger ind til borgerne, får vi ingen information" (Leder af offentligt behandlingssted)

"Vi er også udfordret af at få faktura fra anonyme forløb fra private behandlingssteder (m. offentlig finansiering). Det er vi begyndt at udfordre. Der er nogle eksempler på borgere, som går i behandling hos de private i lang tid (5-6 år), og det er vi begyndt at følge op på. Det er for at sikre, at vores borgere får det rette tilbud. Så vi kontakter behandlingsstederne for at se om, vi ikke kan tilbyde en lige så god eller anden behandling. Vi hører også, at andre kommuner er begyndt at følge op og udfordre de private behandlingssteder" (Leder af offentligt behandlingssted).

For det andet viser NHG's undersøgelse, at der er en generel udfordring i forhold til manglende dokumentation og data om de anonyme forløb – både hos offentlige behandlingssteder og ved de offentligt finansierede private behandlingssteder. I den forbindelse er det også en udfordring, at man ikke har kendskab til de anonyme borgere tilknytning til det øvrige sundhedsvæsen. Dette uddybes i afsnit 7.5.

På grund af de omtalte udfordringer fik udvalgte frikommuner i 2012-2015 lov til som et forsøg at fjerne muligheden for anonym alkoholbehandling. En evaluering af Rambøll og BDO fra 2016 af frikommuneforsøget viste, at efterspørgslen på anonymitet var begrænset, og at kommunerne lykkedes med at få størstedelen af borgerne til at gå i ambulant alkoholbehandling, selvom de ikke havde muligheden for anonymitet. Endeligt konkluderede evalueringen, at kommunerne ikke oplevede en ændring i det samlede antal af borgere, der søgte om alkoholbehandling trods den manglende mulighed for anonymitet.¹⁸⁷

¹⁸⁷ Rambøll & BDO, 2016. *Evaluering af frikommuneforsøg vedrørende retten til anonym ambulant alkoholbehandling.*

7.3 Godkendelse af offentligt finansieret alkoholbehandling og tilsynspraksis blandt alle alkoholbehandlingssteder

I dette afsnit vil vi indledningsvis beskrive betydningen af den frie etableringsret. Derefter vil afsnittet belyse, hvordan alkoholbehandlingssteder godkendes, og hvilke krav der stilles til private leverandører, som vil levere offentligt finansieret alkoholbehandling. Afslutningsvis vil en række forhold vedrørende tilsynene på alkoholbehandlingsområdet blive belyst.

7.3.1 Den frie etableringsret

På alkoholbehandlingsområdet eksisterer der en fri etableringsret. Det betyder, at offentlige såvel som private og selvejende aktører kan etablere sig som udbydere af alkoholbehandling uden at skulle leve op til særlige krav. Retten udspringer af ønsket om at skabe et åbent marked, der fremmer økonomisk frihed, konkurrence, innovation og fri bevægelighed.

Den frie etableringsret har bidraget til, at markedet for alkoholbehandling over tid er opstået, og at der er etableret en række forskellige private leverandører af alkoholbehandling. Det betyder, at man i dag kan få varierende behandling på det private marked. Det kan set fra sundhedsfagligt perspektiv være en udfordring, at der inden for et behandlingsområde ikke er defineret et minimumskrav til, hvad 'alkoholbehandling' skal indeholde, og hvilke kompetencer, der skal være til stede for at fungere som et 'alkoholbehandlingssted'.

Med den frie etableringsret er det desuden ikke muligt at styre antallet af private behandlingssteder og dermed den samlede behandlingskapacitet. Dertil kommer, at Socialtilsynet som udgangspunkt ikke forholder sig til kapacitetsbehovet, når de godkender offentlig finansieret behandling til private behandlingssteder, hvilket kan resultere i overkapacitet på det offentlige marked for alkoholbehandling. Dette er ikke en udfordring i de tilfælde, hvor en given kommune vælger at indgå en samarbejdsaftale med en privat leverandør, fordi de har behov for at øge deres behandlingskapacitet. Det bliver dog en udfordring, når denne private leverandør frit kan etablere en ny filial eller matrikel i en anden kommune, og når Socialtilsynet i godkendelsen af denne nye matrikel ikke forholder sig til behandlingskapaciteten – hverken i den givne kommune, hvor den nye filial etableres, eller på nationalt niveau.

7.3.2 Krav til behandlingssteder og godkendelsesprocedure for offentligt finansieret behandling

De manglende krav til kvaliteten af alkoholbehandling samt fraværet af klare ydelsesmæssige definitioner (på ambulant, dag- og døgnbehandling) gør sig både gældende for alkoholbehandlingsstederne med privat og offentlig finansiering.

Som tidligere nævnt er der to overordnede krav for at blive godkendt som behandlingssted til offentligt finansieret alkoholbehandling. Hvis behandlingen foregår på et alkoholbehandlingssted, som ikke er etableret af kommunalbestyrelsen selv, skal behandlingsstedet: 1) være godkendt efter § 5 i lov om socialtilsyn, og 2) have en aftale med minimum én kommune for at kunne indgå i kommunalbestyrelsens tilbud om alkoholbehandling.

De offentlige behandlingssteder udtrykker bekymring om en godkendelsesmodel. Med godkendelsesmodellen kan en privat leverandør, der er godkendt af én kommune til

offentlig finansieret behandling, i dag tilbyde behandling til alle borgere i landet. Det betyder, at lovgivningen reelt tillader én kommune at godkende en leverandør på vegne af de øvrige 97 kommuner. I NHG's undersøgelse kritiseres dette, fordi kommunernes serviceniveau kan variere, og det derfor kan være forskelligt, hvilke tilbud og serviceniveau, kommunerne vil vælge at godkende.

Set fra et effektiviseringsperspektiv kan det være rationelt, at én kommune bidrager til at godkende et offentligt finansieret behandlingstilbud for alle øvrige kommuner. Udfordringen er ifølge en af undersøgelsens faglige eksperter, at hele godkendelsesproceduren ikke hviler på en veldefineret ydelse. Det vanskeliggør processen og skaber ikke ensartede godkendte tilbud. Det er også en væsentlig styringsmæssig udfordring, at en kommune (gennem sin godkendelse) kan øge landets samlede behandlingskapacitet, da borgere fra hele landet i princippet kan møde ind på tilbuddet. Det skyldes, som tidligere nævnt, at Socialtilsynet ikke tager stilling til behandlingskapaciteten i det givne område og på landsplan, når de godkender nye behandlingssteder fra private leverandører.

Socialtilsynets godkendelse af en privat leverandør baserer sig på kriterier i tilsynets kvalitetsmodel og en række økonomiske forhold, f.eks. et revisorpåtegnet årsregnskab. Det skyldes, at de offentlige tilbud er underlagt tilsvarende i den kommunale revision. Argumentationen er, at Socialtilsynet undersøger dette ved de private tilbud for at ligestille dem med de offentlige tilbud, da de offentlige tilbud ellers vil være underlagt strammere regler for ansvarlig anvendelse af offentlige midler. Socialtilsynet vurderer ikke kvalitetsniveauet for ambulant alkoholbehandling, da der ikke eksisterer veldefinerede ydelser på området (også forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende).

En af bekymringerne fra de offentlige behandlingssteder omhandler, at der er set eksempler på, at en privat leverandør, som er godkendt til offentligt finansieret alkoholbehandling i én kommune, opretter filialer andre steder i landet. På følgegruppemøderne er dette blevet rejst som en udfordring. NHG's undersøgelse viser dog, at denne udfordring i praksis ikke burde være så stor, idet leverandøren skal have en ny godkendelse hos Socialtilsynet til at åbne en filial på en anden geografisk lokation. Socialtilsynet forklarer, at en oprettelse af en ny filial er en væsentlig ændring af et eksisterende behandlingssteds (koncerns) virke og betyder, at Socialtilsynet skal besigtige de nye faciliteter, udbuddet og personalesammensætningen.

NHG's undersøgelse viser, at godkendelsesmodellen har ført til en modvilje blandt de offentlige behandlingssteder over for en række private leverandører på markedet for offentlig finansieret alkoholbehandling. Behandlingsstederne og tilsynene giver udtryk for, at der er opstået en stigende tilbageholdenhed fra kommunernes side med at lukke nye private leverandører ind på markedet. På længere sigt kan kommunernes tilbageholdenhed betyde, at private leverandører, der tidligere har været godkendt til at levere offentlig finansieret ambulant behandling, bliver udelukket fra markedet, når deres aftaler udløber uden mulighed for fornyelse eller konkurrence.

"Vi har ikke længere samarbejdsaftaler med private, som vi tidligere havde. For når én kommune indgik en aftale, betød det, at andre kommuner også skulle betale,

hvis deres borgere benyttede tilbuddet [hvilket var en udfordring]." (Leder af offentligt behandlingssted).

Denne situation kan betyde, at muligheden for at etablere sig som privat alkoholbehandlingssted vanskeliggøres, og at konkurrencen mellem offentlige og private leverandører og mellem de private leverandører mindskes. Hvis antallet af private leverandører mindskes, og kommunerne ikke vælger at oprette tilsvarende, vil der være et mindre udbud af tilbud til borgerne, hvilket også kan medføre kapacitetsudfordringer.

NHG's caseundersøgelse har vist, at der er forskelle mellem de offentlige og private behandlingssteder bl.a. med hensyn til personalets uddannelsesmæssige baggrund og anvendte behandlingsmetoder. En indsnævring i udvalget af behandlingstilbud kan derved også have negative konsekvenser for borgernes valgmuligheder, herunder mulighederne for at imødekomme deres forskellige ønsker og behov. En af de faglige eksperter, som har bidraget til NHG's undersøgelse, uddyber videre, at med færre tilbud vil konkurrencen mellem leverandører blive forringet, og det kan resultere i et forringet kvalitetsniveau.

Godkendelse på andre områder

Godkendelse af private leverandører til levering af offentlig finansieret tilbud sker også inden for andre dele af sundheds- og socialområdet. For eksempel bliver der af flere omgange i NHG's undersøgelse henvist til stofområdet.

På stofområdet skal leverandører på stofbehandlingsområdet på samme måde godkendes af Socialtilsynet. Hvis den private leverandør godkendes, skal leverandøren imidlertid indgå en samarbejdsaftale med hver enkelte kommune om behandling. En sådan samarbejdsaftale beskriver vilkår og betingelser for leveringen af behandlingsydelser, herunder finansiering, visitationsprocedurer og behandlingsforløb. Der kan være forskel på kommunernes krav og procedurer i forhold til indgåelse af disse samarbejdsaftaler på stofområdet, da kommunerne kan have forskellige serviceniveauer.

På stofområdet har kommunen desuden visitationsmyndighed og står for at henvise borgere til stofbehandling indenfor 14 dage. Det betyder, at selvom der eksisterer et offentligt finansieret marked med offentlige såvel som private leverandører for stofbehandling, skal en kommune på baggrund af deres visitation godkende borgernes valg af behandling hos en privat leverandør. Visitationen kan i den sammenhæng overkomme nogle problemstillinger i forhold af valg af leverandør for den enkelte og hermed sikre et kendt behandlingsgrundlag og pris. Dette er anderledes end på alkoholbehandlingsområdet, hvor en borger som nævnt frit selv kan henvende sig til ambulant behandling uden visitering fra kommunen. Dog er målgrupperne for alkohol- og stofbehandling forskellige, hvorfor det ikke er muligt at lave en fuldstændig sidestilling af visitationsforholdene.

Modellen på stofområdet med lokale samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og leverandører i kombination med den kommunale visitation til alle typer eller niveauer af stofbehandling, giver den betalende kommune større kontrol med udgifter og serviceniveau. Det skal understreges, at en kommune på stofområdet ikke kan afvise et tilbud på grund af en højere pris, men kun hvis indholdet ikke stemmer overens med

det behov, deres visitation har afdækket og kommunens serviceniveau. Dette opleves nogle tilfælde som en udfordring.

Samme model, som på stofområdet, gør sig gældende på det specialiserede socialområde. Her foreslog ekspertudvalget på socialområdet (Tranæs-udvalget) at ændre betingelserne, så en borger ikke kan vælge en dyrere løsning for at imødekomme ovennævnte udfordring.¹⁸⁸ I dag kan kommunerne afvise et tilbud, der er 'væsentligt' dyrere, men ekspertudvalget foreslog at slette 'væsentligt', så kommunerne kan få ret til at afvise ethvert tilbud, der er dyrere, end det tilbud, som kommunen vurderer, kan tilgodese borgerens behov jf. Servicelovens §108 og 192. Det kræver dog, at der er et konkret serviceniveau at hægte sine ydelser op på. Modellen betyder, at den betalende kommune ikke får de samme økonomisk-styringsmæssige udfordringer, som eksisterer på alkoholbehandlingsområdet i dag.

7.3.3 Tilsynsordning

Tilsynsordningen på alkoholbehandlingsområdet spiller en afgørende rolle i at sikre patientsikkerheden og kvaliteten af behandlingerne. Alkoholbehandlingsstederne er som nævnt i kapitel 2 underlagt to forskellige tilsynsinstanser - det sundhedsfaglige tilsyn og det socialfaglige tilsyn.

I Tabel 7 opsummeres de to typer af tilsyn, som behandlingsstederne er underlagt afhængigt af deres faglige sammensætning, tilgængelige behandling og behandlingsstedets finansieringsform. Tabellen viser, at de offentligt finansierede behandlingssteder, hvad end de er offentlige eller private, har socialfagligt tilsyn, men at de privatfinansierede behandlingssteder ikke har dette tilsyn. De privatfinansierede er underlagt sundhedsfaglige tilsyn, hvis de udfører sundhedsfaglige opgaver.

¹⁸⁸ Ekspertudvalget på socialområdet Endelig rapport: Anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på socialområdet. April 2024

Tabel 15 Oversigt over hvilke typer tilsyn forskellige behandlingssteder er underlagt

Type behandlingssted	Udfører sundhedsfaglige opgaver og har sundhedsfagligt personale ansat			Udfører <i>ikke</i> sundhedsfaglige opgaver og har <i>ikke</i> sundhedsfagligt personale ansat eller personale som udfører opgaver efter instruktion af sundhedspersonale		
	Offentligt	Offentligt finansieret privat	Privat finansieret	Offentligt	Offentligt finansieret privat	Privat finansieret
Underlagt socialfagligt tilsyn?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Underlagt sundhedsfagligt tilsyn?	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej

Det socialfaglige og sundhedsfaglige tilsyn har forskellige formål og ansvar.

Det sundhedsfaglige tilsyn ved Styrelsen for Patientsikkerhed har et overordnet ansvar for patientsikkerheden og tilsyn med de medicinske og kliniske aspekter af en behandling. Tilsynet har beføjelse til at gribe ind med det samme og evt. lukke et behandlingssted, hvis der konstateres alvorlige brud på patientsikkerheden.

Det sundhedsfaglige tilsyn er et nationalt tilsyn, som er geografisk delt i to tilsynsafdelinger, øst og vest. Tilsynet arbejder ud fra en risikobaseret tilsynsmodel. Modellen skal sikre, at tilsynsindsatsen overordnet rettes mod områder med størst risiko, skaber målrettede forbedringer og anvender ressourcer effektivt. Modellen bygger på tre forhold:

- 1) En risikovurdering på baggrund af tidligere tilsynsdata, klager, utilsigtede hændelser og stedets egenrapportering.
- 2) Nationale temaområder, som årligt udvælges fx medicin håndtering eller patientsikkerhedskultur, baseret på aktuelle trends og udfordringer.
- 3) En prioriteret tilsynsindsats ud fra en evidensbaseret vurdering af, hvor der er størst sandsynlighed for problemer.

Det socialfaglige tilsyn ved Socialtilsynet har til formål at sikre, at borgeren ydes en indsats, der er i overensstemmelse med formålet for offentlige og private tilbud efter lov om social service. Socialtilsynets opgavevaretagelse er baseret på en national tilgang, som understøtter systematisk, ensartet, uvildig og faglig kompetent varetagelse af tilsynsopgaven, kombineret med kommunalt kendskab, indsigt og ansvar.

Tilsynet har to opgaver: De godkender tilbud, der er omfattet af serviceloven og sundhedsloven, jf. §4. stk. 4 i lov om socialtilsyn, og de har ansvaret for driftstilsyn med de godkendte tilbud for at sikre, at de lever op til gældende krav og standarder. Socialtilsynet rejser bekymringer, hvis der er problemer i tilbuddene og følger op med besøg og dialog for at sikre, at fejl og mangler bliver udbedret. Socialtilsynets har følgende sanktionsmuligheder: Påbud, skærpet tilsyn, lukning af tilbud og at give fem års lederkarantæne.

Socialtilsynet består af fem kommunale tilsyn, der geografisk er fordelt mellem de fem regioner. Tilsynet anvender en generel kvalitetsmodel, der gælder for alle sociale tilbud underlagt socialfagligt tilsyn. Kvalitetsmodellen har til formål at sikre, at tilbuddene understøtter borgerens potentiale for at uddanne sig, komme i beskæftigelse, indgå i sociale relationer og have selvbestemmelse, samt at borgeren trives og har mulighed for at være selvstændig. Derudover er det et kriterium, at behandlingsstedet arbejder systematisk med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse og anvender faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne, samt at de arbejder med resultatdokumentation.

De socialfaglige tilsyn undersøger derudover også behandlingsstedets fysiske rammer, økonomi og regnskab, normering, samt hvorvidt medarbejdernes kompetencer, sammensætning og uddannelser er relevante og allokeret på den mest hensigtsmæssige måde, samt om ledelsen er kompetent.

Socialtilsynet fremhæver, at de primært oplever, at der kan være kvalitetsudfordringer relateret til størrelsen på behandlingsstederne og de tilstedeværende faglige kompetencer. I den forbindelse, oplever Socialtilsynet ikke udtalte forskelle i kvaliteten på offentlige behandlingssteder og private behandlingssteder med offentlig finansiering. NHG's undersøgelse peger på, at dette også gælder for det sundhedsfaglige tilsyn, som beskriver, at de ikke skelner mellem offentlige og private leverandører, og at de ikke har mulighed for at opgøre resultaterne af deres tilsyn på ejerforhold.

NHG's caseundersøgelse viser, at det i perioder kan være omfattende for et behandlingssted at være underlagt to tilsynsordninger. Fra behandlingsstedernes perspektiv kan det at blive kontrolleret af flere tilsynsmyndigheder betyde en betragtelig administrativ byrde, fordi de skal navigere i forskellige tilsynsmodeller. Behandlingsstederne oplever, at det kræver både tid og ressourcer, som de kunne have brugt på deres primære opgave: At sikre høj kvalitet i behandlingen.

Repræsentanter fra begge tilsyn påpeger, at behandlingssteder sjældent kan se samme værdi i deres tilsynsbesøg, fordi det ikke er rart at blive monitoreret af tredje part. Tilsynene beskriver dog, at selvom behandlingsstederne kan være underlagt to forskellige tilsyn, giver det ikke i praksis nogle udfordringer for dem, idet de grundlæggende har fokus på forskellige forhold. Det sundhedsfaglige tilsyn har fokus på den sundhedsfaglige behandling, som er et afgrænset område i alkoholbehandlingen, mens Socialtilsynet har fokus på det samlede alkoholbehandlingstilbud, herunder målgrupper, socialfaglige metoder og resultater.

Ifølge NHG's caseundersøgelse oplever behandlingsstederne, at tilsynsprocesserne er meget formaliserede med varierende relevans i fokusområder, f.eks. gennemgang af fakturaer fremfor af behandlingsmetoder. Socialtilsynet forklarer, at hvis ikke de har bekymringer om behandlingsforhold, fokuserer de på bl.a. behandlingsstedernes økonomi. Dog har Socialtilsynet på private behandlingssteder med offentlig finansiering et større fokus på gennemgang af regnskaber (jf. tidligere forklaring), da de har en forpligtelse for at sikre, at de offentlige midler ikke misbruges. Tilsynet kan også have et særligt fokus på de organisatoriske rammer, ejerskabsforhold, forretningsmodeller, budgetter og lønninger hos de private behandlingssteder, især hvis der er tale om profitdrevne private organisationer. Der kan dog være vanskeligheder med at

kontrollere en række regnskabsmæssige og ejermæssige forhold, f.eks. i tilfælde hvor kapitalfonde opkøber og organiserer sig med et holdingselskab¹⁸⁹. Ifølge en af undersøgelsens faglige eksperter kræver det samtidig specialiserede kompetencer en at føre tilsyn med de regnskabstekniske forhold.

På følgegruppemødet blandt de private leverandører (og repræsentanter heraf), blev der peget på, at tilsynsreglerne, for så vidt angår tilbuddenes økonomi, er forskelligt afhængigt af om socialtilsynet sker på private eller offentlige behandlingssteder. Dansk Erhverv og Selveje Danmark peger på, at det er en udfordring, at de offentlige behandlingssteder ikke er underlagt samme økonomiske tilsyn, som de private, da det kan forvride markedet og skabe ulige markedsvilkår for offentligt finansieret alkoholbehandling. Repræsentanter fra Socialtilsynet understreger imidlertid, at de ikke skelner mellem offentlige og private leverandører under tilsynet. De bruger de samme regler og den samme kvalitetsmodel. Ifølge Socialtilsynet er årsagen til, at der er økonomiske forhold, som alene undersøges blandt private leverandører, at offentlige behandlingssteder er underlagt tilsvarende økonomisk tilsyn, blot i den kommunale revision. Altså foretager Socialtilsynet dette økonomiske tilsyn for, at offentlige og private behandlingssteder underlægges sammenlignelige tilsyn.

Flere ledere fra både offentlige og offentligt finansierede private behandlingssteder udtrykker utilfredshed med, at tilsynsordningen i dens nuværende form ikke i tilstrækkelig grad tager højde for behandlingsstedernes forskelligartede målgrupper og dermed behov. Der er for eksempel forskel på de udfordringer, der findes hos små behandlingssteder sammenlignet med større behandlingssteder. Tilsynene opleves af nogle personer i NHG's undersøgelse som værende for standardiserede, hvilket skaber uensartede vilkår for de forskellige aktører på markedet.

I NHG's undersøgelse peger offentlige såvel som private aktører på det forhold, at der ikke eksisterer bindende kvalitetsstandarder, som kunne være udgangspunktet for den faglige vurdering af behandlingsstedet metoder og indhold. De giver udtryk for, at det er en udfordring, da det ikke giver grundlaget for et fagligt funderet tilsyn.

En anden og selvstændig pointe i NHG's undersøgelse er, at Socialtilsynet har svært ved at føre tilsyn med anonyme forløb, som nævnt tidligere. Her menes ikke kontrol via cpr-nr., men manglende mulighed for at følge borgere i anonyme forløb. Det skyldes, at tilsynet ikke kan tjekke om borgerne findes, hvilken behandling borgeren har fået, hvor meget og af hvilket personale. Ligesom det ikke er muligt at følge op på typer af behandlingsforløb i anonyme forløb. Socialtilsynet efterspørger selv en løsning, hvor de som tilsynsmyndighed kan få lov til at se cpr. nummeret, selvom borgeren er i anonym behandling. Anonymiteten skal i den model kun være overfor dem, der er behandlere, men ikke for de tilsynsførende. Blandt de bidragende faglige eksperter i nærværende undersøgelse samt caseundersøgelsen fremhæves den manglende tilsyns kontrol med anonyme forløb, som en vigtig udfordring, idet der bør kunne føres kontrol med alkoholbehandling for offentlige midler.

¹⁸⁹ Denne pointe har professor Torben Tranæs fremført, da en parallel situation gør sig gældende på socialområdet.

7.4 Rammerne for prissætning og budgetstyring af offentlig finansieret behandling

I dette afsnit beskrives de økonomiske styringsmuligheder af alkoholbehandlingen. Kommunerne oplever en række udfordringer i forhold til prissætning og budgetstyring, grundet de lovgivningsmæssige rammer, samt det forhold, at der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (også forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende) samt markedsvilkårene.

I de følgende afsnit skitseres disse udfordringer.

7.4.1 Prissætning og kommunernes budgetstyring

Alkoholbehandling i Danmark opererer i dag som nævnt under markedslignende vilkår, der fremmer konkurrence mellem alle leverandører af offentligt finansieret behandling samt på det private marked. Et velfungerende marked kræver gennemsigtighed i priser, kvalitet og behandlingsforløb på tværs af leverandørerne.

Markedslignende vilkår findes på andre social- og sundhedsområder i Danmark, såsom friplejehjem og privathospitaler. På friplejehjemsområdet konkurrerer private aktører også med offentlige leverandører under borgernes frie valg af plejehjem, men de private aktører er stadig underlagt offentlige finansieringsmodeller og reguleringer. En central forskel til det ambulante alkoholbehandlingsområde er dog, at man som borger skal visiteres til et plejehjem af kommunen. Privathospitaler er et andet eksempel, der understøtter en del af den offentlige kapacitet via henholdsvis den nationale aftale om det udvidede frie sygehusvalg og regionale udbud på konkrete aktiviteter. Her stilles der krav om ensartet rapportering, kvalitetsstandarder og prisrammer, hvilket gør det muligt at sammenligne tilbuddene. Dette adskiller sig fra alkoholbehandlingsområdet, hvor tilbuddene er mere vanskelige at sammenligne.

COWI og Decides afdækning fra 2019 såvel som NHG's undersøgelse fra 2024 peger på, at det nuværende system på alkoholbehandlingsområdet har udfordringer med at leve op til principperne om et effektivt, ensartet og gennemsigtigt marked. En af de største udfordringer består i prissætningen af ambulante behandlingsforløb, hvor det er uigennemsigtigt, hvordan forskellige leverandører, sammensætter og prissætter deres behandlinger. Det gælder både offentlige og offentligt finansieret private behandlingssteder. For kommunerne (som i dette tilfælde er den offentlige betaler) er det uklart, hvad de betaler for hos offentligt finansierede private tilbud, da borgeren selv kan initiere behandlingen hos en leverandør, samt hvad de i sidste ende skal betale for en borgers forløb, da prisen kan variere mellem behandlingssteder.

Ovenstående gælder kun i tilfælde, hvor en borger vælger at modtage behandling ved et behandlingssted, som borgerens hjemkommune ikke selv har indgået en samarbejdsaftale med. En gennemgang på Tilbudsportalen viser, at priserne på alkoholbehandlingsforløb ikke fremgår for alle offentligt finansierede selvejende og private behandlingssteder. Der kan i den forbindelse ikke konstateres nogen systematik i, for hvilke behandlingssteder og -typer priser fremgår af Tilbudsportalen. Det er altså en udfordring, at man ikke kan se de aftalte offentlige priser. Selvom alle priser fremgik af Tilbudsportalen ville den tidligere nævnte udfordring om, at den betalende myndighed ikke får tilstrækkelig med information ved behandlingsopstart og senere løbende status på progression i behandlingen, stadig give udfordringer i forhold til pris og budgetstyring for kommunerne.

Dansk Erhverv og Selveje Danmark fremlægger omvendt, at der ikke er gennemsigtighed om omkostningerne for kommunale alkoholbehandlingsforløb, og at det er en udfordring, fordi det er uklart for de offentligt finansierede private behandlingssteder, hvilke prisniveauer de offentlige behandlingssteder har. Herunder også indirekte omkostninger såsom husleje, vand, varme, HR, IT og andre supportfunktioner, der i dag opgøres forskelligt mellem offentlige og ikke-offentlige tilbud. Der fremlægges for eksempel ikke årsregnskab for de offentlige behandlingssteder, hvilket giver manglende gennemsigtighed.

Ovenstående problematik resulterer i manglende gennemsigtighed i prissætningen for både de offentlige og private behandlingssteder med offentlig finansiering.

Alkoholbehandlingen har styringsmæssigt paralleller til ydelser på socialområdet (kvindekrisecentre efter servicelovens § 109 samt boformer efter servicelovens § 110 forsorgshjem og herberger). Ekspertudvalget på socialområdet fremhæver i deres analyse fra 2023, at markedet på socialområdet havde nogle økonomiske- og styringsmæssige udfordringer, som er i tråd med dem vi finder på alkoholområdet:

"Til forskel fra andre servicelovstilbud er taksterne for forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre bindende, og taksten svarer dermed til prisen. Som sikkerhed er der krav om, at taksterne for forsorgshjem mv. og kvindekrisecentre skal være revisorpåregnede. Uagtet heraf har kommunen som betalende myndighed ikke mulighed for at forhandle prisen fx på baggrund af kommunens vurdering af støttebehov. Forsorgshjem og herberg samt kvindekrisecentre kan derfor have incitament til at yde en øget indsats for borgeren og dermed fastsætte en højere takst som følge af øgede udgifter."¹⁹⁰

Som tidligere nævnt kan offentligt finansierede private alkoholbehandlingssteder også fakturere kommunerne for den fulde takst for et ambulante behandlingsforløb uden, at kommunen har vurderet konkrete behandlingsbehov hos borgeren eller taget højde for det kommunalt besluttede serviceniveau. Ligesom for ovennævnte servicelovstilbud, kan det skabes et incitament blandt de offentligt finansierede private alkoholbehandlingssteder til at yde en øget behandlingsindsats for borgerne, da leverandøren dermed kan fakturere kommunen en højere pris. Omvendt understreger de offentligt finansierede private behandlingssteder, at de altid vurderer borgerens behandlingsbehov lægefagligt med afsæt i sundhedsloven.

Udfordringen er således, at samme ydelse (fx ambulante behandling) kan prissættes meget forskelligt, både blandt offentlige behandlingssteder og blandt offentligt finansierede private behandlingssteder. Disse varierende prissætninger hænger sammen med intensiteten af behandlingsforløbet, samt kommunernes individuelle fastsættelse af eget serviceniveau. Dette resulterer naturligt i varierende offentligt finansierede behandlingstilbud og varierende priser, som ikke i sig selv er en udfordring, men blot en del af det kommunale selvstyre. Udfordringen opstår set fra et økonomistyringsperspektiv, da offentlige betalere kan risikere at betale for en borgers behandling ved en takst og serviceniveau fastsat af en anden kommune, idet der ikke

¹⁹⁰ Sekretariatet for Ekspertudvalget på socialområdet, 2023. *Analyse af markedet på socialområdet*, s. 12.

er fast sat et øvre topniveau for offentlig finansieret behandling. De offentlige betalere (som i dette tilfælde er kommunen) peger i NHG's undersøgelse på, at hvis ydelsen var defineret ved en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende), kan kommunerne på den baggrund fastsætte deres serviceniveau.

De faglige eksperter, som har bidraget til undersøgelsen, peger ligesom NHG's caseundersøgelse på en udfordring med et varierende pris-, kvalitets- og serviceniveau i den ambulante alkoholbehandling, som følge af, at der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (gennemsigtighed om omkostningerne for kommunale alkoholbehandlingsforløb) og dertilhørende takster. En leder i alkoholbehandlingen udtrykker det sådan:

"... indførelse af kvalitetsstandarder eller et prisloft kunne også være en mulighed, men det skal være ledsaget af kvalitetskrav. Tillid mellem kommuner og private leverandører er afgørende." (Leder fra offentlig finansieret privat behandlingstilbud)

Derudover er manglende viden om antallet af borgere i behandling en udfordring for kommunerne i forhold til budgetstyring. En kommune fastsætter typisk en økonomisk ramme for, hvor mange midler der forventes brugt på alkoholbehandling hvert år - ofte inden for et samlet budget på rusmiddelområdet. Kommunerne må kalkulere med en vis økonomisk buffer for at kunne håndtere, hvis et større antal borgere end forventet ønsker behandling et givent år.

NHG's caseundersøgelse viser i den sammenhæng, at manglen på forudsigelighed skaber budgetmæssige udfordringer for kommunerne. Lederne af de offentlige behandlingssteder giver udtryk for, at de kan blive tvunget til at træffe uhensigtsmæssige beslutninger som led i økonomiske prioriteringer inden for den samlede kommunale økonomi for at håndtere uforudsete budgetudgifter. Det kan i sidste ende påvirke kvaliteten og tilgængeligheden af den offentlige alkoholbehandling.

7.4.2 Erfaringer fra andre områder

Der er andre social- og sundhedsområder, hvor der kan drages paralleller til alkoholbehandlingsområdet. NHG's undersøgelse har tidligere peget på friplejehjem og privathospitaler, som områder, hvor lignende styringsudfordringer er forsøgt overkommet. De to områder illustrerer forskellige samarbejdsformer mellem offentlige og private aktører og kan inspirere til strukturer på alkoholbehandlingsområdet, hvor man både kan drage nytte af lokal tilpasning og national ensartethed.

Friplejehjem og privathospitaler adskiller sig ved deres lokale og nationale forankring. Friplejehjem er lokalt forankrede, da deres etablering og drift afhænger af kommunale forhåndsaftaler og godkendelser, hvilket kræver tæt samarbejde med den enkelte kommune. Privathospitaler opererer derimod under en national aftale om udvidet frit sygehusvalg, som sikrer ensartede vilkår og kvalitetskrav på landsplan, uafhængigt af lokale beslutninger. I det følgende gennemgås de to modeller.

Friplejehjem

Friplejehjem og alkoholbehandling har ligheder, når det gælder borgernes frie valg og konkurrence mellem offentlige og private aktører. På friplejehjemsområdet kan private aktører oprette tilbud, men for at modtage borgere kræves en forhåndsaftale med

kommunen. Det betyder, at kommunen allerede før etableringen vurderer, om de ønsker at benytte friplejehjemmet. Dette er modsat alkoholområdet, som ikke kræver en forhåndsftale med kommunerne forud for etablering (såfremt de allerede er godkendt af Socialtilsynet til at udbyde offentlig finansieret alkoholbehandling).

Tilblivelsen af friplejehjem er en krævende proces, da den indebærer en lokal godkendelsesproces, som kan afholde mange private aktører fra at etablere sådanne tilbud.¹⁹¹ Denne proces kræver tæt dialog og tilpasning til kommunens behov, hvilket gør oprettelsen både kompleks og ressourcekrævende. Tilblivelsen og processen for friplejehjem står i kontrast til alkoholbehandling, hvor private behandlingssteder kan tilbyde offentligt finansieret behandling uden krav om en kommunal forhåndsftale.

Nedenfor beskrives tre centrale strukturer på friplejehjemsområdet, som kan bidrage til at løse den type udfordringer, der ses på alkoholbehandlingsområdet.

For det første drives friplejehjem uden for det kommunale system, men hvor opholdsbetalingen er offentligt finansieret af borgerens hjemkommune. Kommunerne har pligt til at dække udgifterne for en borger, der er visiteret til en plejehjemsplads på et friplejehjem på samme måde som for borgere, der bor på et kommunalt plejehjem. Friplejehjemmene kan dog kun opkræve kommunale betalinger inden for bestemte rammer og serviceniveauer. Denne struktur sikrer, at der er en klar forbindelse mellem den ydelse, der aftales og leveres, og den pris, der betales af kommunen, hvilket giver gennemsigtighed og økonomisk kontrol. Modellen ses også på friskoleområdet, der har eksisteret i mange år.

For det andet er friplejehjem forpligtet til at overholde de nationale eller kommunale retningslinjer for prissætning, så der ikke opkræves uforholdsmæssigt høje priser for ydelserne. Det system forhindrer vilkårlige prisstigninger og giver kommunerne forudsigelighed i forhold til deres budgetter. Friplejehjem kan dog tilbyde ekstra ydelser, som borgerne kan vælge at betale for af egen lomme, hvilket giver fleksibilitet, men uden at belaste de offentlige budgetter.

For det tredje er friplejehjemmene forpligtet til at dokumentere deres forløb og rapportere tilbage til kommunen om borgernes udvikling. Denne rapportering er ikke kun nødvendig for at sikre, at plejen lever op til standarderne, men også for at sikre, at kommunen har kontrol over, hvilke ydelser der bliver leveret, og at de matcher de takster, som kommunen betaler for.

Erfaringerne med friplejehjem viser, at den nuværende godkendelsesproces og prissætningsmodel for friplejehjemmene generelt fungerer godt, men at der stadig er udfordringer. Ifølge en evaluering fra VIVE oplever både kommuner og friplejehjem overordnet set, at afregningssystemet er rimeligt og sikrer sammenhæng mellem kommunale omkostninger og serviceniveauer, fordi der er etableret økonomiske rammer for, hvad friplejehjem kan opkræve og dermed bedre forudsigelighed og transparens i økonomien.¹⁹² En udfordring er dog, at mange friplejehjem oplever vanskeligheder med at gennemskue de kommunale takstberegninger. Det skyldes

¹⁹¹ <https://www.horten.dk/viden/artikel2023/friplejeboliger-hvem-og-hvordan>

¹⁹² VIVE, 2023. *Evaluering af afregningssystemet for friplejehjem*.

komplekse beregningsmetoder og manglende gennemsigtighed, hvilket gør det svært for friblejehjemmene at sikre, at de får en retvisende betaling. Denne udfordring er sammenlignende med de private leverandører af offentlig finansieret alkoholbehandling.

Privathospitaler

Alkoholbehandlingsområdet kan sammenlignes med privathospitalerne, fordi begge områder omfatter et samarbejde mellem offentlige og private aktører under en ramme, der sikrer borgerens frie valg.

Privathospitalerne i Danmark understøtter den offentlige sundhedskapacitet gennem en struktureret samarbejdsmodel, der hviler på den nationale aftale om udvidet frit sygehusvalg samt regionale udbud af specifikke ydelser. Denne model består af flere nøgleelementer, som skaber et formaliseret og standardiseret samarbejde mellem offentlige og private aktører.

Nedenfor beskrives fem centrale principper på privathospitalsområder, som kan have bidraget til at løse den type udfordringer, der ses på alkoholbehandlingsområdet.

For det første er den nationale aftale om udvidet frit sygehusvalg, reguleret af Sundhedslovens §87, indgået mellem Danske Regioner og privathospitalernes brancheorganisation. Aftalen giver patienter ret til at vælge behandling på et privathospital, hvis ventetiden i det offentlige system overstiger de fastsatte grænser (typisk 30 eller 60 dage afhængigt af behandlingen). For at et privathospital kan deltage i denne aftale, skal det gennemgå en godkendelsesproces og leve op til fastsatte krav.

For det andet skal privathospitaler godkendes til at tilbyde specifikke behandlinger under aftalen. Godkendelsen omfatter en vurdering af, om hospitalet lever op til kvalitetsstandarder, og sikrer, at de kan tilbyde den nødvendige ekspertise til de pågældende ydelser.

For det tredje er privathospitalerne under aftalen forpligtede til løbende at arbejde med kvaliteten af deres behandlingstilbud. Dette indebærer, at hospitalerne skal følge nationale standarder og gennemgå evalueringer og audits for at sikre, at deres ydelser opfylder de krav, der stilles til offentligt finansieret sundhedsydelser.

For det fjerde specificeres hver behandlingsydelse med en beskrivelse af patientgruppen, relevante procedurer og opfølgingskrav. Priserne for de enkelte ydelser er også fastsat, hvilket sikrer transparens og sammenlignelighed for både patienter og offentlige myndigheder.

Til sidst vælger regionerne at gennemføre udbud for visse ydelser med stor privat aktivitet, hvor private hospitaler konkurrerer på pris. Disse udbud følger ofte de faglige retningslinjer i rammeaftalen om udvidet frit sygehusvalg, hvilket sikrer, at der er et ensartet kvalitetsniveau og fagligt grundlag på tværs af udbydere.

Privathospitalernes samarbejdsmodel med det offentlige er baseret på en struktureret, national aftale, som sikrer ensartethed og transparens i hele landet. I modsætning hertil er alkoholbehandlingsområdet præget af en decentral model, hvor der ikke findes en tilsvarende national rammeaftale. Her afhænger samarbejdet med private aktører af kommunale beslutninger og individuelle samarbejdsaftaler, hvilket resulterer i større variation i standarder og praksis på tværs af kommunerne.

7.5 Data og dokumentation i alkoholbehandlingen

I dette afsnit vil vi undersøge, hvilke dokumentationskrav der er til alkoholbehandlingen, og hvordan data anvendes i praksis på behandlingsstederne i dag.

Som nævnt i kapitel 1 er det lovpligtigt for både offentlige og private alkoholbehandlingssteder, der udfører offentlig finansieret alkoholbehandling, at indberette data til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Dermed er der kun krav om dokumentation for den offentligt finansierede behandling, mens private behandlingssteder, der behandler privatbetalere, kan vælge frivilligt at indberette data i NAB.

Formålet med NAB-registeret er at tilvejebringe statistiske oplysninger, der viser udviklingen for personer i behandling for alkoholafhængighed. Disse oplysninger anvendes til overvågning (nationalt og kommunalt), politisk og faglig planlægning samt forskning og evaluering af behandlingskvalitet. Registeret indeholder baggrundsoplysninger om borgeren samt information om rusmiddelbrug, udredning og behandling.

NHG's undersøgelse viser, at data og dokumentation inden for alkoholbehandlingsområdet i praksis kan anvendes på forskellige niveauer. På nationalt niveau er der behov for data, der kan understøtte den nationale indsats på alkoholbehandlingsområdet og danne grundlag for beslutningstagning, herunder udvikling af behandlingskvaliteten. Det er denne type data, der indsamles i NAB og som også bidrager til forskning. Derudover er der data, som anvendes på det enkelte behandlingssted til at monitorere, planlægge, dokumentere og udvikle egen behandlingsindsats. Disse data kan f.eks. omfatte brugerfeedback og evalueringer, samt lokal monitorering af behandlingsforløb.

Analyser fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) viser, at private behandlingssteder uden offentlig finansiering generelt ikke udnytter muligheden for frivilligt at indrapportere data til NAB. Det betyder en mangel på viden om antal borgere i behandling samt behandlingstype- og længde. Dertil kan Sundhedsdatastyrelsen heller ikke koble borgerne til andre registre og få viden om deres øvrige brug af sundhedsydelser.

NHG's caseundersøgelse viser, at enkelte behandlingssteder anvender NAB-registrering i udredningen til at udforme individuelle behandlingsplaner. Dette indikerer en misforståelse af NAB's funktion, da registeret primært er beregnet til nationale formål og ikke til individuel planlægning på de enkelte behandlingssteder.

I NHG's undersøgelse udtrykker flere ledere på de offentligt finansierede behandlingssteder frustration over, at de indberettede data ikke i højere grad bliver brugt til at generere ny viden eller forbedre kvaliteten på nationalt niveau, og at de har oplevelsen af, at der udgives for få rapporter baseret på dataene. Dette skaber en opfattelse af, at dokumentationen ikke giver den forventede værdi, hvilket undersøgelsen resultater tyder på at påvirke motivationen til at indberette data præcist og tilstrækkeligt. Trods kritik om manglende udgivelse om NAB har Sundhedsdatastyrelsen siden 2019 gjort flere data fra NAB offentligt tilgængelige på deres hjemmeside.

"Vi melder en masse ind i NAB, men får ikke meget tilbage. Vi samler selv data, som vi bruger i vores eget arbejde. Det er vigtigt for at følge op på, hvordan det går i vores arbejde." (Leder af offentligt behandlingssted)

"Der bør være bedre monitorering af kvaliteten i NAB". (Leder af offentligt finansieret privat behandlingssted)

Både NHG's undersøgelse og en analyse fra Komiteen for Sundhedsoplysning og TrygFonden peger på, at NAB-data primært indberettes, fordi det er lovpligtigt, og at der ikke er en opfattelse af, at dataene anvendes systematisk til kvalitetsudvikling på nationalt eller kommunalt niveau. I undersøgelsen fra Komiteen for Sundhedsoplysning og TrygFonden peger de på en stor variation i hvor meget NAB-data, der dokumenteres og hvornår.¹⁹³ I undersøgelsen fandt de, at nogle behandlingssteder udfylder hele NAB-skemaet under den første samtale, mens andre vælger at sprede registreringen ud over flere sessioner. Enkelte behandlingssteder oplever, at skemaerne er omfattende og kan forstyrre den terapeutiske kontakt med borgerne.

Samtidig er der klare indikationer på, at alkoholbehandlingsområdet er underdokumenteret, og at NAB er utilstrækkeligt til at evaluere bl.a. antallet af borgere i dag- og døgnbehandling, antal anonyme forløb fordelt på ejerforhold, antallet af nye borgere i behandling, og hvilken type behandling, der virker bedst. Denne mangel på data gør det vanskeligt at træffe kvalificerede beslutninger om kvalitetsudvikling og behandlingstiltag på centralt niveau. NHG's undersøgelse viser yderligere, at det er en udfordring, at private behandlingssteder, som leverer privat behandling, ikke er forpligtet til at indberette data til NAB. Dette medfører et ufuldstændigt billede af behandlingsindsatsen i Danmark.

Der er erfaringer fra andre dele af sundhedsvæsenet, hvor alle behandlingssteder - uanset finansierings- og ejerform - er forpligtet til at indrapportere i offentlige registre. Således er private hospitaler og klinikker bl.a. forpligtet til at indrapportere oplysninger til Landspatientregistret hos Sundhedsdatastyrelsen og relevante kliniske registre hos Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP).

Udover de nationale dokumentationskrav i NAB, så viser NHG's undersøgelse, at størstedelen af behandlingsstederne lokalt registrerer data, som de anvender til at monitorere, evaluere og forbedre egne indsatser. Registreringerne er ikke ensartede og anvendes forskelligt. NHG's spørgeskemaundersøgelse viser bl.a., at kun 23 % af behandlingsstederne arbejder systematisk med dokumentation af effekten af deres behandling, og blandt de offentlige behandlingssteder er tallet 31 %. En af forklaringerne på, at der ikke eksisterer dokumentation af effekten af behandlingen, er manglende opfølgning på afsluttede behandlingsforløb.

Denne fragmenterede tilgang til dataopsamling gør det svært at få et klart billede af, hvor mange borgere, der opnår varig alkoholafholdenhed eller nedsat forbrug, hvad tilbagefald egentlig er, hvor ofte tilbagefald opstår, og hvad de konkrete

¹⁹³ Komiteen for Sundhedsoplysning og Trygfonden, 2021. DATADREVET ALKOHOLBEHANDLING - En afdækning af borgerens rejse gennem den kommunale alkoholbehandling med fokus på anvendelse af data og digitale muligheder.

behandlingsresultater er for de enkelte metoder og behandlingsvarigheder. NHG's undersøgelse indikerer, at det kan blive en udfordring, at der ikke er en national dataopsamling med fokus på at standardisere og dele viden om behandlingseffekter på tværs af alle aktører.

Der pågår som tidligere nævnt allerede arbejde på området. Der er i 2024 – i et samarbejde mellem Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen og andre aktører – udarbejdet et forslag til revision af NAB, som skal resultere i en række forbedringer. Disse ændringer skal gøre NAB-registeret mere brugervenligt og anvendeligt ved at fokusere på at indsamle data, der også kan understøtte kvalitetsudviklingen, lokalt og nationalt. Der er blandt andet forslag om at integrere data fra eksisterende registre for at reducere administrative byrder og sikre, at oplysninger om hele behandlingsforløbet, herunder behandlingsindhold, behandlingsmål og opnåede resultater, bliver dokumenteret på en standardiseret måde. Forbedringerne forventes implementeret i 2025.

I fremtiden vil NAB også indeholde information om behandlingsintensitet (ambulant, dag- eller døgnbehandling), behandlingstype (individuel, gruppebaseret, familieorienteret og pårørenderådgivning), og om behandlingsmålet (alkoholreduktion eller total afholdenhed) er opnået ved afslutningen af forløbet.

7.6 Opsummering om styring, struktur, kvalitet og prissætning

Ovenstående analyse identificerer en række styringsmæssige udfordringer på alkoholbehandlingsområdet i Danmark angående struktur, kvalitet og prissætning.

Fri etableringsret og varierende ydelser

Den frie etableringsret bidrager til den konkurrencemæssige markedssituation, hvor både offentlige, private og selvejende aktører kan tilbyde alkoholbehandling. Etableringsretten har udvidet markedet og med tiden skabt en række nye udbydere af alkoholbehandling. Der er to centrale forhold, der spiller ind på den frie etableringsrets betydning for kvaliteten i alkoholbehandling:

1. I den danske lovgivning er ydelserne i alkoholbehandling ikke klart defineret med beskrivelser af indhold, varighed og intensitet (gælder både ambulant, dag- og døgnbehandling).
2. Manglen på fastsatte kvalitetsstandards i behandlingen, skaber uensartede tilbud og uigennemsigthed i forhold til prissætning, indhold og kvalitet.

De varierende behandlingstilbud er ikke nødvendigvis en udfordring i sig selv, da det vil være udtryk for det kommunale selvstyre. I et sundhedsfagligt perspektiv kan det dog være en udfordring, at der ikke er defineret et ydelsesmæssigt bundniveau for behandlingskvaliteten. Det er således en udfordring, at der på et sundhedsfagligt behandlingsområde ikke er et minimumskrav til, hvad alkoholbehandlingen skal indeholde, og hvilke kompetencer der skal være til stede i behandlingen.

Fra et økonomistyringsperspektiv kan det være en udfordring, at der ikke er et defineret topniveau af, hvad man fra nationalt niveau er villig til at betale under offentlig finansiering. Det kan give budgetudfordringer i kommunerne, når de varierende behandlingstilbud kobles med fritvalg og selvhenvendelse, fordi man som offentlig

betaler kan risikere at betale for en takst og serviceniveau, som er fastsat af en anden kommune.

Med den frie etableringsret kan man ikke styre antallet (kapaciteten) af private behandlingssteder. Dette er ikke en udfordring i de tilfælde, hvor en given kommune vælger at indgå en samarbejdsaftale med en privat leverandør, fordi de har behov for at øge deres behandlingskapacitet eller udbud. Det bliver dog en udfordring, når denne private leverandør frit kan etablere en ny filial eller matrikel i en anden kommune, samt når Socialtilsynet i godkendelsen af denne nye matrikel ikke forholder sig til behandlingskapaciteten – hverken i den givne kommune, hvor den nye filial etableres, eller på nationalt niveau.

Lovgivning og patientrettigheder

Patientrettighederne for den ambulante alkoholbehandling om selvhenvendelse, frit valg og anonymitet giver nogle fordele set i lyset af opsporingsgabet, men skaber ligeledes en række styrings- og økonomiudfordringer for kommunerne. Da den ambulante behandling udgør omtrent 97 % af den samlede alkoholbehandling i Danmark, er det især vigtigt at forholde sig til netop disse udfordringer, som lovgivningen for ambulant alkoholbehandling afstedkommer.

Retten til frit valg og selvhenvendelse giver borgere, der vil i offentligt finansieret ambulant behandling, mulighed for at vælge mellem tilbud med forskellig intensitet, indhold, serviceniveau og dermed også med forskellig pris. Det er en udfordring for borgernes hjemkommuner, som skal betale behandlingen. Kommunernes økonomistyring påvirkes således negativt i de tilfælde, hvor borgerens valg af behandlingssted eller antallet af borgere, der søger behandling, afviger fra det, kommunen har budgetteret med. Det er særligt en udfordring i forhold til de små private leverandører af alkoholbehandling, som kommunerne ikke i forvejen har en relation til eller samarbejdsaftale med, og hvor de dermed ikke kender ydelser, serviceniveau og pris.

Anonymitetsretten giver udfordringer i forhold til gennemsigtighed mellem leverandør og betaler. Den manglende gennemsigtighed giver bekymringer hos kommunerne, når de samtidig oplever manglende information om anonyme borgeres ambulante behandlingsforløb, herunder indhold og varighed (ikke cpr-nummer), og dertilhørende høje regninger fra private leverandører uden ordentlig dokumentation.

Prissætning og budgetstyring

Den nuværende prissætningsmodel fungerer under markedslignende vilkår, men fordi der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende) og et ikke-defineret top- og bundniveau af serviceniveauet for offentlig finansieret alkoholbehandling, opstår der uensartede og uigennemsigtige behandlingstilbud med varierende priser. Det er en udfordring, at der er begrænset gennemsigtighed i behandlingsindhold og prissætning, da det skaber uforudsigelighed i behandlingsudgifterne og dermed vanskeliggør den kommunale økonomistyring.

Prissætningen varierer mellem offentlige og offentligt finansierede private leverandører, og begge oplever forskellige udfordringer forbundet med manglende transparens i prissætningen.

Godkendelsesprocedurer for og tilsyn med offentligt finansieret behandling

NHG's undersøgelse viser, at godkendelses- og tilsynsmodellen for offentligt finansieret alkoholbehandling står over for flere udfordringer. De offentlige aktører oplever, at det er uhensigtsmæssigt, at en enkelt kommune kan godkende et tilbud på vegne af alle andre, fordi kommunerne baserer deres godkendelse på forskellige serviceniveauer (idet der ikke er et veldefineret top- og bundniveau for offentlig finansieret behandling). Flere kommuner har således været tilbageholdende med at samarbejde med nogle private leverandører af offentlig finansieret behandling, hvilket mindsker konkurrencen og kan reducere behandlingskvaliteten og borgernes behandlingsmuligheder samt ekskludere private leverandører fra markedet.

Socialtilsynets godkendelse af en privat leverandør til offentlig finansiering baserer sig på kriterier i tilsynets kvalitetsmodel og en række økonomiske forhold bl.a. revisorpåtegnet årsregnskab. Det økonomisk tilsyn er ekstra for private leverandører, men det skyldes, at de offentlige behandlingssteder er underlagt tilsvarende i den kommunale revision. Socialtilsynet foretager således dette økonomiske tilsyn for, at offentlige og private behandlingssteder underlægges sammenlignelige tilsyn for så vidt angår ansvarlig anvendelse af offentlige midler. Alligevel oplever private leverandører af offentlig finansieret behandling, at denne tilsynsproces med ekstra økonomisk tilsyn skaber ulige markedsvilkår.

Socialtilsynet forholder sig ikke til, hvilket kvalitetsniveau den ambulante alkoholbehandling generelt skal ligge på, da der ikke eksisterer en eller flere veldefinerede ydelser (forstået som en kvalitetsstandard, en rammeaftale eller lignende). Dette fremlægges som en udfordring blandt både offentlige og private aktører indenfor offentlig finansieret behandling samt blandt de faglige eksperter, som har bidraget til undersøgelsen. En yderligere udfordring opstår ved tilsyn af anonyme ambulante behandlingsforløb, hvor Socialtilsynet ikke har adgang til borgerdata, hvilket forhindrer effektiv kontrol med offentligt finansierede midler.

Erfaringer fra andre områder

Erfaringer fra friplejehjem og privathospitaler kan tjene som inspiration, da begge områder opererer under strukturerede modeller, som sikrer ensartede vilkår og prissætning. Friplejehjem kræver en lokal godkendelse og er forpligtede til at overholde prisrammer og kvalitetsstandarder, hvilket giver kommunerne forudsigelighed i økonomistyringen. Privathospitaler arbejder under en national aftale med fastlagte kvalitetskrav, som sikrer transparens og ensartethed i ydelsesniveau og prissætning.

Data og dokumentation i alkoholbehandlingen

NHG's undersøgelse fremhæver dertil udfordringer med dokumentationskrav og dataanvendelse i alkoholbehandlingen i Danmark. Offentligt finansierede behandlingssteder er forpligtet til at indberette data til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), mens private behandlingssteders indberetning er frivillig, hvilket giver et ufuldstændigt billede af behandlingsindsatsen i Danmark.

Undersøgelsen indikerer derudover, at NAB i sin nuværende form ikke giver tilstrækkelige data til at evaluere behandlingseffekten. Planlagte ændringer af NAB, herunder detaljer om behandlingsintensitet og målopfyldelse, forventes at gøre NAB mere brugbart til kvalitetsudvikling. En anden udfordring i den sammenhæng er, at selvom NAB-data anvendes til national overvågning, oplever behandlingsstederne, at dataene sjældent bruges til kvalitetsudvikling, hvilket skaber frustration. Desuden finder undersøgelsen, at behandlingssteder indsamler egne data til monitorering af indsatsen, men kun få arbejder systematisk med effektmåling, hvilket kan være en udfordring for den lokale datadrevne monitorering og udvikling.

BILAG

Bilag 1. Litteraturliste

Aarhus Kommune. (u.å.) *Halvvejshuset*. Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://aarhus.dk/borger/personlig-hjaelp-og-stoette/psykisk-sygdom-og-saarbarhed/voksne-med-psykisk-sygdom-eller-saarbarhed-og-hjemloese/botilbud-og-bofaellesskaber/botilbud/halvvejshuset>

Alkohol & Samfund. (2019). *Antabussen kører danske veje tynde*. Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://alkohologsamfund.dk/nyheder/antabussen-koerer-danske-veje-tynde>

Alkohol & Samfund. (2020). *Hvilken alkoholbehandling virker (bedst)?* Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://alkohologsamfund.dk/nyheder/hvilken-alkoholbehandling-virker-bedst>

Alkohol & Samfund. (2019). *Kommunal alkoholbehandling 2018 – Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende*. Udarbejdet af: Øllgaard, I. F., Elholm, B. S., Linde, E. & Nielsen, A. S. https://www.alkohologsamfund.dk/sites/alkohologsamfund.dk/files/media/document/Kommunal%20alkoholbehandling%202018_FINAL.pdf

Alkohol & Samfund. (u.å.) *OBS på alkohol i konsultationen*. Besøgt den 16. oktober 2024 via <https://alkohologsamfund.dk/obs-paa-alkohol-i-konsultationen>

Anonyme-alkoholikere. (u.å.). *Frontpage. Velkomment til AA*. Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://anonyme-alkoholikere.dk/>

Anonyme-alkoholikere. (u.å.). *Mødeliste for anonyme alkoholikere i Danmark*. <https://anonyme-alkoholikere.dk/pdf.php>

Altinget. 2021. <https://www.alinget.dk/social/artikel/sidste-aar-brugte-koebenhavn-igen-flere-millioner-paa-alkoholbehandling-men-socialborgmester-ved-ikke-hvad-hun-faar-for-stoerstedelen-af-pengene>

Becker, U. & Nielsen, A. S. (2023). *Alkoholproblemer, behandling*. Besøgt den 17. oktober via <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/alkohol/alkoholproblemer-behandling/>

Center for Forsorg og Behandling. (u.å.). *Center for Forsorg og Behandling*. Besøgt den 13. september 2024. <https://www.densocialevirksomhed.dk/CFB/Sider/default.aspx>

COWI & Decide. (2019). *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling*. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. https://sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Udgivelser/2020/Alkoholsericetjekket/Rapport_Alkoholbehandling-COWI-DECIDE.ashx?sc_lang=da&hash=EB23EFC3ED44D3D7D490387BAACFAE5

- Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. (u.å). Besøgt den 4. oktober 2024 via <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/alkoholbehandlingsregisteret>
- Duodecim Käypä hoito, (2018). *Alkoholiongelmat*, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- eSundhed. (u.å). *Alkohol*. Besøgt den 15. oktober 2024 via <https://www.esundhed.dk/Emner/Hvad-doer-vi-af/Alkohol>
- Eurostat. (2021). *Alcohol consumption statistics*. Besøgt d. 4. September 2024 via <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/alkoholbehandlingsregisteret>
- Feltholt, L. (2021). *Anders Beich: "Vi skal væk fra, hvor meget drikker du?"*. Trykt i: Ugeskrift for Læger. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/alkoholbehandlingsregisteret>
- Finansministeriet (2023). *Aftale mellem regeringen og Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Radikale Venstre og Dansk Folkeparti om finansloven for 2023*. <https://fm.dk/media/27034/aftale-om-finansloven-for-2023.pdf>
- Forsikring & Pension (2023). *Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed*. <https://fogp.dk/media/ztbiz5sw/forsikrings-og-pensionsbranchens-bidrag-til-danskernes-sundhed.pdf>
- Helsedirektoratet, (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsingør Rusmiddelcenter.dk. (u.å.). *Hvordan foregår efterbehandlingen?* Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://helsingorrusmiddelcenter.dk/efterbehandling/hvordan-foregaar-efterbehandlingen/>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2023). *Folketingets Socialudvalg*. <https://www.ft.dk/samling/20222/almdel/sou/spm/315/svar/1976951/2747437.pdf>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2019). *Sundhedsloven §141*. Sundhedsloven. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903#P141>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2019). *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*. Udarbejdet af: Nielsen, C. M. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523>
- Horten. 2023. <https://www.horten.dk/viden/artikel2023/friplejeboliger-hvem-og-hvordan>

Kelly, P., Ingram, I., Deane, F., Baker, A., McKay, J., Robinson, L., Byrne, G., Degan, T., Osborne, B., Townsend, C., Nunes, J., Lunn, J. (2021). *Predictors of consent and engagement to participate in telephone delivered continuing care following specialist residential alcohol and other drug treatment.*

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106840>

KL. (2019). *Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen.* Udarbejdet af: Guldager, S. & Hesse, M. <https://www.kl.dk/media/a3hhvnry/kl-basisscreening-for-psykiske-lidelser-i-misbrugsbehandlingen-2012.pdf?format=noformat>

Komiteen for Sundhedsoplysning & Trygfonden. (2021). *Datadrevet alkoholbehandling. En afdækning af borgerens rejse gennem den kommunale alkoholbehandling med fokus på anvendelse af data og digitale muligheder.*

https://www.sundhedsoplysning.dk/wp-content/uploads/2024/07/Datadrevet-Alkoholbehandling_HENT-RAPPORT.pdf

Larsen, K. (2017). *Alkoholbehandling: Det sejler stadig.* Trykt i: Ugeskriftet for læger.

<https://ugeskriftet.dk/nyhed/alkoholbehandling-det-sejler-stadig>

Lægeforeningen. (2009). *Alkoholbehandling i kommunerne: Rapport udarbejdet af Lægeforeningens Misbrugsudvalg.* Udarbejdet af: U. Becker, S. Barfod, Forskningsenheden for Almen Praksis, Afdeling for Almen Medicin, Københavns Universitet.

Lægehåndbogen. (2023). *Alkoholabstinenssyndrom.* Besøgt den 17. oktober 2024 via

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/alkohol/abstinenssyndrom/>

Lægehåndbogen. (2023). *Alkohol, overforbrug.* Besøgt den 14. november 2024 via

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/generelt/symptomer-og-tegn/alkohol-overforbrug/>

McKay, J. R. (2021). *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder.* Alcohol Research, volume 41(1) <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>

Mellentin, A. I., Nielsen, B., Nielsen, A. S., Yu, F., Mejlidal, A., Nielsen, D. G. & Stenager, E. (2019). *A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: An Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial.* JMIR Publications, volume 7(8). DOI: 10.2196/13793

Mellentin, A., Skøt, L., Nielsen, B., Schippers, G. M., Nielsen, A. S., Stenager, E. & Juhl, C. (2017). *Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytical review.* Clinical Psychology Review, volume 57, s. 195-207.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.006>

Nielsen, J. (2023). *Nyt værktøj skal forbedre alkoholbehandling i almen praksis.* Trykt i:

Ugeskrift for Læger. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/nyt-vaerktoj-skal-forbedre-alkoholbehandling-i-almen-praksis>

Olesen, A. N. (2022). *Mindst 40 procent af de kommende ældre kender ikke til frit valg på ældreområdet*. Udgivet på: www.danskerhverv.dk Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://www.danskerhverv.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2022/november/40-procent-af-de-kommende-aldre-kender-ikke-til-frit-valg-pa-aldreområdet/>

Rambøll & BDO. (2016). *Evaluering af frikommuneforsøg vedrørende retten til anonym ambulant alkoholbehandling*. <https://www.ism.dk/Media/638157016390642897/evaluering-af-frikommuneforsog-vedroerende-retten-til-anonym-ambulant-alkoholbehandling.pdf>

Regeringen & KL (2020). *Aftale om kommunes økonomi for 2021*. <https://www.kl.dk/media/salhm20b/aftale-om-kommunernes-oekonomi-2021.pdf>

Region Nordjylland:Aalborg Universitetshospital:Klinik Medicin og Akut:Infektionsmedicin. (2024). *HIV-test*. Udarbejdet af: Petersen, K. T. <https://pri.n.dk/Sider/11799.aspx>

Region Sjælland. (u.å.). *Procedure for svarafgivelse ved henvendelse til laboratoriet*. Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=266037>

Sekretariatet for Ekspertudvalget på Socialområdet (2023). *Analyse af markedet på socialområdet*. [https://www.sm.dk/Media/638519661265511953/Supplerende Bilagsmateriale 10 Analyse af markedet p%c3%a5 socialomr%c3%a5det UA.pdf](https://www.sm.dk/Media/638519661265511953/Supplerende_Bilagsmateriale_10_Analyse_af_markedet_p%c3%a5_socialomr%c3%a5det_UA.pdf)

Social- og Boligministeriet. (u.å.). *Underretningspligt*. Besøgt den 15. oktober 2024 via <https://www.sm.dk/arbejdsmraader/boern-og-unge-i-udsatte-positioner/underretningspligt>

Social- og Boligministeriet. (2020). *Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde mv*. Udarbejdet af: Eriksen, M. H. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2020/9449>

Social- og Boligstyrelsen, (2024). *Fem kommunale socialtilsyn*. Besøgt den 4. oktober 2024. [https://www.sbst.dk/tvaergaende-omrader/Social- og Boligstyrelsens-auditfunktion/om-socialtilsyn](https://www.sbst.dk/tvaergaende-omrader/Social-og-Boligstyrelsens-auditfunktion/om-socialtilsyn)

Social- og Boligstyrelsen, (2024). *Nu får vi en diplomuddannelse i rusmiddelbehandling*. <https://www.sbst.dk/nyheder/2024/nu-faar-vi-en-diplomuddannelse-i-rusmiddelbehandling>

Socialstyrelsen (Sverige), (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för string och ledning*. <https://www.Socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Social- og Boligstyrelsen. (2016). *SMART Recovery selvhjælpsgrupper til borgere med stofmisbrug. Evalueringsrapport*. <https://www.sbst.dk/media/11162/Publikation%20-%20SMART%20Recovery.pdf>

Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (2024). *Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af borgere i alkoholbehandling*. Besøgt den 17. oktober 2024 via https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/ut_36_anbefalinger_til_rekruttering_og_fastholdelse_af_borgere_i_alkoholbehandling

Statens Institut for Folkesundhed & Lægeforeningen. (2012). *Alkoholbehandling i kommunerne*. Udarbejdet af Becker, U., Hansen, A. B. G., Kloster, S. & Tolstrup, J. S. Udarbejdet for Lægeforeningen. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2012/alkoholbehandling_i_kommunerne_2012

Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (2020). *Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens*. Udarbejdet af: Lassen, T. H., Petersen, M. N. S., Hviid, S. S., Jespersgaard, N. Bjerregard, P., Grønbæk, M. K. Tolstrup, J. S. & Becker, U. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Alkoholrelaterede-helbredskonsekvenser#:~:text=Statens%20Institut%20for%20Folkesundhed,%20Syddansk%20Universitet,%20har%20for>

Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (2023). *Antal danskere med et alkoholproblem – En analyse baseret på screeningsværktøjet CAGE-C*. Udarbejdet af Hjarnaa, L., Tolstrup, J., Becker, U. & Ekholm, O. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/antal_danskere_med_et_alkoholproblem#:~:text=For%20at%20unders%C3%B8ge%20validiteten%20af%20CAGE-C%20laves%20der

Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (2023). *Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling*. Udarbejdet af: Becker, U., Andersen, K., Christiansen, R., Mellentin, A., Mistarz, N., Nielsen, B., Olsen, C. D. H., Skøtt, L., Volke, K. H., Nielsen, A. S. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Alkoholbehandling/Litteraturgennemgang-evidens-vedroerende-alkoholbehandling.ashx>

Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (u.å.). *Om iTAPP-studiet*. Besøgt den 17. oktober 2024 via https://www.sdu.dk/da/forskning/almenpraksis/forskningsomraader/projekter/alle_projekter/itapp/om_itapp

Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (2022). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. Udarbejdet af: Schramm, S., Bramming, M., Davidsen, M., Jensen, H. A. R. & Tolstrup, J. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Risikofaktorer-Sygdomsbyrden-2023.ashx>

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase DREAM (pr. 18. marts 2024), Sundhedsdatastyrelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed (u.å.). *Tilsyn*. Besøgt den 4. oktober 2024 via <https://stps.dk/sundhedsfaglig/tilsyn>

Sundhedsdatastyrelsen. (2024). *Alkoholbehandlingen i Danmark*.

Sundhedsdatastyrelsen. (u.å.). *Erstatnings-CPR-numre*. Besøgt den 17. oktober 2024 via <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/ecpr>

Sundhedsdatastyrelsen. (2021). *Status på alkoholområdet i sundhedssektoren*. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/alkoholstatistik/status_alkoholomraadet.pdf

Sundhedsstyrelsen (2015). *Alkoholstatistik 2015. Nationale data*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Alkoholstatistik-2015.ashx?sc_lang=da&hash=F864BDB3EE65B01E2D876BB871CF6D22

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Dialog om alkohol: Rådgivnings- og implementeringsmateriale*. Udarbejdet af: Hansen, A. B. G., Andersen, A-K. M., Foxvig, I., Birch, S. D. – Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Alkohol/Rapport_Dialog_om_alkohol.ashx?sc_lang=da&hash=496E588367E4492433E6486A6C44B264

Sundhedsstyrelsen. (2023). *Hvert 10. barn vokser op med forældre med alkoholproblemer*. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2023/Hvert-10-barn-vokser-op-med-foraeldre-med-alkoholproblemer>

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/10AARS_PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx?sc_lang=da&hash=AAEF690AFCD2E7998A4E687613C905ED

Sundhedsstyrelsen (2008). *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2008/Publ2008/CFF/Alkohol/Alkoholbehl_kvalitet,-d-.pdf.ashx

Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-alkoholbehandling.ashx>

Sundhedsstyrelsen, (2019). *Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling*. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Servicetjek-af-offentligt-finansieret-alkoholbehandling>

Sundhedsstyrelsen, (2021). *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2

Sundhedsstyrelsen, (2023). *Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Faglig visitatoinretningslinje.*

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Visitation-til-integreret-behandling/Visitationsretningslinje-dobbeltdiagnose.ashx>

Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen. (2023). *Faglig visitationsretningslinje. Visitationen til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.*

<https://www.sbst.dk/udgivelser/2023/faglig-visitationsretningslinje-visitation-til-integreret-behandling-af-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidig-rusmiddelproblematik>

Syddansk Universitet. (2022). *Brugeroplevet kvalitet i offentligt finansieret alkoholbehandling.* Udarbejdet af: Christiansen, R., Nielsen, J. G., Volke K. H. & Nielsen A. S – Enhed for Klinisk Alkoholforskning (UCAR).

https://alkohologsamfund.dk/files/media/document/16180_SDU_Rapport_Brugeroplevet_kvalitet_A4-web-final-3.pdf

Tilbudsportalen (u.å.). *Find sociale tilbud og plejefamilier – Voksne tilbud.* Besøgt den 4. oktober 2024 via <https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/soegVoksneTilbud/index>

Trier, C. & Andersen, J. L. (2024). *Den Nationale Alkoholkonference 2024.*

<https://alkohologsamfund.dk/files/media/document/Talk%20Efterv%C3%A6rnet%20Janine%20Lilli%20Laugesen%20Ringsted%20Dagbehandling.pdf>

VIA University College (u.å.). *Diplomuddannelse i rusmiddelbehandling.* Besøgt den 09. oktober 2024. [https://www.via.dk/efter-og-](https://www.via.dk/efter-og-videreuddannelse/uddannelsesstilbud/uddannelser/diplomuddannelse-i-rusmiddelbehandling)

[videreuddannelse/uddannelsesstilbud/uddannelser/diplomuddannelse-i-rusmiddelbehandling](https://www.via.dk/efter-og-videreuddannelse/uddannelsesstilbud/uddannelser/diplomuddannelse-i-rusmiddelbehandling)

VIVE. (2023). *Evaluerings af afregningssystemet for friplejehjem.* Udarbejdet af: Foged, S. K. & Hjelm, U. <https://www.vive.dk/media/pure/yzey70vk/15707672>

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (2016). *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere.* Udarbejdet af Andersen, D. Holtet M. B. & Gliese, T.

<https://www.vive.dk/media/pure/bxqlgrvk/394142>

Yazici, A. B. & Bardakci, M. R. (2023). *Factors Associated with Relapses in Alcohol and Substance Use Disorder.* The Eurasian Journal of Medicine volume 55(1) doi: 10.5152/eurasianjmed.2023.23335

Bilag 2. Metode

Dette kapitel beskriver alle de aktiviteter, som har indgået NHG's undersøgelse af alkoholbehandlingen i Danmark. Undersøgelsen er gennemført som en mixed methods undersøgelse, der både har anvendt kvantitative og kvalitative metoder. Alle aktiviteterne bliver beskrevet i det følgende.

Bilag 1.1 Interviews og for- og følgegruppemøder med interessenter og eksperter

I forbindelse med undersøgelsen har vi inddraget relevante interessenter og eksperter på området. Vi har herunder interviewet eller afholdt møder med Alkohol og Samfund, Dansk Erhverv og Selveje Danmark, Socialtilsynet og Styrelsen for Patientsikkerhed om deres perspektiver og erfaringer fra området. Vi har interviewet og fået faglige input fra professor Anette Søgaard Nielsen, professor Torben Tranæs og professor Mette Hartlev undervejs i gennemførsel af undersøgelsen.

Derudover har vi inddraget referater fra følgegruppemøde og formøder med udvalgte interesseret afholdt af Sundhedsstyrelsen.

Bilag 1.2 Inddragelse af relevant litteratur

Vi har inddraget relevant litteratur i undersøgelsen, særligt med fokus på at sammenligne med tidligere undersøgelser gennemført på området.

Vi har i den forbindelse særligt inddraget Sundhedsstyrelsens Servicetjek af det offentlig finansieret alkoholbehandlingsområde fra 2020 og COWI og Decides afdækning af offentlig finansieret alkoholbehandling fra 2019. Dertil har vi inddraget SDU's undersøgelse om brugeroplevelset kvalitet i offentlig finansieret alkoholbehandling fra 2022 samt SDU's Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling fra 2023.

Bilag 1.3 Spørgeskemaundersøgelse blandt behandlingsstederne

Som led i undersøgelsen blev alle alkoholbehandlingssteder i Danmark kortlagt. Dette havde til formål at afdække det faktiske antal behandlingssteder i Danmark, da der ikke eksisterer et samlet overblik, der inkluderer privat finansierede behandlingssteder. Behandlingsstederne blev identificeret gennem Tilbudsportalen og desk research.

Der blev i alt identificeret 162 alkoholbehandlingssteder. Dette inkluderer 87 offentlige behandlingssteder, hvoraf 2 er regionale og 85 kommunale, 54 private behandlingssteder med mulighed for offentlig finansiering og 21 privat finansierede behandlingssteder.

Tabel 16 Oversigt over identificerede behandlingstilbud fordelt på tilbudstyper. Kilde: NHG's kortlægning af behandlingssteder, 2024

Kommunalt behandlingssted	Regionalt behandlingssted	Privat behandlingssted med offentlig finansiering	Privat behandlingssted med privat finansiering	Total
85	2	54	21	162

Alle de 162 identificerede behandlingssteder blev bedt om at besvare et spørgeskema, der havde til formål at undersøge og sammenligne kompetencer og uddannelsesniveaue blandt behandlingstilbuddene, herunder også hvorvidt der var geografiske forskelle.

Spørgeskemaet blev udarbejdet for at være sammenligneligt med den spørgeskemaundersøgelse, som blev gennemført ved servicetjekket af offentlig finansieret alkoholbehandling i 2019 af COWI og Decide. Dette bl.a. for at kunne undersøge udviklingen fra 2019 til 2024. Spørgerammen blev udvidet da spørgeskemaet også skulle besvares af privat finansierede behandlingssteder, med henblik på at indsamle ikke-kendt viden om disse.

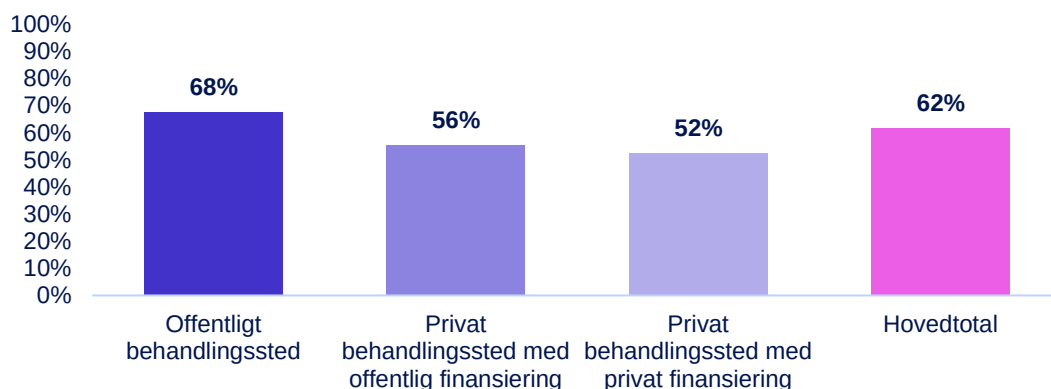
Spørgeskemaet spurgte ind til organiseringen af behandlingsstedet, indholdet i alkoholbehandlingen samt personale og kompetencer.

Spørgeskemaet blev udarbejdet og udsendt på e-mail til behandlingsstederne via surveyprogrammet Zef.fi og er rettet til lederne af behandlingsstederne. Det var en forudsætning, at ledelsen havde den nødvendige viden om personalesammensætning mm. Derfor blev det i e-mail invitationen beskrevet, hvilken viden de på forhånd skulle have.

Spørgeskemaet blev udsendt d. 10. juni 2024. Enkelte behandlingssteder blev identificeret efterfølgende, og fik derfor tilsendt spørgeskemaet senere. Frist for besvarelse var d. 27. juni 2024. Behandlingssteder, der ikke havde besvaret spørgeskemaet fik tilsendt en påmindelses-e-mail d. 19. og 26. juni 2024.

I alt svarede 100 behandlingssteder på undersøgelsen, svarende til en svarprocent på 62 %. Blandt de 100 gennemførte besvarelser er 59 fra offentlige behandlingssteder, 30 fra offentlig finansierede private eller selvejende behandlingssteder og 11 fra private finansierede behandlingssteder. Svarprocenten er således på over 50 % for alle tilbudstyperne, men er højest blandt offentlige behandlingssteder, hvor 68 % har besvaret.

Figur 33 Svarprocent, opdelt på type af behandlingssted (n = 162)



Note: Behandlingsstederne blev bedt om selv at angive, hvorvidt de var kommunalt, fælleskommunalt, regionalt, selvejende eller privatejet behandlingssted, samt hvorvidt de leverede udelukkende offentligt finansieret behandling, udelukkende privat finansieret behandling eller både offentligt og privat finansieret behandling.

Fordi spørgeskemaet er udsendt per behandlingssted eller lokalmatrikel og ikke per leverandør eller 'hovedsæde', har det været muligt ud fra behandlingsstedernes adresse at opgøre, hvilken Region behandlingsstedet fysisk er bosiddende i og dermed ligger i. 37 % af de identificerede behandlingssteder ligger i Region Hovedstaden, 20 % i Region Midtjylland, 12 % i henholdsvis Region Nordjylland og Region Sjælland, mens de resterende 19 % ligger i Region Syddanmark. Besvarelserne fra spørgeskemaet følger stort set samme fordeling, med maksimale afvigelser på 2 procentpoint for enkelte regioner.

Svarprocenten for behandlingssteder fordelt på regioner, giver over 50% i alle regioner. MMen svarprocenten er højest for behandlingssteder beliggende i Region Sjælland, hvor 74% af behandlingsstederne har besvaret spørgeskemaet.

Tabel 17 Den regionale fordeling af de identificerede behandlingssteder og spørgeskemabesvarelserne (Kilde: NHG's kortlægning af behandlingssteder, 2024, NHG's spørgeskemaundersøgelse, Desk research n = 162, Spørgeskema n = 100)

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Antal behandlingssteder identificeret	60	33	19	19	31
Andel af samlede antal behandlingssteder	37%	20%	12%	12%	19%
Antal besvarelser i spørgeskema	36	21	11	14	18
Svarprocent for behandlingssteder i regionen	60%	64%	58%	74%	58%

Det vurderes således på baggrund af ovenstående, at spørgeskemaundersøgelsens resultater er repræsentative for alkoholbehandlingstilbud i Danmark, hvad angår tilbudstype og geografisk fordeling.

Dog skal spørgeskemaundersøgelsens resultater tolkes med forbehold for svarprocenten, som alt andet lige er lavest for de privat finansierede behandlingssteder. Der er dog stor usikkerhed forbundet med besvarelsene fra de private finansierede tilbud, da der ikke er et samlet register eller overblik denne type behandlingstilbud, og resultaterne skal således ses i lyset af dette.

Bilag 1.4 Casebesøg på behandlingssteder

Der blev som led i undersøgelsen udført casebesøg på udvalgte alkoholbehandlingstilbud. Formålet med casebesøgene var at få et dybdegående indblik i udvalgte behandlingstilbud, samt at få afdækket deres erfaringer med og vurdering af kvaliteten af alkoholbehandling.

Der blev gennemført i alt 15 casebesøg, ligeligt fordelt over offentlige, offentligt finansierede private og privat finansierede behandlingssteder. I udvælgelsen af de 15 behandlingstilbud blev der lagt vægt på en fordeling efter:

- Geografisk spredning – behandlingssteder beliggende i alle regioner skal være repræsenteret
- Størrelse – store, mellemstore og små alkoholbehandlingssteder skal indgå for alle tilbudstyper
- By og land - både by- og landkommuner skal være repræsenteret

Casebesøgene inkluderede rundvisninger på matriklerne, interviews med ledere og medarbejdere, samt mere ustrukturerede samtaler med borgere i behandling. Til interviewene blev en semistruktureret interviewguide anvendt, der undersøgte temaerne organisering, rekruttering, opsporing og screening, samarbejde og sektorovergange, udredning og behandling, kompetencer, kvalitetsstandarder og sikring, efterbehandling, data og dokumentation, udfordringer i praksis samt ønsker for fremtiden. Sundhedsstyrelsen deltog som observatører på tre casebesøg.

Tabel 18 viser en oversigt over inkluderede behandlingssteder, som var repræsenteret i casebesøgene. Det var generelt sværere at rekruttere private behandlingssteder til undersøgelsen. Vi fik i alt 7 afslag fra behandlingssteder.

Tabel 18 Oversigt over udvalgte behandlingssteder, som indgik i undersøgelsen.

Sted	Region	Størrelse på kommune /dækning	Type behandling	Geografisk placering
Offentlig aktør				
Århus Kommune*	Midtjylland	Ca. 360.000 (stor)	Ambulant behandling	Århus
Aalborg Kommune	Nordjylland	ca. 220.000 (stor)	Dag-, døgn- og ambulant behandling	Aalborg
Helsingør kommune	Hovedstaden	Ca. 63.000 (mellemstor)	Ambulant behandling	Helsingør
Fredericia kommune*	Syddanmark	Ca. 50.000 (mellem)	Ambulant behandling	Fredericia
Ringsted kommune	Sjælland	ca. 37.000 (lille)	Dag- og ambulant behandling	Ringsted
Kolding kommune	Syddanmark	(mellem)	Dag- og ambulant behandling	Kolding
Jammerbugt kommune*	Nordjylland	(lille)	Ambulant behandling	Jammerbugt
Offentlig finansieret privat aktør				
Novavi - lokalafdeling	Sjælland	Hovedstadsområdet	Ambulant behandling	Køge
AlfaRehab	Hovedstaden	Landsdækkende	Ambulant, dag- og døgnbehandling	København
Blå Kors Behandlingscenter	Hovedstaden	Landsdækkende	Døgn- og ambulant behandling	Høje Taastrup
Plan A - terapi og kursuscenter	Hovedstaden	Hovedstadsområdet	Ambulant, dag- og døgnbehandling	Frederiksberg
Ringgården	Syddanmark	Landsdækkende	Døgnbehandling	Middelfart
Privat aktør				
Behandlingscenter Møllen	Syddanmark	Syddanmark	Døgnbehandling	Tørring
Tjele Behandlingscenter - Orelund	Sjælland	Landsdækkende	Døgn- og ambulant behandling	Mørkøv
Føniks Misbrugsbehandling	Hovedstaden	Hovedstadsområdet	Dagbehandling	København

Bilag 1.5 Interviews med almen praksis og akutmodtagelse

Der blev i undersøgelsen udført interviews med repræsentanter fra almen praksis og akutmodtagelser, med henblik på at opnå forståelse for hvordan opsporing og henvisning til alkoholbehandlingen foregår i praksis hos praktiserende læger og i akutmodtagelser.

Der blev i juni 2024 gennemført seks interviews, hvoraf fire var med repræsentanter fra akutmodtagelser og to med praktiserende læger. Interviewpersonerne er blevet rekrutteret med henblik på geografisk spredning.

Til interviewene blev der anvendt en semistruktureret interviewguide, opdelt i temaerne opsporing, henvisning, samarbejder, behandling, materiale og efteruddannelse, data

og dokumentation, kvalitetssikring samt rollen som almen praksis. Interviewene blev gennemført online eller over telefon, alt efter deltagernes præferencer.

Bilag 1.6 Interviews med udbydere af den nye rusmiddeluddannelse

I forbindelse med undersøgelsen blev der udført interviews med udbydere af den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling. Formålet med interviewene var at få indblik i indholdet og kvaliteten af den nye diplomuddannelse i rusmiddelbehandling, forventningerne til uddannelsen i forhold til de behov, der er i alkoholbehandlingen og miljøet omkring, samt det forventede udbytte af diplomuddannelsen.

Der blev til interviewene anvendt en semistruktureret interviewguide, opdelt i temaerne formål, målgruppe, opbygning, indhold og kompetencer og kvalitet. Interviewene blev gennemført enten online eller over telefon, alt efter deltagernes præferencer.

Der blev i maj 2024 gennemført to interviews med uddannelsesansvarlige på hhv. Københavns Professionshøjskole og VIA University College.

Bilag 1.7 Interviews med brugere

I forbindelse med undersøgelsen blev der udført brugerinterviews med personer, der var eller havde været i alkoholbehandling. Formålet med interviewene var at undersøge brugernes oplevelser af alkoholbehandlingen i Danmark og deres tilfredshed med denne, samt motivationen for valget af behandlingssted – herunder for selvbetalere. Brugerinterviewene skulle desuden afdække, om der er væsentlige forskelle i oplevelsen af offentligt finansieret og privatfinansieret alkoholbehandling.

Der blev i perioden maj - august 2024 gennemført interviews i forskellige formater med 23 personer, der var i eller havde været i alkoholbehandling. Interviewene blev gennemført fysisk (enten på behandlingsstederne eller på NHG's kontor), online eller over telefon, alt efter deltagernes præferencer. Interviewene blev gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide. Interviewene omfattede:

- 14 dybdegående særskilte individuelle interviews af en times til halvanden times varighed
- Et fokusgruppeinterview med tre personer i forbindelse med et casebesøg
- Fire individuelle interviews i forbindelse med et casebesøg
- To observationer af behandlingssamtaler inklusiv korte interviews med brugeren

Afdækningen af den brugeroplevede kvalitet sikrede så vidt muligt en bred inddragelse af forskellige brugere. Således blev der forsøgt at opnå en spredning, for eksempel i forhold til geografi, socioøkonomi og køn, samt ud fra hvilken behandlingstype og finansieringsform, brugeren var behandlet under. Flere af interviewpersonerne havde været igennem flere forskellige typer af behandling, og i interviewene delte de som regel deres erfaringer med alle disse typer af behandling og sammenlignede dem. I tabellen nedenfor fremgår det, hvilke behandlingstyper interviewpersonerne havde

været igennem. Behandlingstypen, der er markeret med fed, angiver den behandlingstype, som brugeren senest var i behandling under.

Tabel 19 Oversigt over hvilke behandlingstyper de interviewede brugere havde modtaget

Pseudonym	Alder	Beskæftigelse	Offentlig ambulant	Privat eller selvejet ambulant	Dag- behandling	Offentligt finansieret døgn	Privat finansieret døgn
Christian	35	Arbejdsløs	1		1	1	
Jens	40	Arbejdsløs	1			1	
Anne-Marie	66	Ukendt	1				1
Karsten	52	I arbejde	1				
Ib	67	Pensionist	1				1
Morten	22	Studerende	1			1	
Anders	47	Arbejdsløs	1		1		
Lea	52	I arbejde	1		1		
Sofie	37	Sygemeldt	1				1
Christina	49	I arbejde		1	1		
Niels	42	I arbejde		1			
Hans	54	Sygemeldt		1			
Mads	54	Virksomheds- praktik	1				
Anja	37	I arbejde	1				
Peter	72	Pensionist	1				
Poul-Erik	60	Ukendt	1				1
Charlotte	53	I arbejde		1			
Hans	46	Sygemeldt					1
Emil	30	Sygemeldt	1				1
Mia	59	Ukendt		1			1
Alexander	33	Ukendt	1				
Bjarke	35	I arbejde		1			
Pernille	44	Sygemeldt	1	1	1	1	
Sum			15	7	4	4	7

Note: Fed angiver den behandlingstype som interviewpersonen senest har været i behandling i.

Rekruttering

Brugerne blev rekrutteret gennem behandlingstilbuddene, hvor interesserede brugere gennem opslag blev tilbudt at deltage i et interview. Vi kontaktede både offentlige og private behandlingstilbud i hele landet. Disse blev tilfældigt udvalgt, men for at sikre bredest mulig repræsentation, delte vi behandlingsstederne op efter deres beliggenhed i regionerne og finansieringstype. I første omgang udvalgte vi ti steder per region, hvoraf fem var private og fem var offentlige. Ved negativ tilbagemelding ift. ønske om at hjælpe til med rekruttering, kontaktede vi et andet behandlingssted i stedet.

For særligt at rekruttere deltagere, der havde afbrudt deres behandling, bidrog Alkohol & Samfund til rekruttering gennem et opslag på deres sociale mediekkanaler, og Rådet for Socialt Udsatte bidrog med kontaktinformation til behandlingssteder, der har særligt fokus på brugere i udsathedsocial udsathed, der efterfølgende delte vores opslag med

deres medarbejdere og på deres fysiske lokationer. Der blev desuden lavet et Facebook opslag på gruppen "Jeg er ædru alkoholiker".

Endvidere tog vi efter aftale, fysisk ud med rekrutteringsopslag på otte - både private og offentlige - behandlingstilbud i Københavnsområdet, samt Nordsjælland.

I praksis var det især igennem behandlingsstederne, hvor vi havde gennemført casebesøg, der endte med at blive rekrutteret brugere til interviews.

Bilag 1.8 Liste over identificerede behandlingssteder

Der blev i desk researchen identificeret samlet 162 behandlingssteder, drevet af i alt 113 leverandører. Disse fremgår af Tabel 20 nedenfor.

Tabel 20 Oversigt over identificerede behandlingssteder

Offentlige behandlingssteder (n=87)
Albertslund Rusmiddelcenter
Alkoholbehandling Fredericia Misbrugscenter
Alkoholbehandling, Rusmiddelcenter Nyborg
Alkoholbehandlingen Odense
Alkoholbehandlingen Svendborg
Alkoholbehandlingen Svendborg - Lokalafdeling Langeland
Alkoholbehandlingen Svendborg - Lokalafdeling Ærø
Alkoholrådgivningen Næstved Kommune
Alkoholrådgivningen, Frederiksberg Kommunes Rusmiddelcenter
Assens Misbrugscenter
BCB - BehandlingsCenter Brøndby
Behandlingscenter Frederikshavn
Brydehuset
Brønderslev Rusmiddelcenter
Center for Alkohol- og Stofbehandling, Afdeling for Alkoholbehandling
Center for Forsorg og Behandling - Hillerød
Center for Forsorg og Behandling - Hørsholm
Center for Misbrug, Esbjerg Kommune
Center for Social Indsats - Rusmiddel og forebyggelse
CFR - Alkoholrådgivning
CROS
Den Ambulante Behandlingsenhed, Center for Rusmiddelbehandling
Egedal Rusmiddelteam
Favrskov Rusmiddelcenter
Forebyggelse & Rusmidler, Odder Kommune
Greve Rusmiddelcenter
Halsnæs Kommune Alkohol- og Stofrådgivningen
Hedensted Rusmiddelcenter
Horsens Kommunes Rusmiddelrådgivning
KABS City
KABS Gentofte
KABS KASA
KABS Stjernevang
Kagshuset
Kolding Misbrugscenter
Køge Rådgivning- og Behandlingscenter
Mariagerfjord Rusmiddelcenter

Misbrugsafdelingen, Løgstør (Klinikken)
Misbrugsafdelingen, Aars
Misbrugscenter Sønderborg
Norddjurs Kommune - Rusmiddelcentret
Pitstop: Voksne
Rebild Kommunes Rusmiddelteam
Rudersdal Rusmiddelcenter
Rusmiddel- og Støttecentret Haderslev Kommune
Rusmiddelafsnittet Aalborg Kommune
Rusmiddelbehandling afd. Jægergårdsgade
Rusmiddelbehandling afd. Sumatravej
Rusmiddelbehandling Guldborgsund
Rusmiddelbehandling Hørsholmsgade
Rusmiddelbehandling Nyropsgade
Rusmiddelbehandling Rusfri indsats
Rusmiddelbehandling Spaniensgade
Rusmiddelcenter Fredensborg
Rusmiddelcenter Faaborg-Midtfyn
Rusmiddelcenter Gribskov
Rusmiddelcenter Herning alkohol
Rusmiddelcenter Hjørring
Rusmiddelcenter Holbæk
Rusmiddelcenter Jammerbugt
Rusmiddelcenter Lolland
Rusmiddelcenter Middelfart
Rusmiddelcenter Randers
Rusmiddelcenter Ringkøbing-Skjern
Rusmiddelcenter Silkeborg
Rusmiddelcenter Skive
Rusmiddelcenter Slagelse
Rusmiddelcenter Syddjurs
Rusmiddelcenter Vejle, Alkoholmisbrugsbehandling
Rusmiddelcenter Viborg, Alkoholbehandling
Rusmiddelcenter Aabenraa
Rusmiddelcenter Aarhus - Alkoholbehandling Samsø
Rusmiddelcentret - Faxe
Rusmiddelcentret i Gladsaxe
Rusmiddelcentret, Allingåbro-afdelingen
Rusmiddelteam Morsø Kommune
Rusmiddelteam Odsherred
Rusmiddelteamet Billund Kommune
Rusmiddelteamet Kalundborg
Rusmiddelteamet Thisted Kommune - Alkoholbehandling
Rådgivnings - og Behandlingscenter

Rådgivningscenter Tønder - Misbrug
Rådgivningscentret Nørregade 56
Skanderborg Rusmiddelcenter
Stof- og Alkoholbehandling, Bornholms Regionskommune
Torvehuset
VAMiS
Selvejende behandlingssteder (n=26)
Alfa Fredensborg
Betesda Rehabilitering
Blå Kors - Alkoholrådgivningscenter for misbrugere og pårørende
Blå Kors Behandlingscenter Taastrup
Blå Kors Rold Skov
Fonden Den Selvejende Institution Sydgården
Fonden Himmerlandshus
Fonden Klippen
Gydevang Dagbehandling
KKUC København
KKUC Taastrup
Kongens Ø Munkerup
Midtgaarden - døgntilbud til misbrugere og dobbeltdiagnosticerede
Novavi Amager
Novavi Frederikssund
Novavi Glostrup
Novavi Herlev
Novavi Hvidovre
Novavi Køge
Novavi Lyngby
Novavi Roskilde
Nørbygård Alkoholbehandlingscenter
Ringgården
Sct. Ols S/I Dagbehandling København
Sct. Ols S/I Døgnbehandling
Stofrådgivningen
Private behandlingssteder med offentlig finansiering (n=29)
Abstinens-teamet
Addiktiv Klinik
Alfa Rehab, Helsingørgade 8c, 3400 Hillerød
Alfa Rehab, Sankt Kjelds Plads 12, 2100 Kbh Ø
Alfa Rehab, Vestergade 48, Odense
Alfa Rehab, Østerbrogade 62, 2100 Kbh Ø
Alfa Aarhus
AlfaRehab, Vesterbro 16-18, 9000 Ålborg C
Alkoholrådgivningen
Behandlingscenter Tjele

Behandlingscenter Tjele Skringstruphus
Behandlingscenter Tjele Søgården
Behandlingscenter Tjele-Vingehus
Halsnæs Alkoholambulatorium
Hillerød Alkoholbehandling
Høybyegård bo- og behandlingstilbud
Kastaniegården
Kompagniet
Plan A alkoholbehandling
Plan A Terapi- og Kursuscenter
Roskilde Behandlingscenter
Stiens Behandlingscenter
Tjele Søvang
Toftehuset
Udveje Behandling Holbæk
Udveje Behandling Svendborg
Vejen Behandlingscenter
Aalborg Behandlingscenter
Aarhus Behandlingscenter
Private behandlingssteder med privat finansiering (n=20)
A misbrugsbehandling Aalborg
Anders Nebelong
Behandlingscenter Møllen
Behandlingscenter Søby Park
Behandlingscenter Tjele Langsødal
Dansk Misbrugsbehandling Kolding
Dansk Misbrugsbehandling København
Dansk Misbrugsbehandling Odense
Dansk Misbrugsbehandling Aalborg
Dansk Misbrugsbehandling Aarhus
Den Ambulante Misbrugsbehandling
Dyscon Hillerød
Dyscon Ringkøbing
Føniks Misbrugsbehandling
Privat Misbrugsbehandling
Skovhus Privathospital
Tjele Orelund
Tjele Tågelund
Ulrichsen Klinik
Aalborg Alkoholbehandling
Sum af behandlingssteder: 162

Bilag 1.9 Følgegrupperepræsentanter

Patientforeninger:

- Alkohol og Samfund
- Rådet for Socialt Udsatte

Behandlingssteder/-ansvarlige

- Dansk Erhverv
- Selveje Danmark
- Kommunernes Landsforening
- Danske Regioner
- Ringgården, Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling
- Fonden Novavi
- Blå Kors

Faglige selskaber og behandlingssteder

- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- FLOR (Foreningen af ledere af offentlige rusmiddelbehandling)
- Addiktiv Sygepleje

Forskningsinstitutioner

- Statens Institut for Folkesundhed, SDU
- Center for Rusmiddelforskning, AU

Tilsynsmyndigheder

- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Socialtilsyn

Øvrige/observatører

- Social- og Boligstyrelsen
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet