

NOVEMBER 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

AFDÆKNING AF KVALITET I OFFENTLIGT FINANSIERET AMBULANT ALKOHOLBEHANDLING





INDHOLD

1	RESUMÉ	4
1.1	OVERORDNET VURDERING	6
2	INDLEDNING	9
2.1	FORMÅL MED AFDÆKNING	9
2.2	METODE	10
3	HVAD ER ALKOHOLBEHANDLING?	11
3.1	HVAD ER ALKOHOLAFHÆNGIGHED?	11
3.2	KONSEKVENSER OG ANTAL	13
3.3	LOVGIVNING, § 141	14
3.4	AKTØRER OG BEHANDLINGSFORMER	16
3.5	UDGIFTER OG ANTAL I BEHANDLING	18
3.6	STYRKER OG SVAGHEDER FRA DIALOGMØDE	20
4	RESULTATER FRA AFDÆKNING	23
4.1	ORGANISERING OG KAPACITET	24
4.2	UDDANNELSE OG KOMPETENCER	30
4.3	OPSPORING OG BEHANDLING	32
4.4	METODER OG RETNINGSLINJER	39
4.5	BEHANDLINGSKRÆVENDE UNGE	42

BILAG

Bilag A	REFERENCER	45
Bilag B	METODE	46
B.1	DESK RESEARCH	46
B.2	DIALOGMØDER	46
B.3	SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE	46
B.4	KVALITATIVE INTERVIEWUNDERSØGELSE	47
Bilag C	DIALOGMØDER	48
C.1	PROGRAM TIL DIALOGMØDER	48
C.2	EMNER DISKUTERET PÅ DIALOGMØDE	50
Bilag D	FORSLAG TIL FORBEDRINGER FRA DIALOGMØDE	51
Bilag E	INTERVIEWGUIDE	52
Bilag F	SPØRGESKEMA	55



1 RESUMÉ

Sundhedsstyrelsen er blevet bedt om at foretage et servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling. Servicetjekket sker på baggrund af et beslutningsorslag (B27) om alkoholbehandling og en forespørgselsdebat (F18) om unges med behandlingskrævende alkoholforbrug. Af beretning til B27 afgivet af Sundheds- og Ældreudvalget den 29. januar 2019 fremgår:

” Udvalget bakker op om regeringens forslag om at bede Sundhedsstyrelsen om at foretage et servicetjek af alkoholbehandlingsområdet, i erkendelsen af at der på nuværende tidspunkt ikke er overblik over, hvor de reelle udfordringer på alkoholbehandlingsområdet opstår. Servicetjekket skal skabe klarhed over udfordringerne bl.a. i forhold til kvalitet både i forhold til behandling, strukturering, personalets kompetencer og tilbud til unge, der er afhængige af alkohol. Servicetjekket skal munde ud i en faglig orientering fra Sundhedsstyrelsen til sundheds- og ældreministeren samt til Folketingets sundhedsudvalg. På baggrund af servicetjekket skal der politisk tages stilling til, om der er behov for nye indsatser på alkoholbehandlingsområdet.

Rådgivningsvirksomhederne COWI/DECIDE har gennemført nærværende afdækning af kvaliteten i alkoholbehandlingen som led i servicetjekket for Sundhedsstyrelsen af alkoholbehandlingsområdet.

COWI/DECIDEs afdækning er gennemført i perioden juni–oktober 2019, og følgende dataindsamling er gennemført:

- › To dialogmøder (afholdt sammen med Sundhedsstyrelsen) med bred kreds af interessenter på alkoholbehandlingsområdet
- › Interviewundersøgelse med tre særligt udvalgte eksperter/fagpersoner
- › Spørgeskemaundersøgelse til alle alkoholbehandlingssteder, der leverer offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling
- › Interviewundersøgelse blandt 11 udvalgte alkoholbehandlingssteder

Rapporten bygger primært på selvrapporterede data fra alkoholbehandlingen via spørgeskema og interviewundersøgelse med 11 udvalgte alkoholbehandlingssteder¹. Grundlaget for vurderingen af kvaliteten er således dels baseret på alkoholbehandlingsstedernes egne beskrivelser af deres metoder, personales kompetencer, kvalitetsniveau mv., dels Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale, retningslinjer og anbefalinger for god behandlingspraksis på alkoholbehandlingsområdet, som formuleret i National klinisk retningslinje for behandling alkoholafhængighed og Sundhedsstyrelsen rådgivningsmateriale vedrørende kvalitet i alkoholbehandling².

Hovedformålet med COWI/DECIDEs afdækning af kvaliteten af den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling er:

Kortfattet at beskrive den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling samt at belyse og vurdere en række centrale forhold af betydning for kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling, dvs. ydelserne, personalets kompetencer, organisering, de lovgivningsmæssige rammer og retningslinjer. Tilbud til unge i alkoholbehandlingen – som en særlig udvalgt målgruppe – beskrives og vurderes også som led i afdækningsopgaven.

Afdækningen er ikke en dybdegående analyse, men et overblik kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling med udgangspunkt i vurderinger fra alkoholbehandlingsstederne selv og rådgivningsmateriale og faglige retningslinjer på området. Afdækningsopgaven handler således primært om at beskrive den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling baseret på tilbuddenes egne vurderinger og komme med vurderinger af betydning for kvaliteten, der kan danne grundlag for evt. beslutninger om forslag til ændringer på alkoholbehandlingsområdet.

I det følgende gives en overordnet vurdering af kvalitet og udfordringer i den offentligt finansierede alkoholbehandling.

¹ Der er en overvægt af kommunale frem for private alkoholbehandlinger i både spørgeskema- og interviewundersøgelse.

² "National klinisk retningslinje for behandling alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018 og "Kvalitet i alkoholbehandlingen. Et rådgivningsmateriale", Sundhedsstyrelsen, 2008.



1.1 OVERORDNET VURDERING

Kommunerne har det overordnede ansvar for den ambulante alkoholbehandling i medfør af sundhedslovens § 141, og deres udgifter til alkoholbehandling er på ca. 355 mio. kr³. En undersøgelse fra 2008 har estimeret, at der er ca. 140.000 med alkoholafhængighed⁴. Der er ikke præcise tal for, hvor mange som er i behandling i forskellige former for alkoholbehandling. En undersøgelse har dog vist, at der er ca. 30.000 borgere i behandling for deres alkoholafhængighed enten via offentligt finansieret alkoholbehandling og/eller farmakologisk behandling med lægemidler. Den seneste opgørelse fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) fortæller, at der i løbet af et år (2018) er ca. 17.500 i offentligt finansieret alkoholbehandling⁵. Vi ved ikke, hvor mange af de estimerede ca. 140.000 som er i målgruppen for offentligt finansieret alkoholbehandling, herunder ambulant alkoholbehandling. Der er dog næppe tvivl om, at der er et "opsporingsgab" mellem antallet af borgere i målgruppen og det faktiske antal borgere, som modtager ambulant alkoholbehandling.

Den faglige kvalitet af den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling er bedre nu end i begyndelsen af kommunernes ansvarsperiode ifølge COWI/DECIDEs interviewundersøgelse. Behandlingsstederne oplyser også, at den faglige kvalitet af den kommunale og private alkoholbehandling generelt lever op til de fleste af de anbefalinger, som er formuleret i National klinisk retningslinje for behandling alkoholafhængighed (2018) og Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale vedrørende kvalitet i alkoholbehandlingen (2008).

Ifølge de kommunale alkoholbehandlingssteder, jf. vores interviewundersøgelse, er der dog enkelte – særligt blandt de mindre private udbydere af alkoholbehandling – som har en tvivlsom faglig kvalitet. Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at der er en række alkoholbehandlinger som har et så begrænset fagligt miljø (ned til 1 person ansat), at det vil være svært (umuligt) for dem at leve op til forudsætningerne for god alkoholbehandling, der siger, at et alkoholbehandlingssted bør tilbyde en specialiseret, multidisciplinær indsats, med betydelige personaleressourcer og en høj grad af uddannelse⁶.

³ "Fakta om kommunal rusmiddelbehandling", Kommunernes Landsforening, april 2018.

⁴ "Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige", Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

⁵ Upublicerede data fra NAB-registret stillet til rådighed af Sundhedsstyrelsen.

⁶ "Kvalitet i alkoholbehandlingen. Et rådgivningsmateriale", Sundhedsstyrelsen, 2008.

COWI/DECIDEs afdækning viser en række udfordringer i relation til kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling. Udfordringerne handler om (tidlig) opsporing og rekruttering af borgere til alkoholbehandling, om kvaliteten af de mindre alkoholbehandlingssteder samt om organisatoriske forhold (organisatorisk kvalitet). De største udfordringer, som er afdækket i vores interviewundersøgelse, er følgende:

- › For få alkoholafhængige kommer i behandling ("opsporingsgab"), da vi ved, at det estimerede antal af mennesker med behandlingsbehov overstiger antallet af borgere i alkoholbehandling
- › Alkoholbehandlingen har særlige udfordringerne med at opspore og rekruttere målgruppen af de 25-45-årige (tidlig opsporing), hvor alkoholafhængigheden ofte grundlægges, og hvor der ofte kan være børn indblandet
- › Opgavefordeling, serviceniveau og finansiering mellem kommunale og private udbydere af alkoholbehandling giver udfordringerne i forhold til kommunernes faglige og økonomisk styring. De private udbydere medfører et mere differentieret tilbud til målgruppen, men deres serviceniveau kan svinge, og det er vanskeligt for kommunerne at styre deres budgetter, når de skal afholde omkostninger fra de private udbydere (i en række tilfælde uden mulighed for at kontrollere de private leverandørers ydelser/serviceniveau)⁷
- › Uddannelse og kompetenceniveau i alkoholbehandlingen er generelt løftet i kommunernes ansvarsperiode (siden 2007), men der er ikke fundet en varig løsning på forankringen af grund/basisuddannelsen og specialiserede moduler for alkoholbehandlere. Flere savner også kompetenceudviklingstilbud til erfarne alkoholbehandlere
- › De mindre alkoholbehandlingssteder med små faglige miljøer (få ansatte) lever i mindre grad op til anbefalinger og retningslinjer for en god kvalitet på alkoholbehandlingsområdet, bl.a. målt på indikatorer som tilbud om farmakologisk behandling og mulighed for selv at varetage afrusning og abstinensbehandling
- › Komorbiditet⁸ – særlig i form af samtidig alkoholafhængighed og psykiske lidelser – udgør fortsat en udfordring i alkoholbehandlingen ifølge en række behandlingssteder.⁹

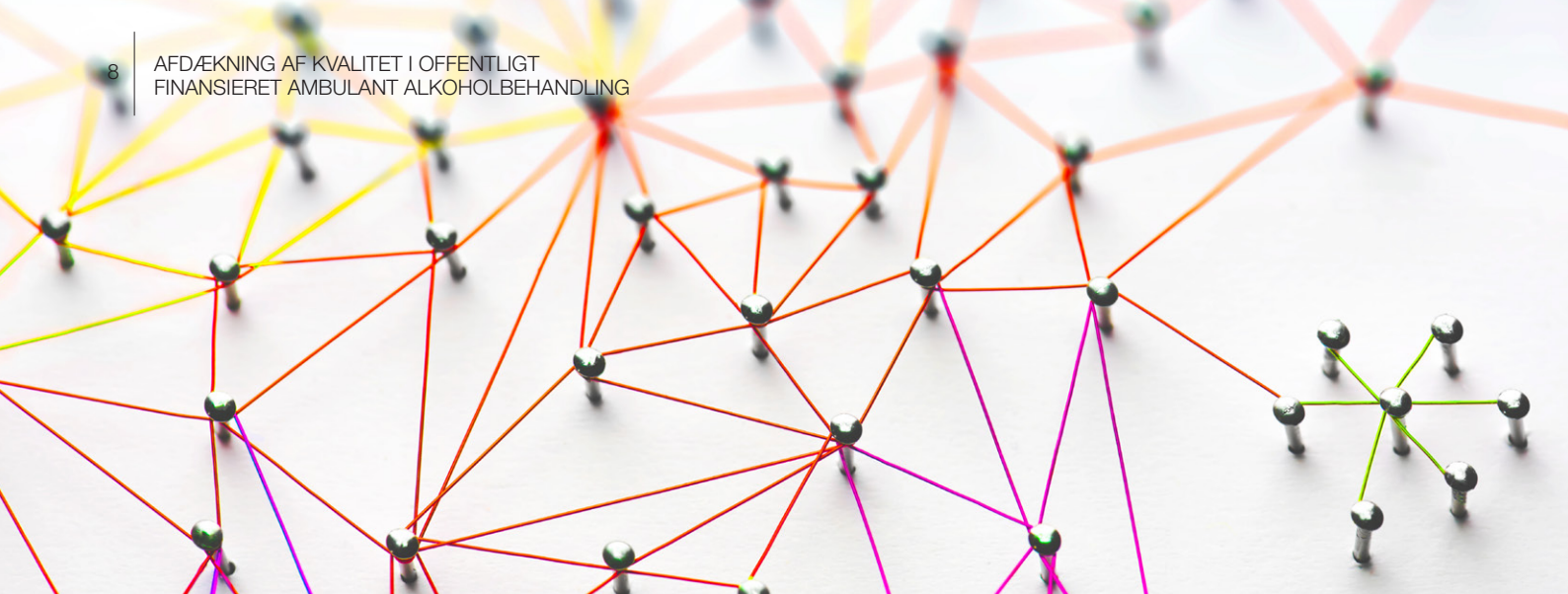
Overførslen af ansvaret for alkoholbehandlingen i 2007 fra amterne til kommunerne medførte en række indkøringsvanskeligheder, men i perioden frem til i dag er der bred enighed om, at der generelt er sket en vis styrkelse af alkoholbehandlingsindsatsen.¹⁰ COWI/DECIDE undersøgelse peger på, at nogle af de væsentligste årsager til dette faglige kvalitetsløft er følgende:

⁷ Problemet kan ifølge den kommunale alkoholbehandling, jf. vores interviewundersøgelse, både være et for "højt serviceniveau" fra de private udbyderes side af og en for "ringe kvalitet" af deres ydelser.

⁸ Komorbiditet vil sige sameksistens af flere forskellige diagnoser samtidig.

⁹ Det har ikke ligget inden for denne afdæknings rammer at afdække fordele og ulemper ved den nuværende struktur, hvor den ambulante alkoholbehandling er et kommunalt ansvar.

¹⁰ Forbedringerne er primært målt fra 2012 (baseline) og frem til i dag med udgangspunkt i rapporten: "Alkoholbehandling i kommunerne", Lægeforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.



- › Højnelse af det uddannelsesmæssige niveau (bl.a. alkoholbehandleruddannelse på grund/basisniveau og specialiserede moduler)
- › Flere alkoholbehandlingssteder kan tilbyde afrusning og abstinensbehandling i ambulant regi
- › Flere screener for somatisk/psykiatrisk komorbiditet (dog fortsat ca. 30 %, som ikke screener)
- › Samling af alkohol og stofbehandling i "rusmiddelcentre" medfører øget faglig bæredygtighed qua større faglige miljøer samt bedre muligheder for at udnytte medarbejderressourcer¹¹
- › En stigning, som dog er forbundet med usikkerhed, i antallet af borgere i ambulant alkoholbehandling (men stadig et "opsporingsgab")
- › Overholdelse af behandlings-/ventetidsgaranti på maksimalt 14 dage, jf. SUL § 141
- › Tegn på en bedre lægedækning i den ambulante alkoholbehandling.

Med hensyn til unge med alkoholproblemer tyder vores afdækning på, at gruppen af unge med, der alene har et behandlingskrævende alkoholproblem, er lille. Unge med et behandlingskrævende alkoholforbrug har typisk udfordringer med både alkohol og stoffer. Enkelte steder i landet – typisk de største byer – har man godkendelse til alkoholbehandling af unge mellem 15 og 18 år. De fleste steder i landet er gruppen af unge fra 15 til 18 år med behandlingskrævende alkoholproblemer ikke omfattet af tilbud om gratis ambulant alkoholbehandling. Med hensyn til unge mellem 18 og 25 år er der, på lige vilkår med af andre aldersgrupper, tilbud i såvel kommunalt som privat regi til målgruppen. Normalt har unge med et problematisk alkoholforbrug ikke udviklet en fysisk afhængighed af alkohol. I COWI/DECIDEs interviewundersøgelse fortæller alkoholbehandlingsstederne, at de unge som oftest håndteres med rådgivning i bl.a. særlige rusmiddeltilbud.

En mere fyldestgørende afdækning af tilbuddene til unge med behandlingskrævende alkoholproblemer (og stofproblematik) vil kræve en undersøgelse, hvor den samlede indsats på tværs af rusmiddelområdet indgår, herunder kommunale rådgivende tilbud på rusmiddelområdet målrettet unge. Desuden bør forebyggende tilbud rettet mod rusmiddelproblematikker for unge indgå i en sådan afdækning af gruppen af unge.

¹¹ Ifølge interviewundersøgelsen kan de samme medarbejdere ofte anvendes til både stof- og alkoholbehandling.

2 INDLEDNING

Sundhedsstyrelsen er blevet bedt om at foretage et servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling. Servicetjekket sker på baggrund af et beslutningsforslag (B27) om alkoholbehandling og en forespørgselsdebat (F18) om unge med behandlingskrævende alkoholproblematik.

I Sundheds- og Ældreudvalget beretning om B27 hedder det:



Servicetjekket skal skabe klarhed over udfordringerne bl.a. i forhold til kvalitet både i forhold til behandling, strukturering, personalets kompetencer og tilbud til unge, der er afhængige af alkohol. Udvalget er enig om, at der på baggrund af servicetjekket skal tages stilling til, om der er behov for nye indsatser på alkoholbehandlingsområdet, og hvordan eventuelle nye indsatser skal hænge sammen med den nationale kvalitetsplan.¹²

Rådgivningsvirksomhederne COWI/DECIDE har gennemført en afdækning af kvaliteten i den offentligt finansierede alkoholbehandling som led i Sundhedsstyrelsens servicetjek af alkoholbehandlingsområdet.

2.1 FORMÅL MED AFDÆKNING

Hovedformålet med COWI/DECIDEs afdækning af alkoholbehandlingsområdet er:

Kortfattet at beskrive den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling samt at belyse og vurdere en række centrale forhold af betydning for kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling, dvs. ydelserne, personalets kompetencer, organisering, de lovgivningsmæssige rammer og retningslinjer. Tilbud til unge i alkoholbehandlingen – som en særlig udvalgt målgruppe – beskrives og vurderes også som led i afdækningsopgaven.

Afdækningsopgaven er en del af et servicetjek af alkoholbehandlingsområdet. Et servicetjek er ikke et veldefineret begreb, men vi har i denne rapport valgt at forstå det som en gennemgang og vurdering af centrale områder af betydning for kvaliteten af den offentligt finansierede alkoholbehandling. Det er vigtigt at understrege, at denne afdækning er ikke en dybdegående analyse, men et overblik kvaliteten af alkoholbehandlingen med udgangspunkt i vurderinger fra alkoholbehandlingen selv og faglige retningslinjer på området.

Ved kvalitet forstår vi tre former:

- › organisatorisk kvalitet
- › faglig kvalitet
- › brugeroplevet kvalitet.

¹² Beretning afgivet af Sundheds- og Ældreudvalget den 29. januar 2019.

I denne afdækning af alkoholbehandlingsområdet er der primært fokus på den organisatoriske og faglige kvalitet, som vi forstår på følgende måde:

- › **Organisatorisk kvalitet:** Dette vedrører kvaliteten af den måde, som alkoholbehandlingen er organiseret på og samarbejdet med andre aktører.¹³ Hvordan er alkoholbehandlingen organiseret og er denne organisering hensigtsmæssig, og hvordan fungerer samarbejdet med andre aktører?
- › **Faglig kvalitet:** Vedrører selve kvaliteten af de ydelser som leveres som led i alkoholbehandlingen. Følger alkoholbehandlingsstederne de Nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling og Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale?¹⁴

2.2 METODE

COWI/DECIDEs afdækning har bestået af fire hovedelementer:

- › 1 Desk research af rapporter, litteratur og nøgletal om alkoholbehandling
- › 2 To dialogmøder med udvalgte interessenter på alkoholbehandlingsområdet (afholdt i juni og oktober 2019)
- › 3 Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt alkoholbehandlingssteder
- › 4 Interviewundersøgelse hos elleve udvalgte alkoholbehandlingssteder.

Afdækningen er sket i perioden juni til oktober 2019.

Figur 1 Aktiviteter i afdækningen



Med hensyn til data fra både spørgeskema og interviewundersøgelsen skal det understreges, at vi har rettet denne afdækning mod den kommunale alkoholbehandling og de private leverandører af alkoholbehandling, der er opført på Socialstyrelsens Tilbudsportal. De kommunale alkoholbehandlinger udgør majoriteten af alkoholbehandlingsstederne – både i spørgeskema og interviewundersøgelsen. Dette er vigtigt at holde sig for øje, når vi i denne rapport præsenterer data på et samlet niveau. I en række tilfælde, hvor vi har fundet det relevant, er data rapporteret separat for de kommunale alkoholbehandlinger, de private leverandører og på regionsniveau. Med hensyn til interviewundersøgelsen har vi talt med to større private leverandører, men ikke med mindre private leverandører af ambulant alkoholbehandling. Der er derfor mangler og muligvis (positiv) bias i det kvalitative billede, som vi kan tegne af kvaliteten hos de private leverandører. Desuden skal det nævnes, at et udvalg af syv kommunale alkoholbehandlingssteder i interviewundersøgelsen også udgør et begrænset udsnit (med begrænset repræsentativitet) af kommunale alkoholbehandlingssteder.

For en nærmere gennemgang af metode og dataindsamling henvises til Bilag B.

¹³ Andre aktører kan være andre kommunale forvaltninger, kommunale centre eller projekter. Det kan også være regionale samarbejdspartnere som psykiatri, somatik og akutmodtagelser samt almen praksis.

¹⁴ I vurderingen af, hvad god kvalitet på alkoholbehandlingsområdet er, tager vi primært udgangspunkt i "National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018 samt "Kvalitet i alkoholbehandlingen. Et rådgivningsmateriale", Sundhedsstyrelsen, 2008.

3 HVAD ER ALKOHOLBEHANDLING?

I dette kapitel gennemgås kortfattet, hvad der karakteriserer mennesker med alkoholafhængighed. Vi belyser, hvor mange danskere som er alkoholafhængige, samt konsekvenserne af danskernes alkoholforbrug. Kapitlet indeholder også en beskrivelse af alkoholbehandlingsområdet, samt en kortfattet gennemgang af, hvordan alkoholbehandlingen har udviklet sig fra 2007 og frem til i dag.

3.1 HVAD ER ALKOHOLAFHÆNGIGHED?

Til at beskrive et risikoforbrug af alkohol kan følgende tre kategoriseringer anvendes:

- › Høj risiko for alkoholrelateret sygdom (tidligere term: storforbrugere)
- › Skadeligt alkoholforbrug
- › Alkoholafhængighed

Høj risiko er baseret på genstandsgrænserne i udmeldingerne fra Sundhedsstyrelsen, hvor højrisiko/storforbrug karakteriserer personer, som overskrider højrisikogrænserne på 14/21 genstande (henholdsvis kvinder/mænd) om ugen.

Skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed måles efter et internationalt anvendt scoringsredskab AUDIT, som kan anvendes på individuelt niveau til at vurdere patienters alkoholproblemer. AUDIT anvendes desuden i undersøgelser til at beskrive alkoholforbrug og -afhængighed på befolkningsniveau.¹⁵ Med AUDITs scoringssystem indplaceres man i forskellige kategorier afhængigt af ens svar. Af tekstboksen nedenfor ses spørgsmålene i AUDIT.

¹⁵ AUDIT er et screeningsværktøj, der giver et (groft) billede af, om man falder inden for kategorierne høj risiko for alkoholrelateret sygdom, skadeligt alkoholforbrug og/eller alkoholafhængighed.

AUDIT SCORINGSREDSKAB**ALKOHOLINDTAG**

- › 1 Hvor ofte drikker du alkohol?
- › 2 Hvor mange genstande får du typisk en dag, hvor du drikker alkohol?
- › 3 Hvor ofte får du 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed?

ALKOHOLAFHÆNGIGHED

- › 4 Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år oplevet, at du ikke kunne holde op med at drikke, når du først var begyndt?
- › 5 Hvor mange gange i løbet af det seneste år har dit alkoholforbrug medført, at du ikke gjorde de ting, som normalt forventedes af dig?
- › 6 Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år haft behov for at drikke alkohol om morgenen for at komme i gang efter et stort alkoholforbrug dagen inden?

SKADELIGT ALKOHOLFORBRUG

- › 7 Hvor ofte har du i løbet af det seneste år haft skyldfølelse over at have drukket, eller har fortrudt at have drukket?
- › 8 Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år været ude af stand til at huske, hvad der skete aftenen inden, fordi du havde drukket?
- › 9 Er du selv eller andre kommet til skade pga. dit alkoholforbrug?
- › 10 Har en slægtning eller ven eller læge eller andet sundhedspersonale udtrykt bekymring over dit alkoholforbrug eller foreslået dig at skære ned på det?

Note: Til hvert spørgsmål er knyttet faste svarmuligheder med en score, der kan lægges sammen og bruges til at afgøre, om man kan karakteriseres som værende alkoholafhængig og/eller have et skadeligt alkoholforbrug

I forhold til denne afdækningsopgave om alkoholbehandling er det særligt behandlingstilbud til de mennesker, som er alkoholafhængige, der er inddraget. Det er primært denne gruppe af mennesker, som er i målgruppen for ambulant alkoholbehandling.

Alkoholafhængige er personer, der svarer, at de f.eks. månedligt, ugentligt eller dagligt ikke har kunnet holde op med at drikke, når de først var begyndt. Og at de månedligt, ugentligt eller dagligt i løbet af det seneste år har haft behov for at drikke alkohol om morgenen for at komme i gang efter et stort alkoholforbrug dagen inden. Der er tale om mennesker med et ofte ganske massivt alkoholforbrug, der også indebærer, at de selv vurderer, at de ikke altid får gjort de ting, som forventes af dem, jf. spørgsmålene 4-6 i AUDIT.

Alkoholafhængighed indgår også som en diagnose i f.eks. det diagnostiske klassifikationssystem, ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems), hvor man ved alkoholafhængighed (ICD-10 F10.2) skal have mindst tre af seks definerede symptomer, sammenhængende i mindst én måned eller gentagne gange indenfor de seneste 12 måneder.¹⁶ Skadeligt alkoholforbrug og en række andre alkoholrelaterede diagnoser indgår også i klassifikationssystemet.

¹⁶ For en nærmere beskrivelse af de definerede symptomer mv., se f.eks.: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstandeogsygdomme/alkohol/alkoholproblemer/>

Det er ikke alle alkoholafhængige, som er i målgruppen for ambulant alkoholbehandling. Nogle i denne gruppe vil givet kunne klare sig med rådgivning og behandling i regi af f.eks. almen praksis, eller måske stopper de selv spontant deres problematiske alkoholforbrug.

3.2 KONSEKVENSER OG ANTAL

Indtagelse af alkohol, især i større mængder, er forbundet med øget risiko for fysiske, psykiske og sociale skader.¹⁷ Forbrug af alkohol øger risikoen for et stort antal sygdomme. Alkohol er også årsag til ulykker og vold. De sociale skader ved alkoholafhængighed begrænser sig ikke alene til misbrugerens, men rammer også pårørende.

I Sundhedsstyrelsens seneste undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark vises nogle af konsekvenserne blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag, eller blandt personer med en alkoholrelateret diagnose. Ifølge denne undersøgelse er der årligt 2.900 dødsfald og 32.000 tabte leveår blandt mænd, og 10.000 tabte leveår blandt kvinder.¹⁸

Ud over at påvirke dødeligheden i befolkningen er et stort alkoholforbrug også helt eller delvist årsag til mere end 200 ICD-10-klassificerede sygdomme og tilstande, herunder visse kræftformer, leverlidelser, muskel- og skeletsygdomme, fosterpåvirkning og afhængighed.¹⁹ Alkohol forårsager bl.a. 29.000 ekstra somatiske indlæggelser og 9.300 ekstra psykiatriske indlæggelser, 110.000 ekstra lægekontakter blandt personer, der drikker over højrisikogrænsen, i forhold til personer, der ikke drikker over højrisikogrænsen, og ekstra omkostninger på 360 millioner kr. til behandling og pleje, og ekstra omkostninger på 7,7 milliarder kr. ved tabt produktion.²⁰

En undersøgelse af alkoholadfærd i 2005 estimerede, hvor mange danskere som har alkoholproblemer:

- › Ca. 140.000 danskere har udviklet alkoholafhængighed
- › Ca. 122.000 børn vokser op i en familie med alkoholproblemer
- › Ca. 585.000 personer har et skadeligt alkoholforbrug.²¹

Den primære målgruppe for den ambulante alkoholbehandling skal findes blandt de ca. 140.000 danskere med alkoholafhængighed, men det er ikke hele målgruppen, som skal/bør håndteres i den ambulante alkoholbehandling. Opdaterede og validerede tal for antallet af alkoholafhængige og for den specifikke størrelse på målgruppen for den ambulante alkoholbehandling findes ikke.²³⁻²⁴

¹⁷ "Alkohol og helbred", Sundhedsstyrelsen, 2008.

¹⁸ "Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2016.

¹⁹ "Alkohol og helbred", Sundhedsstyrelsen, 2008.

²⁰ "Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2016.

²¹ "Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige", Statens Institut for Folkesundhed, 2008

²² I en kronik, "Fordobling af antallet i alkoholbehandling i Danmark – fup eller fakta", 2018, af professor Ulrik Becker og professor, direktør Morten Grønbaek, estimeres som et groft skøn, at antallet af alkoholafhængige er faldet og ligger på ca. 100.000-120.000 borgere.

²³ Der er ikke lavet nyere, større undersøgelser af prævalensen af alkoholafhængighed. Der arbejdes dog ifølge Sundhedsstyrelsen med planer om, at AUDIT-spørgsmål evt. kan komme til at indgå i Den Nationale Sundhedsprofil, der gennemføres hvert fjerde år. Næste gang i 2021.



3.3 LOVGIVNING, § 141

Ifølge sundhedslovens § 141 skal kommunerne tilbyde borgerne vederlagsfri alkoholbehandling:

§ 141

Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling til alkoholmisbrugere.

Stk. 2. Alkoholbehandling skal iværksættes senest 14 dage efter, at alkoholmisbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd, jf. stk. 4, eller private institutioner.

Stk. 4. Regionsrådet stiller efter aftale med de enkelte kommunalbestyrelser i regionen behandlingspladser m.v., jf. stk. 1, til rådighed for kommunerne og yder faglig bistand og rådgivning.

Stk. 5. Socialtilsynet, jf. lov om socialtilsyn, godkender og fører driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingssteder, jf. stk. 3. Socialtilsynet skal ved godkendelse af og driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingssteder benytte sig af den aktuelt bedste faglige viden om metoder og indsatser.

Stk. 6. Kommunalbestyrelsen kan alene tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling, jf. stk. 1 og 3, på alkoholbehandlingssteder, som er godkendt efter § 5 i lov om socialtilsyn, jf. stk. 5. For behandlingssteder, som en kommunalbestyrelse ikke selv har etableret, gælder endvidere, at behandlingsstedet skal have en aftale med minimum én kommune for at kunne indgå i kommunalbestyrelsens tilbud om alkoholbehandling.

Stk. 7. Behandling og rådgivning til alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det.

Stk. 8. Behandling på alkoholambulatorium er vederlagsfri, uanset hvor patienten bor.



Som det ses af § 141, har borgerne en række rettigheder, hvad angår alkoholbehandling. Rettighederne er bl.a. følgende:

- › Krav om at kunne modtage alkoholbehandling (behandlingsgaranti)
- › Behandlingen skal være gratis for borgerne.
- › Krav om, at behandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelse (ventetidsgaranti).
- › Mulighed for anonymitet, hvis borgeren ønsker det.
- › Mulighed for frit valg af behandlingssted på tværs af kommunegrænser (følger indirekte af stk. 7 og 8).

Ud over disse rettigheder følger også en række andre mere organisatoriske forhold af paragraffen:

- › Alkoholbehandling kan tilbydes i både kommunalt, regionalt eller i privat regi (hvis en kommune har indgået aftaler herom).
- › Der føres tilsyn af Socialtilsynet, både med offentlige og private tilbud²⁴
- › For at blive privat leverandør af alkoholbehandling kræver det, at man har en aftale med minimum én kommune om at levere alkoholbehandling, og at man godkendes af Socialtilsynet.

Disse lovgivningsmæssige rammer er med til at understøtte, at alkoholbehandlingsområdet har forskellige organisationsformer, og at der kan være en løbende udskiftning af særligt de mindre private leverandører.

²⁴ Styrelsen for Patientsikkerhed fører også tilsyn med alkoholbehandlingen i henhold til sundhedsloven, jf. § 213. Se bl.a. "Misbrugsbehandling Erfaringsopsamling fra tilsynsbesøg på private behandlingssteder 2012-2016", Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018.

3.4 AKTØRER OG BEHANDLINGSFORMER

Aktørerne, som leverer offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling, er ikke en homogen gruppe. Overordnet set ser aktørerne ud som følger:

Organisering	Beskrivelse
Kommunale alkoholbehandlinger	En kommune varetager primært alkoholbehandlingen af egne borgere. En række kommuner samarbejder (driftsaftaler) også om alkoholbehandling. Dette er den mest almindelige organisationsform i den ambulante alkoholbehandling.
Fælleskommunal alkoholbehandling	Alkoholbehandlingen drives af et fælleskommunalt selskab. Kun et enkelt tilbud drives i øjeblikket som fælleskommunalt tilbud.
Regional leverandør	Center for Forsorg og Behandling, Region Hovedstaden, er eneste tilbageværende, større regionale leverandør af bl.a. ambulant alkoholbehandling.
Private leverandører	Private leverandører varetager alkoholbehandling. Det kan både være store private leverandører, som Novavi og Blå Kors, og en række mindre og mellemstore private leverandører af ambulant alkoholbehandling.

Kilde: Beskrivelsen bygger bl.a. på COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse (2019).

Ovenstående beskrivelse dækker over de aktører, der yder offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling.²⁵ Ambulant alkoholbehandling kan yderligere opdeles i ad hocbehandling, ambulant behandling og dagbehandling. Hvorvidt der er tale om ad hoc, ambulant eller dagbehandling afgøres af intensiteten af behandlingen.

Ud over den ambulante behandling findes døgnbehandling af alkoholaafhængige, hvor borgeren bor/overnatter på alkoholbehandlingsstedet i en kortere eller længere periode. Døgnbehandling varetages typisk på større, specialiserede alkoholbehandlingssteder.

De fire former for behandling af alkoholaafhængighed ser således ud:²⁶

Intensitet af behandling	
Ad hoc	Tilbud om kontakt/samtaler op til to gange om måneden
Ambulant behandling	Ydelse mindst to gange om måneden og højst otte gange om måneden
Dagbehandling	Ydelse mere end otte gange om måneden i ambulant regi
Døgnbehandling	Borgeren bor/overnatter på tilbuddet

Kilde: Beskrivelsen bygger på begreber fra www.socialbegreber.dk og på kvalitetsstandarder fra kommunale alkoholbehandlinger, som indgik i COWI/DECIDEs interviewundersøgelse.

Der findes også et privat, selvbetalt marked for alkoholbehandling, hvor borgerne enten selv betaler udgifterne udenom de offentlige kasser, eller deres udgifter dækkes af private forsikringsordninger eller af arbejdsgivere. Her kan være tale om døgnbehandlingsinstitutioner, som bl.a. tilbyder Minnesotabehandling/12-trins program. De selvbetalte tilbud er ikke omfattet af denne afdækning.

²⁵ Dog har Center for Forsorg og Behandling, Region Hovedstaden, også døgnbehandling.

²⁶ Definitionerne på de forskellige behandlingstyper kan variere i forskellige rapporter, opgørelser mv., og der er ikke én etableret, fælles definition. Det har bl.a. Alkohol & Samfund pegt på i deres høringssvar 6 oktober 2019 vedrørende udkast til denne rapport.



3.5 UDGIFTER OG ANTAL I BEHANDLING

I 2017 var udgifterne til alkoholbehandling ifølge Kommunernes Landsforening på ca. 355 millioner kr.²⁷ Udgifterne omfatter både kommunale udgifter til ambulant-, dag- og døgnbehandling. Der er tidligere påvist en betydelig variation mellem de økonomiske ressourcer, som de enkelte kommuner anvender til deres alkoholbehandlingstilbud. Ifølge en undersøgelse fra Lægeforeningen fra 2012 blev der i gennemsnitligt brugt 57 kr. pr. borger på alkoholbehandling i kommunerne, mens de kommuner, der brugte private udbydere, i gennemsnit havde et forbrug, der var 30 kr. højere pr. borger.²⁸

De nuværende kommunale udgifter til alkoholbehandling er begrænsede, når de sættes i forhold til de meromkostninger, som kommunerne har som følge af borgernes overforbrug af alkohol. I en rapport fra Sundhedsstyrelsen og KORA (nu VIVE) er der fundet årlige kommunale meromkostninger svarende til samlet 3,5 milliarder kr. blandt borgere med et overforbrug af alkohol.²⁹ Et beløb, som er lavt sat, da en række meromkostninger ikke har kunnet medregnes i analysen, herunder hjemmesygepleje, kommunal genoptræning, omkostninger til plejebolig mv. Ud over de kommunale udgifter er der også betydelige regionale sundhedsomkostninger forbundet med overforbrug af alkohol.

I undersøgelsen udført af Sundhedsstyrelsen og KORA har man også set på omfanget af borgere med alkoholrelateret kontakt til det offentlige behandlingssystem. Der er taget udgangspunkt i data fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregistret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Ifølge undersøgelsen var der i 2014 45.779 borgere, som havde haft en alkoholrelateret kontakt til sygehusvæsenet, og/eller var i alkoholbehandling ifølge registrering i NAB-registret og/eller var i medicinsk behandling med et alkoholrelateret lægemiddel.

En ny opgørelse fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, som administreres af Sundhedsdatastyrelsen, viser antallet af personer i offentligt finansieret alkoholbehandling (inkluderer også døgnbehandling). Der var ifølge opgørelsen i 2018 cirka 17.500 personer i alkoholbehandling. Der er en del usikkerhed forbundet med opgørelserne af data i registret, så opgørelsen skal læses med varsomhed.³⁰

²⁷ "Fakta om kommunal rusmiddelbehandling", Kommunernes Landsforening, april 2018.

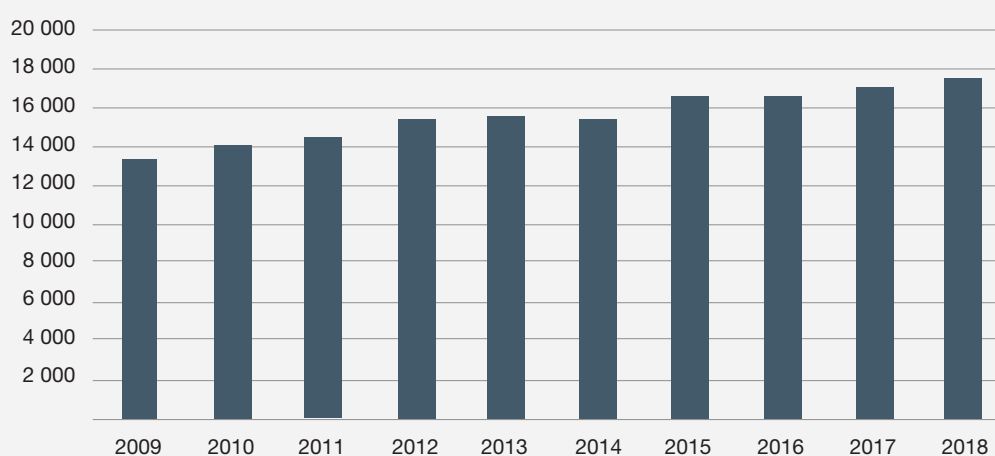
²⁸ "Alkoholbehandling i kommunerne", Lægeforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

²⁹ "Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3", Sundhedsstyrelsen og KORA, 2016.

³⁰ Blandt andet registreringspraksis og andre fejlkilder ved f.eks. aflevering af data til Sundhedsdatastyrelsen kan spille en større rolle – særligt i begyndelsen af perioden - og medvirke til "kunstigt" lavere tal for antallet af behandlede i denne periode.



Figur 2 Antal personer i alkoholbehandlings pr. år ifølge seneste opgørelse fra NAB-registret



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. Antallet af personer, der var i alkoholbehandling i 2018, er defineret som alle unikke personer, der er indskrevet i alkoholbehandling i år 2018 samt alle personer, der blev indskrevet før år 2018, men som først blev udskrevet i løbet af 2018 eller senere. Da man kan være indskrevet i flere år, kan den person også tælles med i flere år.

Kilde: Upublicerede data: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (pr. 4. juli 2019), Sundhedsdatastyrelsen.

Tallene for personer i alkoholbehandling fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) viser, at der har været en stigning i antallet af personer, der er kommet i offentligt finansieret alkoholbehandling, men tallene og stigningen er som sagt forbundet med en del usikkerhed.³¹

Langt de fleste personer, der modtager offentligt finansieret alkoholbehandling, er i aldersgruppen 35-64 år, og cirka 70 % er mænd.³² En opgørelse viser endvidere, at dem, som kommer i offentligt finansieret alkoholbehandling, i gennemsnit har haft et overforbrug i ca. 10 år, inden de første gang starter i alkoholbehandling, og at alkoholforbruget i gennemsnit var 20 genstande dagligt ved første henvendelse til behandlingsinstitutionen.³³ Det lange tidsforløb fra overforbrug til alkoholbehandling er en del af forklaringen på 'opsporingsgab' med forholdsvis få alkoholafhængige i behandling sammenlignet med det samlede antal af alkoholafhængige (ca. 140.000 borgere).

³¹ Statens Institut for Folkesundhed, SDU, har i deres høringssvar af 23. oktober peger på, at et mere validt udtryk for antallet af borgere i alkoholbehandling, er antallet af indskrevne i et givet år, som ikke viser nogen stigning i perioden 2008-2016.

³² Upublicerede data fra NAB-registret stillet til rådighed af Sundhedsstyrelsen.

³³ Alkoholbehandlingen i Danmark 2007 (foreløbige tal). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 12 Nr. 5. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.

3.6 STYRKER OG SVAGHEDER FRA DIALOGMØDE

Som led i COWI/DECIDEs afdækning af kvaliteten af alkoholbehandlingen er der som tidligere nævnt afholdt to dialogmøder med en bred kreds af interessenter på alkoholbehandlingsområdet. Ved det første dialogmøde blev det diskuteret, hvilke styrker/svagheder der er ved den nuværende offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling. Deltagerne på dialogmødet diskuterede spørgsmålet om styrker/svagheder i grupper, hvorefter der blev samlet op på diskussionen i plenum. Udsagnene om styrker/svagheder kan derfor ikke ses som et udtryk for, at alle på dialogmødet f.eks. var enige i, at man har en evidensbaseret praksis (nævnt af nogle som en styrke). De er en opsamling af, hvad en række forskellige deltagere på dialogmødet bød ind med af styrker/svagheder i plenum.

Af tekstboksen nedenfor fremgår det, hvilke styrker nogle af deltagerne ved dialogmødet pegede på ved den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling.

STYRKER

- › Det er en god forretning for kommunerne, hvis de har gode behandlingstilbud for alkoholafhængighed, idet det vil få flere borgere ud af deres overforbrug/misbrug og ud på arbejdsmarkedet
- › De behandlingsmetoder, som der er evidens for, bruges altovervejende ude i praksis (evidensbaseret praksis)
- › Nærhedsprincippet som følge af strukturreformen har forbedret behandlingen for borgerne ude i kommunerne, idet flere behandlingstilbud er tættere på borgeren
- › Borgerne har nem adgang, fritvalgsordning og behandlingsgaranti
- › Behandlingsstederne taster data i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (god datadisciplin)

Kilde: Opsamling fra dialogmøde 1 afholdt den 12. juni 2019.

En række deltagere ved dialogmødet mente, at det grundlæggende er en "god forretning" at bedrive alkoholbehandling. Argumentet er, at talrige undersøgelser har dokumenteret, at alkoholafhængighed kan have store og omfattende negative konsekvenser i form af ulykker, vold, skadede børn, sygdom og meget mere. Derfor er der 'god forretning' i at få opsporet og behandlet borgere med alkoholafhængighed.

Nogle deltagere fremhævede også, at de altovervejende finder, at der i den ambulante alkoholbehandling anvendes evidensbaseret metoder.

Nærhedsprincippet blev også fremhævet af nogle som en styrke. Dette skal ses i sammenhæng med, at alkoholbehandlingen i dag er et kommunalt ansvar, og at den tidligere har været et amtsligt (regionalt) ansvarsområde. Der er dog også interessenter, som ønsker, at ansvaret for alkoholbehandlingen flyttes (tilbage) til regionerne.³⁴

³⁴ Se bl.a. "Ti forslag til at mindske danskernes skadelige alkoholforbrug", Lægeforeningen.



Nem adgang, fritvalgsordning og behandlingsgaranti blev fremhævet som styrker ved alkoholbehandlingen. Den nemme adgang er bl.a. et resultat af, at det er gratis at komme i alkoholbehandling, og at man som borger kan vælge at være anonym. Hertil kommer, at borgerne selv kan vælge mellem tilbud på tværs af kommunegrænser.

Behandlingsgarantien (14 dage) blev også fremhævet som en styrke for området.

Som en sidste styrke blev der peget på, at behandlingsstederne alle skal indberette data i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Indberetningen til NAB er baseret på spørgearbejdet Mini-ASI (Addiction Severity Index Lite), der indeholder en række baggrundoplysninger, spørgsmål om alkohol- og stofmisbrug, mv.

Med hensyn til svagheder pegede en række af deltagerne ved dialogmødet på følgende forhold ved den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling:³⁵

³⁴ Se bl.a. "Ti forslag til at mindske danskernes skadelige alkoholforbrug", Lægeforeningen.

³⁵ Aarhus Kommune har i høringssvar af 23. oktober 2019 til COWI/DECIDEs rapportudkast skrevet, at de ønsker præciseret under svagheder, at det i forbindelse med fritvalgsordningen er problematisk, at "der ikke eksisterer retningslinjer for, hvad der skal til for, at et privat tilbud kan indgå samarbejdsaftale med én kommune, og at private tilbud med samarbejdsaftaler med én kommune kan oprette filialer i alle andre kommuner. Derudover er der behov for en regulering af pris for ydelser i private tilbud." I Gladsaxe Kommunes høringssvar af 23. oktober 2019 til rapporten peges på samme problemstilling, og kommunen anbefaler, at "man ser på reglerne for at blive (godkendt som) privat leverandør." KL ønsker ligeledes ifølge deres høringssvar af 22. oktober 2019: " [...] mere klare rammer og en mere præcis lovgivning, f.eks. i form af en definition af hvad ambulant alkoholbehandling er." KL anfører også i høringssvaret et " [...] behov for regulering af private aktørers mulighed for at fastsætte indhold i behandlingen, længden af behandlingen samt prisen på behandlingen."

SVAGHEDER

- › Området er underfinansieret. Manglende ressourcer både i forhold til volumen på behandlingstilbuddene, kompetencer, herunder mangel på sundhedsfaglige kompetencer (læger og sygeplejersker)
- › Kommunerne har ikke en forretningsorienteret tilgang til den ambulante alkoholbehandling
- › Der er manglende synlighed
- › Manglende brug af viden om målgrupperne, som kommunerne sidder inde med.
- › Lovgivning på området er svag og upræcis, hvilket resulterer i, at lovgivning bliver tolket forskelligt på forskellige niveauer ude i kommunerne.
- › Ingen bindende retningslinjer og regulering. Ingen minimumskrav. Kvalitetsstandarder forstås forskelligt
- › Fritvalgsordningen betyder, at borgere kan 'shoppe rundt' blandt kommunerne. Det betyder, at behandlingen ikke nødvendigvis bygger oven på eksisterende behandling/forløb
- › Manglende autorisation blandt behandlere på alkohol- og stofområdet
- › Sektorovergange, der vanskeliggør en helhedsorienteret indsats for borgerne
- › Der mangler forpligtende samarbejdsaftaler med psykiatrien. Det er problematisk, fordi næsten halvdelen af borgere med en alkoholafhængighed har en psykiatrisk lidelse
- › Data fra Det Nationale Alkoholregister bruges ikke systematisk i alkoholbehandlingen. Det vanskeliggør en datadreven behandling. Behandlingsstedernes fortolkning af, hvornår man skal registrere, er forskellig.

Kilde: Opsamling fra dialogmøde 1 afholdt den 12. juni 2019.

Der blev på dialogmødet peget på, at alkoholbehandlingen mangler ressourcer, og at det grundlæggende ville være en god 'forretning', hvis flere kom i alkoholbehandling. Det betyder bl.a., at kommunerne skal gøre mere for at skabe synlighed om tilbuddene og styrke opsporing/rekruttering.

Det blev også af nogle nævnt, at lovgivningen er svag og upræcis, samt at der mangler bindende retningslinjer og regulering af området. Lovgivningen om det frie valg kan give udfordringer i forhold til at skabe sammenhæng i borgernes forløb.

Der er ingen autorisationsordning for alkoholbehandlere, hvilket også blev nævnt som en svaghed.

Sektorovergange og dobbeltdiagnoser – særligt samarbejdet med psykiatrien – blev også fremhævet som en udfordring for alkoholbehandlingen af nogle af deltagerne ved dialogmødet.

Endelig fremhævedes den manglende mulighed for brug af data fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), som alle alkoholbehandlingerne indberetter til, som en svaghed. Som der er i dag, kan alkoholbehandlingsstederne ikke – eller kun med meget store vanskeligheder – få adgang til data i NAB-registret.

På dialogmødet den 12. juni 2019 blev forslag til forbedringer af alkoholbehandlingen også diskuteret. Deltagernes forslag er listet i Bilag D.³⁶

³⁶ Det skal også bemærkes, at de i de indkomne høringssvar til et udkast til denne rapport er givet udtrykt for en række anbefalinger, som det ikke er muligt at gengive i denne rapport, jf. bl.a. høringssvar fra Alkohol & Samfund af 24. oktober 2019

4 RESULTATER FRA AFDÆKNING

I dette kapitel præsenteres resultaterne af afdækningen af kvaliteten i offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling. I kapitlet præsenteres resultaterne af den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt alle godkendte offentligt finansierede alkoholbehandlingssteder og interviewundersøgelsen blandt 11 ambulante alkoholbehandlingssteder. Det skal bemærkes, at spørgeskemaet er sendt til 95 behandlingssteder, og at 69 behandlingssteder svarede på undersøgelsen, svarende til en svarprocent på 73 %. En uddybelse af metoden for undersøgelsen kan læses i Bilag B.

I rapporter fra Lægeforeningen fra 2009 og 2012 blev det undersøgt, hvordan kommunerne havde varetaget opgaven vedrørende alkoholbehandling siden overdragelsen af opgaven i 2007.³⁷ Ifølge Lægeforeningens undersøgelser var der en stor variation i alkoholbehandlingstilbuddene i kommunerne målt på ressourcer, personalesammensætning og behandlingsmetoder. Undersøgelserne viste, at flere store kommuner end små havde etableret egen alkoholbehandling eller indgik i en regional institution, og der var flere, som modtog behandling pr. 1.000 indbyggere i de store kommuner end i de små.

I dette afsnit drager vi sammenligninger med Lægeforeningens rapporter fra 2009 og 2012 med henblik på at tegne et billede af udviklingen i den periode, som kommunerne har haft ansvaret for alkoholbehandlingen. Vi inddrager også en undersøgelse, som Alkohol og Samfund lavede i 2018 af kvaliteten af alkoholbehandlingen.³⁸ Alkohol og Samfunds undersøgelse ligger tidsmæssigt tæt på denne afdækningsopgave, og da vi er interesserede i spore forskelle i kvaliteten i alkoholbehandlingen over en længere tidsperiode, er det primært Lægeforeningens rapporter, der lægges til grund for vores sammenligninger af udviklingen.

Der er metodiske problemer forbundet med vores sammenligninger, da Lægeforeningens og Alkohol og Samfunds undersøgelser er tværsnitundersøgelser – ligesom COWI/DECIDEs afdækning er det – og da spørgeskemaundersøgelserne ikke har været stilet til de samme respondenter. I Lægeforeningens undersøgelse blev spørgeskemaet stilet til kommunerne, mens Alkohol og Samfunds og COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelser blev stilet til alkoholbehandlingsstederne. Sammenligningerne skal derfor fortolkes med forsigtighed og kan primært bruges til at tegne et billede af tendenserne i alkoholbehandlingen inden de seneste syv til otte år.³⁹

Ved Lægeforeningens undersøgelser i 2012 indgik en 'smiley-indikator' for kvaliteten af alkoholbehandling i kommunerne. Den samlede indikator viste, at størstedelen af kommunerne havde en neutral smiley, og ca. en tredjedel af kommunerne havde en glad smiley.

³⁷ "Alkoholbehandling i kommunerne", Lægeforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, 2009 og 2012.

³⁸ "Kommunal alkoholbehandling i 2018 – Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende", Alkohol & Samfund, 2019.

³⁹ Når man drager sammenligninger, er udgangspunktet for sammenligningen vigtig. Hvis man tager udgangspunkt i en periode med "mindre god kvalitet" ved baseline af sammenligningen, er det naturligvis nemmere at påvise en positiv tendens. På dialogmødet med interessenter blev det bl.a. påpeget af en deltager, at man kunne sammenligne alkoholbehandlingen i dag med situationen før 2007, hvor amterne varetog alkoholbehandlingen, og at dette måske ville give et andet billede af, hvorvidt kvaliteten af alkoholbehandlingen var forbedret.

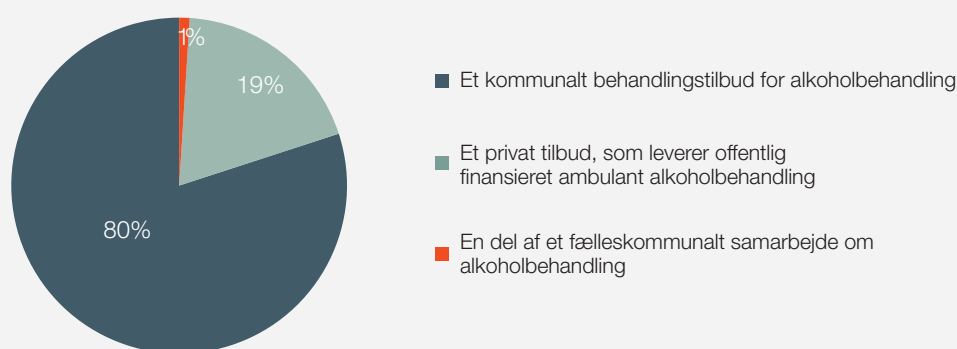
4.1 ORGANISERING OG KAPACITET

Den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling kan enten være organiseret som et kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbud. Alkoholbehandlingen kan også leveres af en privat udbyder, hvis denne har en aftale med en kommune og kan godkendes af Socialtilsynet.

Lægeforeningens undersøgelse fra 2012 viste, at færre kommuner benyttede sig af regionale tilbud, og at andelen af kommuner med eget alkoholbehandlingstilbud var blevet mere end fordoblet (stigning på 56 %) fra 2009 til 2012. Tendensen med hjemtagning af alkoholbehandlingen til kommunalt regi er fortsat, og COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse viser, at 80 % af behandlingsstederne er kommunale, 19 % private, dvs. behandlingssteder som leverer offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling, og 1 % fælleskommunalt (svarende til et fælleskommunalt tilbud).

Derudover findes der fortsat et regionalt behandlingstilbud, som yder ambulant alkoholbehandling og er beliggende i Nordsjælland, Center for Forsorg og Behandling, som hører under Region Hovedstaden.

Figur 3 Typer af behandlingstilbud



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69

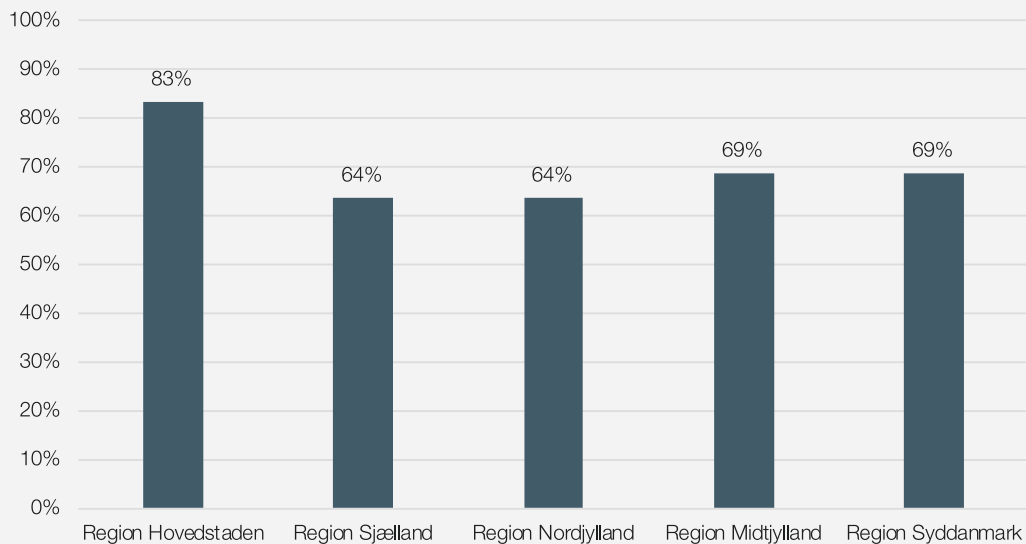
COWI/DECIDEs spørgeskema- og interviewundersøgelse viser også:

- › at 91 % af de kommunale behandlingssteder kun står for alkoholbehandling i én kommune
- › at 9 % af behandlingsstederne har driftsaftaler med en eller to andre kommuner
- › Det fælleskommunale samarbejde, som indgår i spørgeskemaundersøgelsen, inkluderer tre kommuner
- › Det regionale behandlingstilbud fortæller, at de har en samarbejdsaftale med tre kommuner.

Alle alkoholbehandlingssteder servicer dog borgere fra flere kommuner, grundet fritvalgsordningen. Blandt de private behandlingstilbud varierer det, hvor mange kommuner borgerne primært kommer fra, når de yder ambulant alkoholbehandling. Størstedelen af de private behandlingstilbud modtager borgere fra op til seks kommuner, mens enkelte private behandlingstilbud modtager borgere fra op til 14 kommuner.

Figur 4 viser, hvor mange andele ud af alle kommunale behandlingstilbud i hver region som har besvaret spørgeskemaundersøgelsen. Som figuren viser, er der flest kommunale behandlingstilbud i Region Hovedstaden, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 4 Andel af deltagende behandlingssteder i spørgeskemaundersøgelsen fordelt på regioner



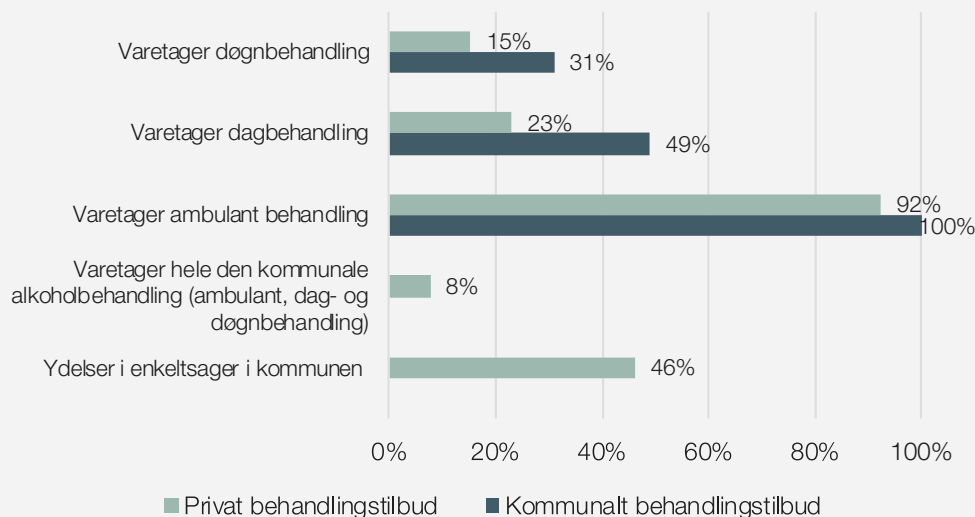
Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Note: Tre private behandlingstilbud samt 1 uoplyst behandlingssted indgår ikke i ovenstående figur.

Kommunernes organisering indebærer, at opgaven vedrørende den ambulante alkoholbehandling er placeret følgende steder ifølge spørgeskemaundersøgelsen:

- › socialforvaltning (36 %)
- › sundhedsforvaltning (5 %)
- › arbejdsmarkedsforvaltning (7 %).
- › andre typer forvaltninger inden for social- og sundhedsområdet eller centre (52 %), som f.eks. Center for Misbrug, Psykiatri og Handicap.

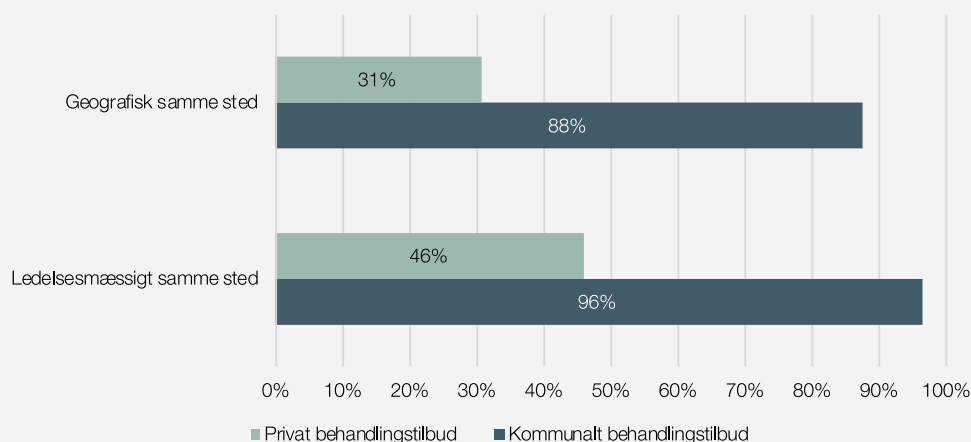
Alkoholbehandlingsstederne kan også varetage dag- og døgnbehandling. Resultaterne af afdækningen viser, at 49 % af de kommunale behandlingstilbud også tilbyder dagbehandling - en opgave, de primært varetager selv, og at 31 % tilbyder døgnbehandling. Den opgave varetages dog primært af private leverandører, som tilbyder døgnbehandling. De private udbydere, som indgår i spørgeskemaundersøgelsen, varetager i mindre omfang dag- (23%) og døgnbehandling (15 %) selv. Figur 5 viser, hvilke former for opgaver som de to typer behandlingssteder varetager. Som man kan se af figuren, varetager de private udbydere i 46 % af tilfældene enkeltsager i kommunerne. Dette hænger bl.a. sammen med, at en del af de borgere, som får behandling i private regi, benytter sig af fritvalgsordningen.

Figur 5 Typer af tilbud, som behandlingsstederne varetager

Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud

De fleste steder er alkohol- og stofbehandling organiseret under et, i et 'rusmiddelcenter'. Dette gør sig gældende for både kommunale og private behandlingstilbud. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 88 % af de kommunale behandlingssteder er organiseret geografisk samme sted som stofbehandling. Yderligere ses det, at ledelsen også er organiseret under et – dvs. sammen med stofbehandling – på næsten alle kommunale alkoholbehandlingssteder (96 %). Dette gør sig dog ikke gældende for de private behandlingstilbud, se forskellen mellem private og kommunale behandlingstilbud i Figur 6.

Figur 6 Geografisk og ledelsesmæssig forankring af alkohol- og stofbehandling

Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud

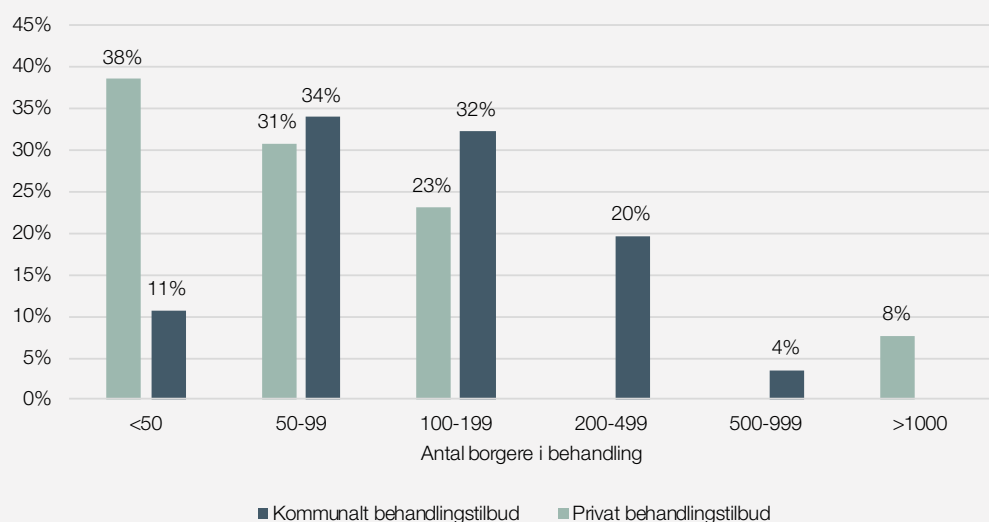
Det er forskelligt, hvorvidt de adspurgte respondenter i interviewundersøgelsen vurderer, at det er en fordel eller en ulempe, at alkohol- og stofbehandlingen er organiseret i et samlet 'rusmiddelcenter'. Nogle interviewpersoner peger på, at det er godt, at alkohol- og stofbehandlingen ligger sammen, fordi flere borgere har problemer med både alkohol og stoffer. Disse borgere vil typisk have et primært og et sekundært misbrug, hvorfor der er brug for indsatser og behandling for begge typer misbrug i et tæt samarbejde. Det er også en fordel, fordi man bruger mange af de samme metoder og tilgange i alkohol- og stofbehandlingen i dag. Endelig peger flere af interviewpersonerne også på, at man bedre kan udnytte ressourcerne, da de samme medarbejdere ofte kan bruges i både alkohol- og stofbehandlingen. Der er dog også nogle i interviewundersøgelsen, der finder, at det er bedst, at alkohol- og stofområdet holdes adskilt. De lægger vægt på, at der er forskel på borgere med alkohol- og stofafhængighed, og at man kunne få flere i alkoholbehandling, hvis tilbuddene blev holdt adskilt.

KAPACITET

I interviewundersøgelsen siger de fleste kommunale alkoholbehandlingssteder, at de har den nødvendige kapacitet (personaleressourcer) i forhold til det antal borgere, som de har i behandling og det politisk besluttede serviceniveau. Flere nævner dog også, at de godt kunne ønske sig et højere serviceniveau i den kommunale alkoholbehandling, og at de private alkoholbehandlingssteder ofte kan tilbyde ydelser, som den kommunale alkoholbehandling ikke har, f.eks. udkørende funktion. Flere af de kommunale alkoholbehandlingssteder peger også på, at kommunerne kunne gøre mere i relation til opsporing og rekruttering af borgere med alkoholafhængighed, og at det ville kræve flere ressourcer til opgaven.

Figur 7 viser, hvor mange borgere behandlingsstederne i gennemsnit over det seneste år har haft i behandling. De fleste kommunale behandlingssteder har mellem 50-200 borgere i behandling om året. Fordelingen blandt de private behandlingstilbud udviser større spredning.

Figur 7 Borgere i behandling (gennemsnit over det seneste år)



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

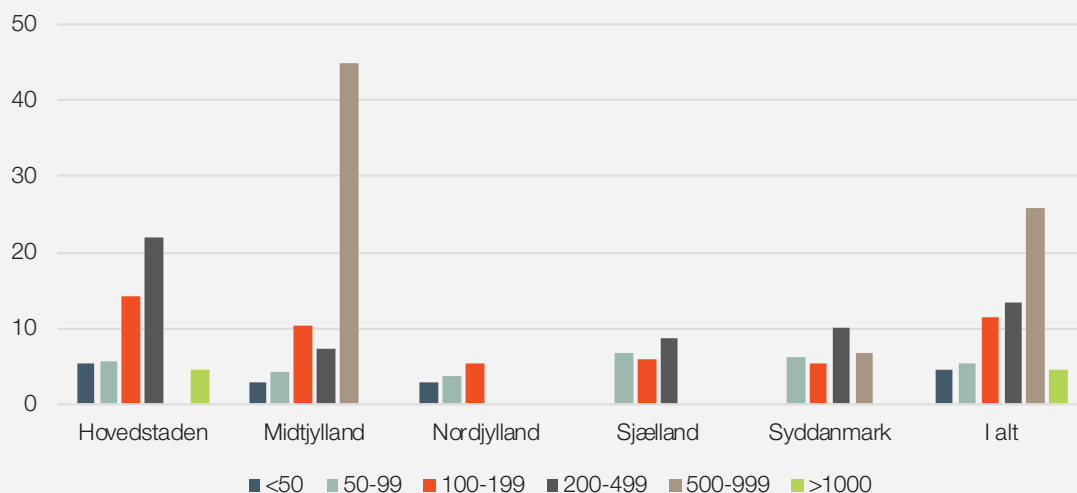
Note: De 8% private leverandører, der svarer, at de har mere end 1.000 borgere i behandling, dækker over den private leverandør Novavi. Novavi består dels af fonden Novavi og en række lokalafdelinger på Sjælland. Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

Som det ses af figuren, fordeler de kommune alkoholbehandlingstilbud sig, så hovedparten af tilbuddene har mellem 50-500 borgere i behandling årligt. Der er dog også en række forholdsvis små kommunale alkoholbehandlingssteder (11 %), som har under 50 borgere i behandling i løbet af et år. De private tilbud fordeler sig med mange små udbydere af alkoholbehandling (38 %), en række mellemstore og en enkelt meget stor udbyder (Novavi).

Særligt de små udbydere af alkoholbehandling kan udgøre et problem for kvaliteten, da alkoholbehandling kan være en kompleks opgave. Af Sundhedsstyrelsen rådgivningsmateriale om kvalitet i alkoholbehandlingen fremgår det, at "alkoholbehandling er en specialiseret, multidisciplinær indsats, som kræver betydelige personaleressourcer og en høj grad af uddannelse."⁴⁰ For mindre udbydere af alkoholbehandling med lav volumen af borgere, kan det derfor være vanskeligt at sikre det tilstrækkelige faglige miljø til at levere alkoholbehandling af høj kvalitet.

Afdækningen viser, at behandlingsstederne i gennemsnit har 8,9 årsværk ansat pr. behandlingssted. Særligt Region Nordjylland skiller sig ud med det laveste gennemsnit på 4,1 årsværk pr. alkoholbehandlingssted.⁴¹ Antallet af årsværk varierer mellem 1 og 45 årsværk for et behandlingssted. Der er regional forskel på, hvor mange årsværk, der gennemsnitligt er ansat på alkoholbehandlingsstederne, jf. Figur 8.

Figur 8 Fordeling af årsværk i forhold til behandlingsstedernes kapacitet, fordelt på region



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Et fagligt miljø af en vis størrelse vil, som tidligere nævnt, være en forudsætning for, at alkoholbehandlingsstederne kan levere en god kvalitet i behandlingen. Figuren antyder, at der i nogle regioner kan være udfordringer med små alkoholbehandlingssteder, hvor man kan have vanskeligt ved at leve op til anbefalingerne om et tilstrækkeligt fagligt miljø i alkoholbehandlingen. Alkohol og Samfunds undersøgelse fra 2018 viste også, at der var særlige udfordringer i Region Nordjylland,

⁴⁰ "Kvalitet i alkoholbehandlingen. Et rådgivningsmateriale", Sundhedsstyrelsen, 2008.

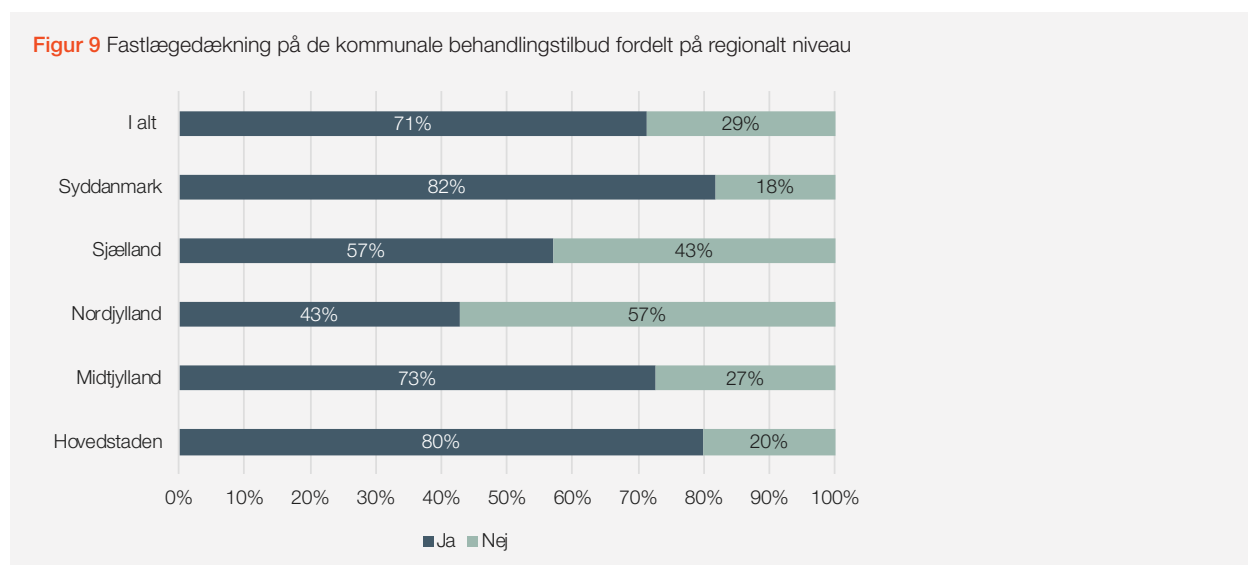
⁴¹ I Region Hovedstaden er gennemsnit for antal årsværk 10,9, Region Midtjylland 9,6, Region Sjælland 7,0 og Region Syddanmark 6,7

bl.a. med manglende tilbud om farmakologisk behandling. I COWI/DECIDEs interviewundersøgelse er der også repræsentanter fra behandlingsstederne, der har peget på, at kommunerne – særligt nordenfjords – i Region Nordjylland ikke har tilstrækkeligt gode og fagligt bæredygtige alkoholbehandlingstilbud, og at de f.eks. i mindre grad end de øvrige kommuner i landet har deltagere på grund/basisuddannelsen i alkoholbehandling og de specialiserede moduler.

Størstedelen af alkoholbehandlingsstederne har en eller flere fastansatte læger. Flere steder deles denne funktion dog med stofbehandlingen. Nogle køber også lægefaglig assistance på konsulentbasis. Spørgeskema- og interviewundersøgelsen viser, at lægedækningen med fastansatte læger er blevet forbedret sammenlignet med tidligere. 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 alkoholbehandlingsopgaver. Af COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse ses det⁴²:

- › at i alt 75 % af alle alkoholbehandlingsstederne (under et) har en eller flere fastansatte læger i deres organisation
- › at 71 % af de kommunale behandlingssteder har en eller flere fastansatte læger, mens dette gør sig gældende for 92 % af de private leverandører.

Figur 9 viser fordelingen af fastansatte læger på kommunale behandlingstilbud på regionalt niveau, og om hvorvidt de har mindst én fastansat læge. De regionale forskelle kan afspejle en generel problemstilling med mangel på læger i yderområder, særligt i Region Nordjylland og delvist Region Sjælland.



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=56.

Note: De kommuner med flere samarbejdsaftaler har enten angivet, at der er en fastansat læge i hver kommune eller f.eks. kun i den primære kommune og ikke i den sekundære kommune. I tilfælde af variationer mellem kommuner inden for samme samarbejdsaftale antages det, at behandlingstilbuddet har en fastansat læge tilknyttet pr. behandlingssted. Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

⁴² "At have en fastansat læge siger ikke noget om, hvor mange timer vedkommende rent faktisk arbejder i alkoholbehandlingen.



Antallet af fastansatte læger er kun en indirekte indikator for kvalitet, da vi ikke fra spørgeskemaundersøgelsen har tal for, hvor mange timer de fastansatte læger er på alkoholbehandlingsstederne, og da der kan være etableret særlige ordninger i nogle af regionerne med f.eks. læger i en udkørende funktion, der kan kompensere for, at alkoholbehandlingerne ikke har fastansatte læger.⁴³ Alt andet lige vil en fastansat læge, som har en mere stabil tilknytning til alkoholbehandling, dog være at foretrække ud fra et kvalitetsperspektiv.

SAMARBEJDER INTERNT OG EKSTERNT

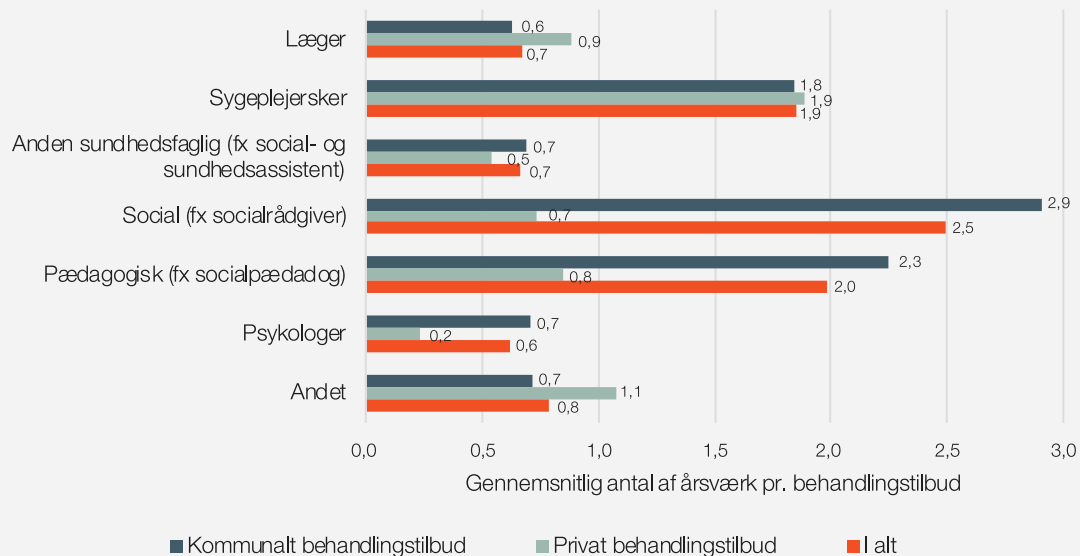
De kommunale alkoholbehandlingssteder kan have forskellige typer af samarbejder både internt og eksternt. Det interne samarbejde vedrører primært de kommunale forvaltninger og centre, mens det eksterne samarbejde orienterer sig mod regionale samarbejdspartnere som psykiatri, somatik og akutmodtagelser samt almen praksis.

Interviewundersøgelsen viser, at de fleste kommunale alkoholbehandlingssteder har etableret samarbejder med andre forvaltninger i kommunen, herunder særligt familieafdeling og jobcenter. En række kommunale alkoholbehandlingssteder har også formaliserede samarbejder med almen praksis, psykiatri og akutmodtagelser. De adspurgte behandlingssteder, som har formaliseret aftaler med psykiatrien, siger, at de har et godt og tæt samarbejde. De steder, hvor der ikke har været muligt at formalisere samarbejder, er samarbejdet sværere.

4.2 UDDANNELSE OG KOMPETENCER

Lægeforeningens undersøgelser fra 2009 og 2012 viste, at der var flere medarbejdere med socialfaglige kompetencer ansat end sundhedsfaglige i alkoholbehandling. Dette gælder fortsat ifølge COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, når der ses på de kommunale alkoholbehandlingstilbud. Blandt de private behandlingstilbud er der flere årsværk med sundhedsfaglige kompetencer end med socialfaglige kompetencer. Samlet set er antallet af personer med socialfaglig samt pædagogisk uddannelsesbaggrund dog stadig størst (se Figur 10). De behandlingstilbud, som har svaret anden uddannelsesbaggrund, tæller bl.a. ergoterapeuter og administrative medarbejdere (f.eks. lægesekretærer).

⁴³ På dialogmøde 2 med interessenter, som blev afholdt den 3. oktober 2019, blev det nævnt, at der er sådanne ordninger i Region Sjælland og Region Nordjylland.

Figur 10 Gennemsnit af fagpersoner ansat pr. alkoholbehandlingstilbud

Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

De fleste alkoholbehandlere har en eller flere former for kompetencegivende efteruddannelse. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen har flest behandlere efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi. Flere har også grund-/basisuddannelse for alkoholbehandlere. På mange af alkoholbehandlingsstederne er det ifølge interviewundersøgelsen praksis, at nye medarbejdere skal have erhvervet grund-/basisuddannelsen inden for det første år eller to af ansættelsen.

I interviewundersøgelsen peger nogle på, at medarbejdere, som allerede havde erfaring fra alkoholbehandling, ikke måtte tage den grund-/basisuddannelse i alkoholbehandling, der på ad hocbasis er udbudt og helt eller delvist finansieret af statslige puljemidler.⁴⁴ Det har betydet, at en række medarbejdere er blevet afskåret fra at deltage i de specialmoduler, der på ad hocbasis er udbudt og helt eller delvist finansieret af statslige puljemidler, fordi de ikke har den adgangsgivende grund-/basisuddannelse.

I interviewundersøgelsen er der flere behandlingssteder, der fortæller, at de savner uddannelse/kompetenceudvikling til mere erfarne alkoholbehandlere. Det kan være i forhold til, hvordan man bedst håndterer særlige målgrupper i alkoholbehandlingen, f.eks. udviklingshæmmede eller mennesker med ADHD med alkoholafhængighed.

Alle behandlingsstederne sikrer deres medarbejders faglige udvikling ved at have supervision og faste programmer for nyansatte (93 %). Derudover sikres medarbejdernes faglige udvikling ved, at de bl.a. deltager i relevante faglige konferencer og selskaber, kurser og forskellige kompetencegivende (efter) uddannelser.

⁴⁴ Tidligere finansierede statslige puljemidler hele kurser for alkoholbehandlere, men siden 2018 er der indført stigende egenfinansiering, dvs. kommunerne og private tilbud (med offentlig aftale) i 2019 f.eks. selv har betalt 30 % af kursuspriisen (dvs. 3.800-9.600 kr. i deltagerpris afhængigt af kursus).

4.3 OPSPORING OG BEHANDLING

COWI/DECIDEs interviewundersøgelse viser, at behandlingsstedernes initiativer i forhold til opsporing (og tidlig opsporing) varierer. Nogle steder har man, som led i et tæt samarbejde med f.eks. sundhedscenter, andre forvaltninger og centre i kommunen, almen praksis eller sygehus, fokus på at få opsporet borgerne tidligt. Andre kommuner og kommunale alkoholbehandlingssteder har i mindre grad fokus på opsporing og rekruttering af borgere med alkoholafhængighed.

Nogle alkoholbehandlingssteder fortæller i interviewundersøgelsen, at den geografiske nærhed af deres tilbud kan spille en stor rolle for, om de får borgere i alkoholbehandling. En række kommuner har forsøgt at løse problemet med nærhed ved at have 'satellitter' til deres alkoholbehandling/rusmiddelcenter, men flere fortæller også, at der er områder af deres kommune, som kun i mindre grad er dækket af et alkoholbehandlingstilbud. En række private alkoholbehandlingstilbud har mulighed for at køre ud til borgerne (udkørende funktion), mens dette typisk ikke er et tilbud i kommunalt regi.

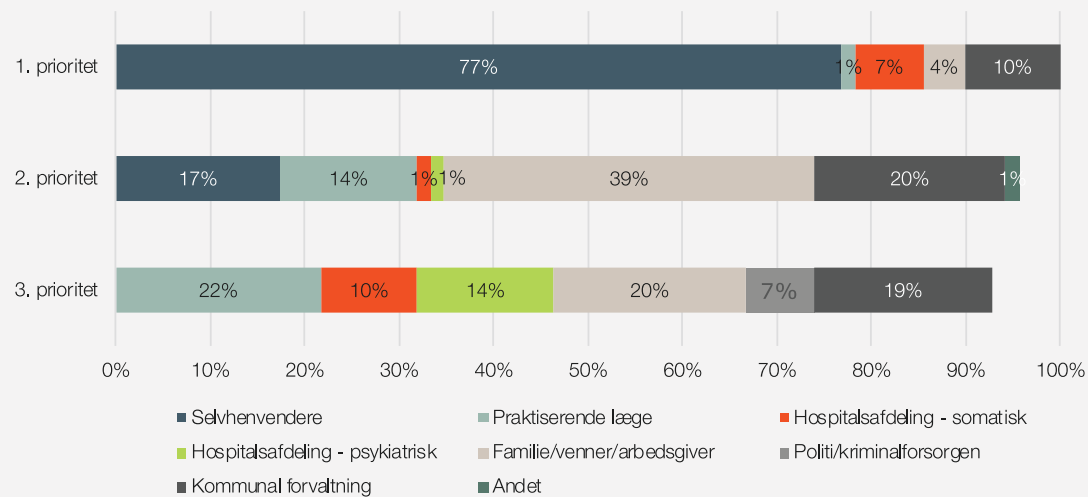
I COWI/DECIDEs interviewundersøgelse peger flere på, at de private tilbud generelt er mere offensive i deres 'markedsføring' af alkoholbehandling end de kommunale tilbud.⁴⁵ De private tilbud fortæller, at de har bedre fat i målgruppen af mere ressourcestærke borgere, som ikke ønsker at gå til en kommunalt alkoholbehandlingstilbud.

De fleste borgere, der kommer i ambulant alkoholbehandling, er selvhenvendende, eller de henvender sig på opfordring af familie, venner eller arbejdsgiver. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de kommunale behandlingssteder får en del borgere i behandling via andre kommunale forvaltninger eller centre, mens de private leverandører har forholdsvis mange henvisninger fra praktiserende læge.

I COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse indgik en mulighed for, at alkoholbehandlingsstederne kunne prioritere/rangordne, hvorfra borgerne oftest bliver henvist eller opfordret til at søge om hjælp i forbindelse med en alkoholproblematik. Når alkoholbehandlingsstederne besvarede spørgeskemaet, kunne de rangordne den type af henvendelse, som borgerne oftest blev henvist fra eller opfordret til at søge hjælp fra. Figur 11 viser, at selvhenvendende er den højest rangordnede type af henvendelse ifølge behandlingsstederne, idet flest har placeret denne højest.⁴⁶

⁴⁵ På det andet dialogmøde afholdt den 3. oktober 2019 blev der peget på, at dette bl.a. kan skyldes, at de private har andre muligheder for at "reklamere" for deres tilbud, end kommunerne har.

⁴⁶ Ved dialogmøde 2 med interessenter, som blev afholdt den 3. oktober 2019, blev der peget på, at når mange borgere registreres som selvhenvendende, kan det skyldes, at der kan være en behandlingsmæssig fordel i, at borgeren møder frem i alkoholbehandlingen som selvhenvender (på eget initiativ). Derfor kan f.eks. den praktiserende læge aftale med borgeren, at vedkommende selv skal henvende sig i alkoholbehandlingen, hvorved borgeren kommer til at optræde som selvhenvender.

Figur 11 Oversigt over, hvor borgerne henvises fra – i prioriteret rækkefølge

Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69 ved 1. prioritet, n=66 ved 2. prioritet og n=64 ved 3. prioritet.

Note: Behandlingsstederne skulle selv prioritere, hvor de fik flest henvendelser fra, ved at rangordne op til otte forskellige henvendelsestyper.

COWI/DECIDEs interviewundersøgelse viser, at de kommunale alkoholbehandlingssteder (kommunerne) må prioritere, hvilke målgrupper de særligt vil sætte fokus på i deres opsporingsarbejde, da der kun er begrænsende ressourcer til opsporingsarbejdet. Nogle kommuner har f.eks. haft særlig fokus på udsatte grupper eller familieområdet. Mere generelt peger interviewundersøgelsen på, at kommunale alkoholbehandlingssteder har særlige udfordringer med at opspore og rekruttere målgruppen af 25-45-årige. Den tidlige opsporing, hvor alkoholafhængigheden ofte grundlægges, synes således at være særlig vanskelig.

UDREDNING

Borgerne bliver udredt for deres afhængighed i en indledende fase af alkoholbehandlingen. Det bliver vurderet, om borgerens afhængighed kan behandles ambulant, eller om de skal i døgnbehandling. Det vurderes, om borgeren skal afbruses og/eller i abstinensbehandling. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er der i udredningsfasen 70 % af behandlingstilbuddene, som systematisk screener for somatisk og psykiatrisk komorbiditet. I Lægeforeningens undersøgelse fra 2012 var der 40 %, som gennemførte systematisk screening for psykiatrisk komorbiditet.

Ifølge Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale "bør der foretages en grundig og systematisk kortlægning af patientens problemstillinger. Kortlægningen gennemføres i forskellige trin, hvor fundamentet er en udredning af alkoholproblemet og en systematisk screening for problemstillinger, der kan påvirke den efterfølgende behandlingstilrettelæggelse."⁴⁷ Der anbefales altså systematisk screening for somatisk og psykiatrisk komorbiditet, men dette efterleves fortsat ikke af ca. 30 % af alkoholbehandlingsstederne.

⁴⁷ Jf. "Kvalitet i alkoholbehandlingen. Et rådgivningsmateriale", Sundhedsstyrelsen, 2008.

COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse viser, at når der screenes for psykiatrisk komorbiditet benyttes primært ASI (Addiction Severity Index). Dette gælder for både kommunale og private behandlingstilbud. Nogle kommunale behandlingstilbud benytter sig også af M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview). Behandlingsstederne nævner også, at de bruger andre instrumenter som voksen- og ung-MAP og NEO-PI-3 i forbindelse med bl.a. screening.

I interviewundersøgelsen peger en række af alkoholbehandlingsstederne på, at komorbiditet for gruppen af borgere – særligt den 'tunge gruppe' med alkoholafhængighed og psykisk lidelse – kan være en udfordring at håndtere, og at det kræver et tæt samarbejde med psykiatrien og bl.a. den psykiatriske akutmodtagelse, som for flere alkoholbehandlingssteder er vanskeligt at etablere.

ALKOHOLBEHANDLINGSSTEDERNES STØRRELSE SAMT MÅL OG UDFORDRINGER

Lægeforeningen (2009 og 2012) og Alkohol og Samfundundersøgelsen (2018) fandt, at der stadig er stor forskel på, hvilke tilbud borgere med alkoholafhængighed har adgang til i landets 98 kommuner. I denne undersøgelse rapporterer vi ikke data på kommuneniveau, men COWI/DECIDEs undersøgelse viser også, at der kan være forskelle mellem kommunerne, og at der i nogle regioner er en højere forekomst af små alkoholbehandlingssteder, der vil have sværere ved at leve op til anbefalinger og retningslinjer for kvalitet på alkoholbehandlingsområdet.

I Tabel 1 har vi undersøgt, hvilken betydning alkoholbehandlingsstedernes størrelse har for en række indikatorer af betydning for kvaliteten i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger på området.

Tabel 1 Størrelsen på behandlingssteder (antal ansatte) og indikatorer for kvalitet

Størrelse, alkoholbehandlingssted	Screenere for psykiatrisk komorbiditet	Screenere for somatisk komorbiditet	Har ikke tilbud om farmakologisk behandling	Varetager selvafrusning/abstinensbehandling	Har fastansat læge
20 % med færrest ansatte	73 %	55 %	45 %	45 %	36 %
Øvrige 60 %	66 %	68 %	5 %	80 %	84 %
20 % med flest ansatte	79 %	86 %	0 %	93 %	100 %

Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69

Det ses af tabellen, at alkoholbehandlingernes størrelse målt på antal ansatte (allokeret til alkoholbehandling) især har betydning for, om der er tilbud om farmakologisk behandling, mulighed for at varetage afrusning og abstinensbehandling, og om der er fastansatte læger.⁴⁸ Alkoholbehandlingernes størrelse har i mindre grad betydning for, om der screenes for psykiatrisk komorbiditet.

Af interviewundersøgelsen fremgår det, at alkoholbehandlingsstederne kan operere med flere og forskellige slutmål for alkoholbehandlingen. For eksempel er det et eksplicit mål i en kommune, at man skal komme tilbage i beskæftigelse, mens der i en anden kommune primært er fokus på, at borgeren skal komme ud af alkoholafhængigheden. Enkelte kommuner har et meget tæt samarbejde med jobcentrene, ved enten at have jobkonsulenter tilknyttet alkoholbehandlingen eller via samarbejde med jobcentre som led i behandlingen.

⁴⁸ Størrelsen af alkoholbehandlingerne er alene målt i forhold til ansatte til alkoholbehandling og ikke ansatte på stofområdet. Som tidligere nævnt ligger de fleste alkoholbehandlingssammen med stofbehandling, i et 'rusmiddelcenter', og medarbejdere kan i mange tilfælde løse opgaver på begge områder.

I forhold til borgere med komorbiditet oplever flere kommunale alkoholbehandlinger, at der er borgere, som falder igennem systemet, idet den ambulante alkoholbehandling ikke i tilstrækkelig grad kan hjælpe borgeren, særligt den mest 'tunge gruppe', og at de ikke har de rette ressourcer og midler til at hjælpe dem. I interviewundersøgelsen er der flere, der peger på, at psykiatrien ikke vil behandle borgerne, før borgerne er afruset eller har fået abstinensbehandling. Flere nævner også, at en meget presset psykiatri udgør en udfordring.

BEHANDLINGSPLAN OG BEHANDLINGSFORLØB

Interviewundersøgelsen viser, at behandlingstilbuddene alle har en form for nedskreven praksis for, hvordan alkoholbehandlingen skal forløbe. Alle de interviewede behandlingssteder udarbejder en individuel behandlingsplan i samarbejde med borgeren. Hver plan er tilrettelagt, så den er tilpasset den enkelte borger og dennes behov. Interviewundersøgelsen viser også, at flere af de private tilbud fremsender behandlingsplanen til borgerens kommune, såfremt de ikke modtager anonym alkoholbehandling.

Alle behandlingstilbud, som indgik i interviewundersøgelsen, har forklaret og uddybet deres praksis, når en borger opsøger alkoholbehandling. Interviewpersonerne fortæller, at borgerne møder et sundhedsfagligt (læge eller sygeplejerske) eller visiterende personale, der kortlægger, hvilken form for behandling borgeren har brug for. Dernæst bliver borgeren 'henvist' til et individuelt behandlingsforløb eller til at indgå i et gruppeforløb. I nogle tilfælde kan borgerne også modtage et efter- eller rehabiliterende forløb.

Interviewundersøgelsen viser, at behandlingstilbuddene, herunder særligt de kommunale behandlingstilbud, har et øget fokus på at få borgerne hurtigt igennem et behandlingsforløb med målrettede og intensive indsatser, som forløber sig over tre til seks måneder. Flere fortæller, at deres behandlingsforløb løber over ca. tre måneder, hvorefter de vurderer, om der er brug for merbehandling. Dette er i overensstemmelse med anbefalingerne i den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed.⁴⁹



I forhold til behandlingsvarighed anbefales generelt et behandlingsforløb af tre måneders varighed, herefter skal der foretages en vurdering i forhold til yderligere struktureret behandling.

De seneste tal fra 2008-2018 fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister viser imidlertid, at der endnu ikke er sket et fald i den gennemsnitlige behandlingstid over de seneste ca. 10 år. Den gennemsnitlige behandlingstid er ca. 240 dage (ca. 8 måneder) for personer, som har afsluttet deres alkoholbehandling.⁵⁰ Da anbefalingerne i den nationale kliniske retningslinje er af nyere dato (2018), må det forventes, at der vil gå en vis periode, før implementeringen af anbefalingen kan ses i alkoholbehandlingsstedernes indberetninger. I de kommende to til tre år vil det derfor bedre kunne vurderes, om en ændret praksis og behandlingstid begynder at vise sig.⁵¹

⁴⁹"National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018.

⁵⁰ Upublicerede data fra NAB-registret stillet til rådighed af Sundhedsstyrelsen.

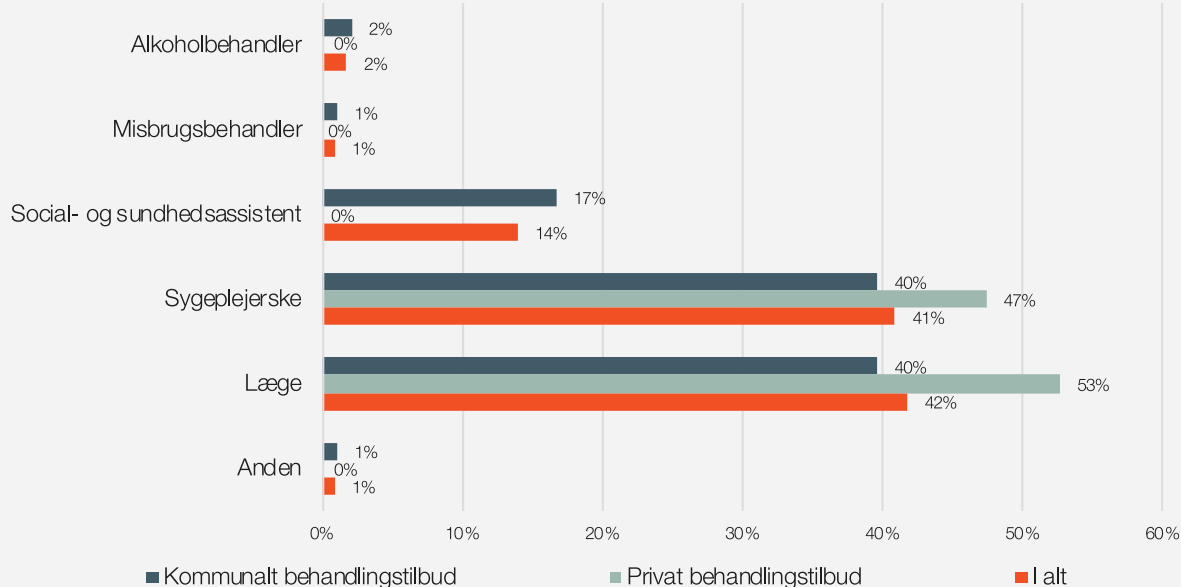
⁵¹ Data i NAB registreres fra borgerens 1. kontakt, så evt. afrusning og afklaring/motivationsfase samt udredning også indgår i længden på behandlingsforløbet. Det anbefalede behandlingsforløb af tre måneders varighed er den strukturerede psykosociale behandling, som først iværksættes efter den indledende fase, jf. høringsvar til rapportudkast fra Odense Kommune af 24. oktober 2019. Det må derfor forventes, at behandlingstiden – som registreret i NAB – vil blive ved med at ligge et stykke over de tre måneder i gennemsnit, selv om anbefalingen fra den nationale kliniske retningslinje implementeres (bedre) på alkoholbehandlingsstederne

AFRUSNING OG ABSTINENSBEHANDLING

Før selve alkoholbehandlingen kan sættes i gang, skal nogle borgere afruses eller i abstinensbehandling. Dette indebærer, at borgerne ordineres særlige lægemidler, der bl.a. kan dæmpe deres trang til alkohol og lindre abstinenser. I Lægeforeningens undersøgelse angav cirka en tredjedel af kommunerne, at de ikke selv varetog abstinensbehandling. Alkohol og Samfunds undersøgelse fra 2018 viste, at nogle kommuner ikke tilbyder afrusning (23 %) og abstinensbehandling (28 %). COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse flugter med Alkohol og Samfunds undersøgelse og viser, at 77 % af behandlingstilbuddene selv kan varetage afrusning og abstinensbehandling, og at de har egne retningslinjer herfor.

Spørgeskema- og interviewundersøgelsen viser, at afrusning og abstinensbehandling typisk kontrolleres dagligt eller med flere kontroller pr. uge. Enkelte private behandlingstilbud kontrollerer dog sjældnere end ugentligt. Det er typisk læger eller sygeplejersker, som forestår afrusning og abstinensbehandling. I nogle tilfælde løser social- og sundhedsassistenter opgaven.⁵²

Figur 12 Ansvarlig for afrusning og abstinensbehandling



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

I Lægeforeningens rapporter fra 2009 og 2012 fandt man, at disulfiram⁵³ bliver anvendt til alkoholbehandling i stort set alle kommuner, men at der var en forskel på, hvorvidt der anvendtes lægemidler som acamprosat og naltrexon. Der er et stærkere evidensgrundlag for acamprosat og naltrexon, end der er for disulfiram. I den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed siges det:

” Til personer som ønsker afholdenhed, anbefaler Sundhedsstyrelsen naltrexon eller acamprosat frem for disulfiram.

⁵² Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter løser opgaven under ansvar/delegation fra en læge.

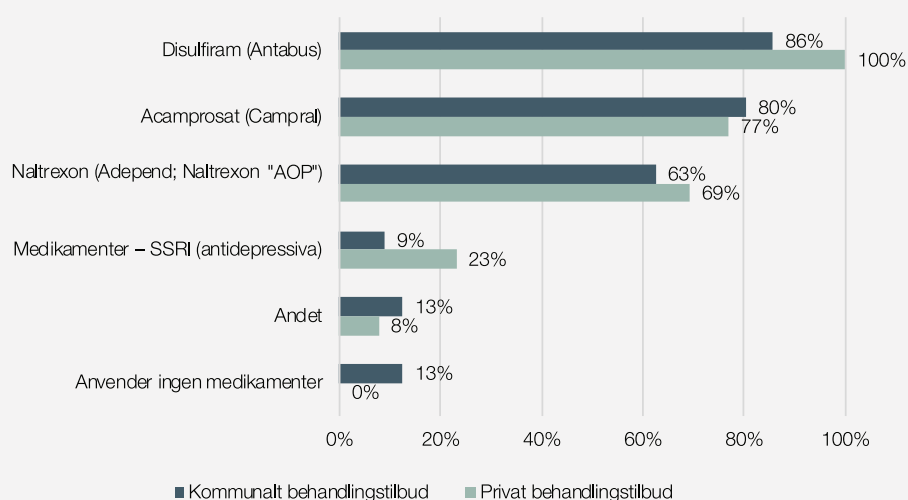
⁵³ Populært kendt som Antabus.

⁵⁴ "National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018.

” Det hedder også: ”Anvend kun disulfiram som supplement til den strukturerede samtalebehandling til personer med alkoholafhængighed med ønske om afholdenhed, efter nøje overvejelse, da effekten er usikker og der kan være bivirkninger.⁵⁴

COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse viser, at stort set alle kommunale behandlingstilbud fortsat benytter disulfiram (86 %), og alle private behandlingstilbud, som har indgået i undersøgelsen, gør det. Det er dog ikke muligt inden for rammerne af selve spørgeskemaundersøgelsen at sige noget om, hvor udbredt brugen (volumen i DDD) af disulfiram er i forhold til de øvrige lægemidler, og om, hvilke målgrupper der især modtager disulfirambehandling.

Figur 13 Anvendte lægemidler i behandling, alkoholbehandlingsstederne



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

⁵⁴ "National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018.



Det er bemærkelsesværdigt, at figuren viser, at der er 13 % af de kommunale alkoholbehandlingstilbud, der rapporterer, at de ikke anvender lægemidler som led i alkoholbehandlingen. Af den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed fremgår det, at Sundhedsstyrelsen generelt anbefaler,

” at lægemidler til behandling af alkoholafhængighed kun bliver tilbudt som supplement til struktureret samtalebehandling, da effekten af lægemidlerne i sig selv er lille.⁵⁵

Det er ikke alle borgere, som skal have lægemidler som en del af deres alkoholbehandling, men tilbuddet om både terapi og farmakologisk behandling som supplement bør være en del af et fagligt bæredygtigt behandlingstilbud, der kan servicere en bred målgruppe af alkoholafhængige. Som tidligere nævnt viste Alkohol og Samfunds undersøgelse fra 2018, at det særligt var kommuner i Region Nordjylland, der ikke tilbød farmakologisk behandling af alkoholafhængighed.

Tal for det årlige salg af lægemidler i Danmark (medstat.dk) (salgstal bygger på data fra Lægemiddelstatistikregisteret) viser, at brugen af disulfiram var i ni-veauet 950.000 DDD/kvartal (definerede døgndoser) ved udgangen af 2013, og at der er sket et fald til cirka 650.000 DDD/kvartal i begyndelsen af 2019.⁵⁶ Anvendelsen af naltrexon har i samme periode ligget forholdsvis stabilt på cirka 20.000 DDD/kvartal, mens acamprosat er steget fra cirka 40.000 DDD/kvartal ved udgangen af 2013 til cirka 95.000 DDD/kvartal ved indgangen til 2019. Det ses således af disse tal, at disulfiram fortsat er det mest anvendte lægemiddel til alkoholbehandling, og at der alene har været en vækst i brugen af det anbefalede nyere lægemiddel med indholdsstoffet acamprosat. Tallene fra medstat.dk dækker over det samlede forbrug af lægemidler i Danmark, og de skal derfor læses med varsomhed, da vi ikke ved, hvorfra lægemidlerne er udskrevet (alkoholbehandlingssted, praktiserende læge, sygehus). De bekræfter dog et generelt billede af, at anbefalingerne om farmakologisk behandling af alkoholafhængighed fra den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed ikke følges.

Af COWI/DECIDES interviewundersøgelse fremgår det, at brugen af disulfiram bl.a. sker som følge af en efterspørgsel fra borgerne. Tradition og sædvane med at udskrive disulfiram spiller givet også en stor rolle.

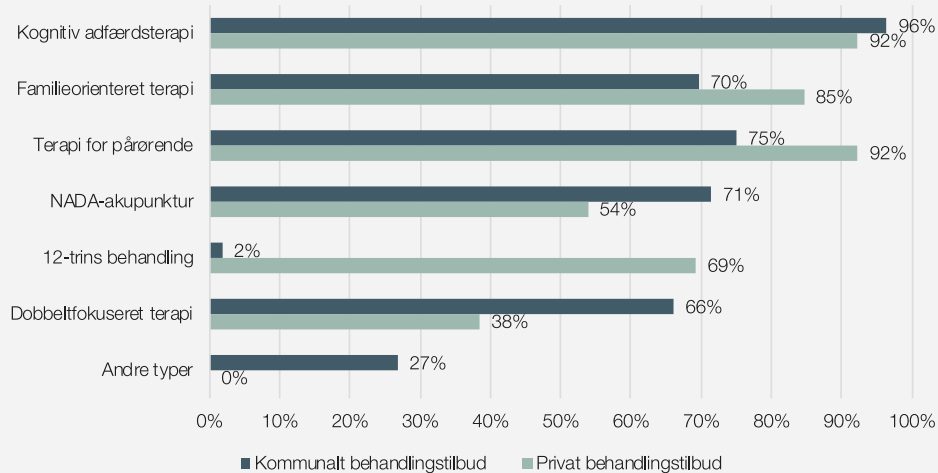
⁵⁵ "National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018.

⁵⁶ Tallene er stillet til rådighed af Statens Institut for Folkesundhed, SDU, jf. "Høringssvar vedrørende udkast til COWI/DECIDE rapport", af 23. oktober 2019.

4.4 METODER OG RETNINGSLINJER

COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse viser, at alkoholbehandlingsstederne anvender en række forskellige metoder i deres behandling, jf. Figur 14. I interviewundersøgelsen blev det uddybet, at brugen af forskellige behandlingsmetoder afhænger af en vurdering af borgerens behov samt af behandlernes uddannelses- og kompetencemæssige baggrund. Blandt 'andre typer' behandling nævnes Motiverende Interview (MI), mindfulness og Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Figur 14 Anvendte typer behandling



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

I den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed anbefales følgende:

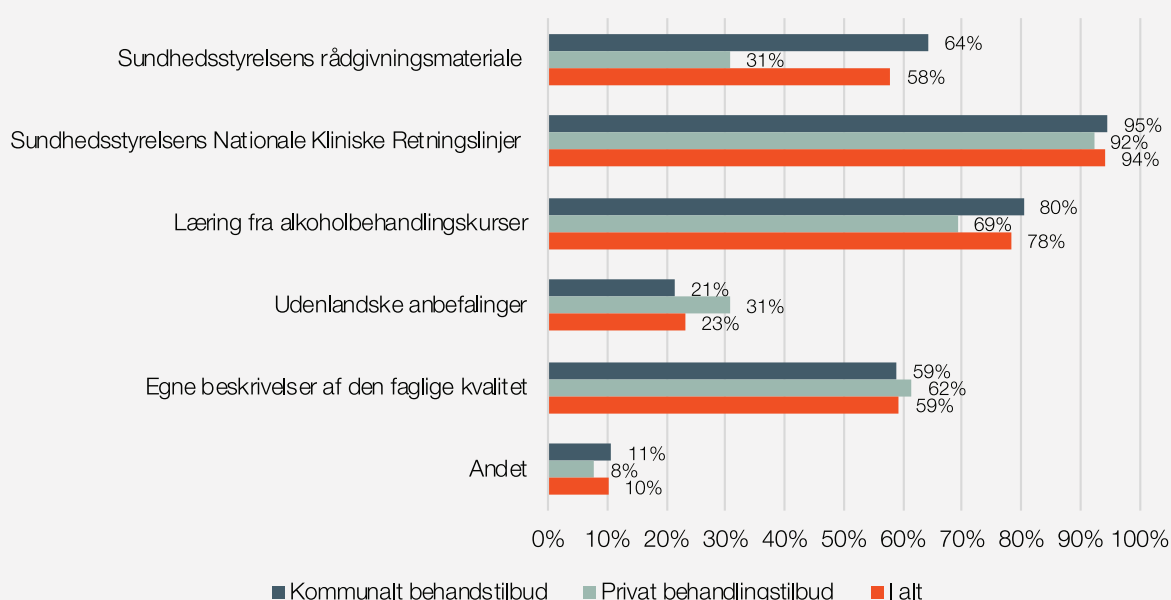
”en stærk anbefaling for alkoholbehandling med deltagelse af pårørende (familiebehandling), frem for individuel behandling af personen med alkoholafhængighed. Desuden anbefales det, at pårørende til personer med alkoholafhængighed får tilbudt professionel rådgivning/vejledning, fordi det øger sandsynligheden for, at personen med alkoholafhængighed kommer i behandling samtidig med, at det kan forbedre de pårørendes trivsel.⁵⁷

Af interviewundersøgelsen fremgår det, at alkoholbehandlingsinstitutioner i store træk kan tilbyde terapi, som er i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer for den ikkefarmakologiske behandling. Spørgeskemaundersøgelsen understøtter dette billede, da den viser, at ”kognitiv terapi”, ”terapi for pårørende” og ”familieorienteret terapi” er de mest forekommende terapiformer i alkoholbehandlingen, men det ses også, at der benyttes en række metoder – med ingen eller mere tvivlsom evidens – som NADA-akupunktur og 12-trinsbehandling. I COWI/DECIDEs interviewundersøgelse fortæller nogle af behandlingsstederne, at de godt ved, at der ikke er evidens for f.eks. NADA-akupunktur og mindfulness som en del af alkoholbehandlingen, men at de anvender metoderne, fordi de er efterspurgt og får borgerne til at ”føle sig godt tilpas.”

⁵⁷ ”National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed”, Sundhedsstyrelsen, 2018.

Spørgeskemaundersøgelsen viser (se Figur 15), at behandlingsstedernes grundlag for deres arbejde primært bygger på de nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed, læring fra alkoholbehandlingskurser og egne beskrivelser af den faglige kvalitet eller Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale. Der er næsten ingen forskel på denne fordeling, hvis man sammenligner de private behandlingssteder med de kommunale på nær brugen af Sundhedsstyrelsens rådgivende materiale, som bliver brugt af færre private behandlingstilbud end kommunale alkoholbehandlingssteder.

Figur 15 Grundlaget, som alkoholbehandlingsstedernes arbejde tilrettelægges efter



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

Figuren viser alkoholbehandlingsstedernes egen selvrapporterede opfattelse af, hvilket grundlag deres arbejde og kliniske praksis tilrettelægges efter. De selvrapporterede data kan nødvendigvis bruges til at sige noget om, hvorvidt alkoholbehandlingsstederne også i praksis følger de faglige anbefalinger mv., som det blev vist i det tidligere afsnit om den farmakologiske behandling af alkoholafhængighed.

RETNINGSLINJER, STANDARDER OG VENTETID

COWI/DECIDEs interviewundersøgelse viser, at de kommunale behandlingssteder efterspørger kvalitetsstandarder (evt. minimumsstandarder) som man f.eks. har på stofområdet.⁵⁸ Behandlingsstederne forklarer, at de allerede arbejder med kvalitetsstandarder og flere har valgt at overføre standarderne fra stofområdet til alkoholbehandlingsområdet. Kvalitetsstandarder kan ifølge en række af de kommunale behandlingssteder bl.a. bidrage til at fastholde et vist serviceniveau for

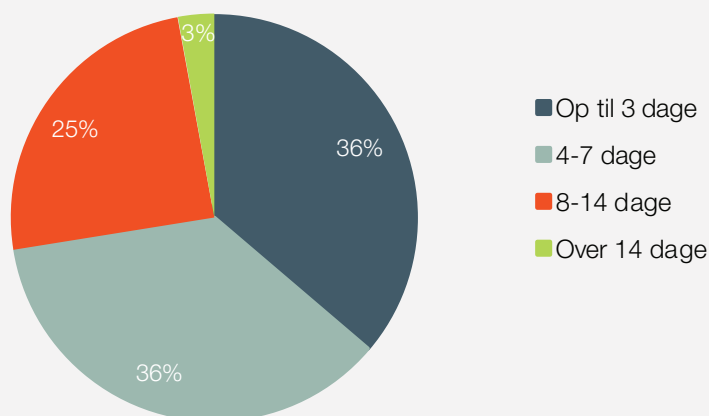
⁵⁸ Jf. bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

kommunens alkoholbehandling, og de kunne bruges til at fastlægge en standard for de private udbyderes ydelser på alkoholbehandlingsområdet. Hovedparten af de interviewede alkoholbehandlinger havde egne kvalitetsstandarder, typisk i form af en fælles standard for både stof- og alkoholbehandling.

Interviewundersøgelsen viser, at behandlingsstederne alle har nedskrevne procedurer for behandlingen. Ligesom de fleste behandlingssteder har procedurer for supervision. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser dog, at ikke alle vurderer, at de arbejder med systematisk feedback.

I nogle kommuner kan borgeren komme i gang med behandling med det samme, mens andre må vente i op til 14 dage (og i få tilfælde længere). Figur 16 viser, at næsten alle behandlingssteder overholder ventetids-/behandlingsgarantien på 14 dage. Figuren viser, at de fleste borgere kommer i gang med behandling inden for en uge. Det skal dog bemærkes, at overholdelsen af ventetids- og behandlingsgarantien ikke er en særlig stærk indikator for kvalitet.⁵⁹

Figur 16 Ventetid på behandling (overholdelse af ventetids- og behandlingsgaranti)



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=69.

COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse viser, at behandlingsstederne i 45 % af tilfældene ikke orienterer den praktiserende læge om behandlingen, selvom borgeren har givet tilladelse hertil. 35 % af behandlingsstederne orienterer dog praktiserende læge både ved opstart og afslutning af alkoholbehandlingen. Resultater fra undersøgelsen viser videre, at de private behandlingssteder er en smule bedre (46 %) til at orientere den praktiserende læge ved opstart og afslutning end de kommunale behandlingssteder (32 %). I Lægeforeningens undersøgelse fra 2012 fandt man, at 67 % af kommunerne orienterede borgerens egen læge, mens 33 % ikke gjorde det. Det kunne derfor tyde på, at alkoholbehandlingerne er blevet dårligere til at orientere egen læge.

⁵⁹ Ved dialogmøde 2 med interessenter, som blev afholdt den 3. oktober 2019, blev der peget på, at en overholdelse af ventetids-/behandlingsgarantien ikke siger noget om "dybden/kvaliteten" af den behandling, som påbegyndes i umiddelbar forlængelse af ventetids-/behandlingsgarantien.

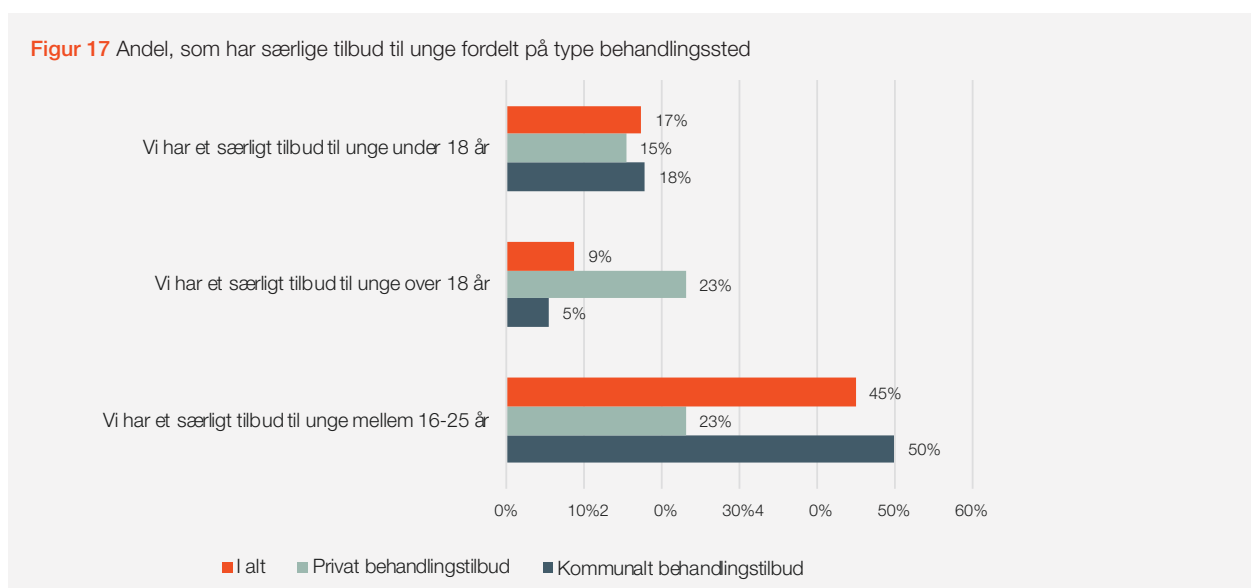
4.5 BEHANDLINGSKRÆVENDE UNGE

Forskningen viser, at alkoholvaner grundlægges i ungdommen, og at unge, der i teenageårene har et stort forbrug af alkohol, senere i livet har større risiko for at drikke mere end andre voksne.⁶⁰ Det betyder, at en tidlig debut øger risikoen for alkoholproblemer og alkoholafhængighed senere i livet.⁶¹ Det taler for, at man så tidligt som muligt opsporer og iværksætter indsatser mod unge med henblik på forebyggelse af senere risikoadfærd og alkoholafhængighed.

COWI/DECIDEs interviewundersøgelse viser, at der er få unge, som alene har en behandlingskrævende alkoholproblematik.⁶² De fleste unge kombinerer et problematisk forhold til både alkohol og stoffer. For majoriteten af unge med en rusmiddelproblematik giver det derfor mest mening at modtage behandling i et 'rusmiddelcenter', hvor begge typer af skadeligt forbrug kan behandles samtidigt. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen behandles unge for både stof- og alkohol i 70 % af tilfældene.

Interviewundersøgelsen viser også, at behandlingen af unge typisk har et mere socialt fagligt fokus end for voksne. Erfaringen i den sammenhæng er, at unge med alkoholproblemer adskiller sig fra voksne med alkoholproblemer. Det skyldes bl.a., at den fysiske afhængighed for de fleste unges vedkommende typisk er mindre end for voksne med alkoholproblemer/afhængighed.

Figur 17 viser andelen af behandlingssteder, som har særlige tilbud til ungemålgruppen.



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=40.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

⁶⁰ McCambridge et al. 2011. "Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies", PLoS.Med.

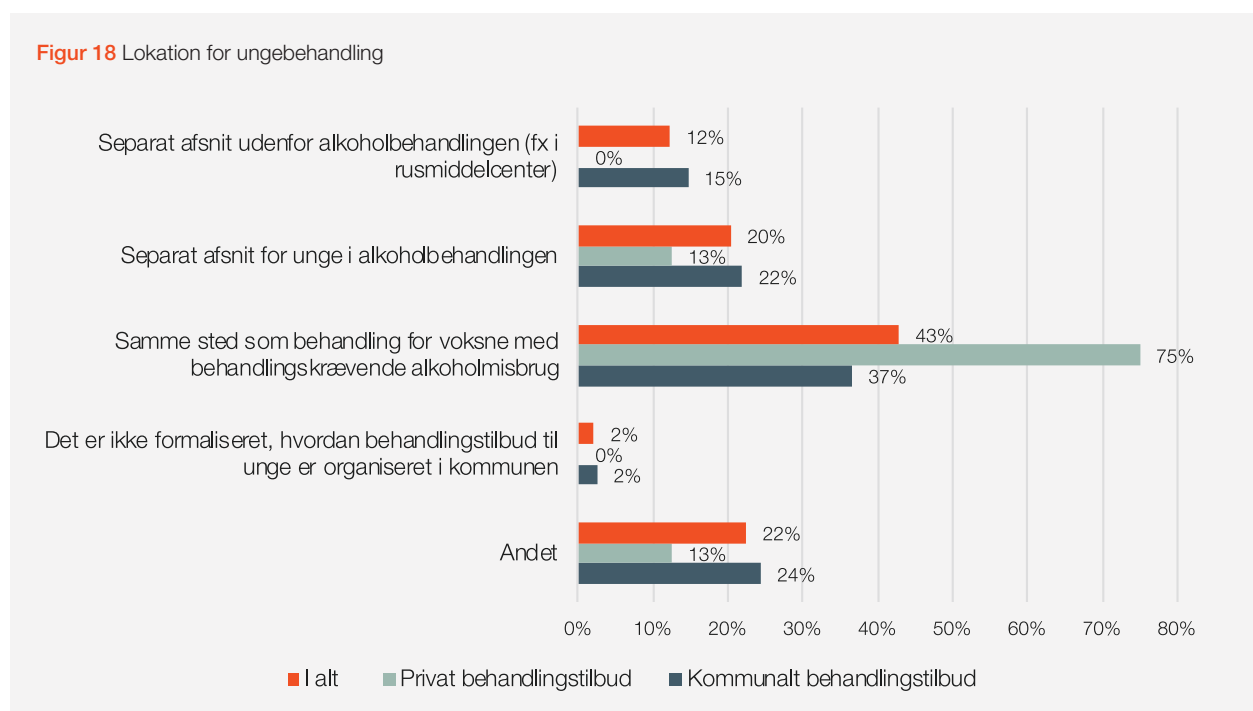
⁶¹ Pitkänen et al. 2005. "Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a followup study from age 8-42 for females and males", Addiction; Grant et al. 2001. "Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year followup", J.Subst.Abuse.

⁶² På andet dialogmødet afholdt den 3. oktober 2019 nævnte nogle af deltagere, at ungebehandlingsstederne oplevede en stigning i unge, som henvender sig med alkohol som hovedstof. Uturn har i deres høringssvar til rapportudkastet også peget på, at de har oplevet en sådan stigning af unge med alkohol som hovedstof, og at de ønsker en nærmere undersøgelse heraf.

På baggrund af spørgeskema- og interviewundersøgelsen er det ikke muligt at sige noget nærmere om, hvad de særlige tilbud til unge mere præcist dækker over. Enkelte steder forklarer alkoholbehandlingsstederne dog, at de f.eks. har særlige behandlere, som varetager behandlingen af unge, og deres tilgang afviger fra den behandling, som de giver til voksne. De har bl.a. et mere helhedsorienteret socialt fagligt sigte med høj grad af fokus på den unges særlige livssituation og -vilkår.

Interviewundersøgelsen viser, at de private behandlingstilbud kun modtager meget få henvendelser fra unge. De kommunale behandlingstilbud har også kun meget få unge, som alene er i alkoholbehandling. Når unge kommer i ambulant alkoholbehandling, tilbydes de typisk ikke en særlig behandling, men der tages hensyn til deres alder, sociale situation, kognitive evner, mv.

Af Figur 18 ses det, at behandling af unge på de private alkoholbehandlingssteder oftest (75 %) foregår det samme sted som behandling for voksne. På de



Kilde: COWI/DECIDEs spørgeskemaundersøgelse, N=40.

Note: Fælleskommunalt behandlingssted (n=1) er inkluderet i kommunalt behandlingstilbud.

kommunale behandlingssteder foregår behandlingen enten samme sted som voksne (37 %) eller i separat afsnit for unge (22 %).

På baggrund af spørgeskema- og interviewundersøgelsen er det ikke muligt at sige noget nærmere om, hvad 'Andet' i figuren dækker over. Man har dog på stofområdet i de seneste år tilrettelagt særlige tilbud for ungebehandling. I interviewundersøgelsen henviste nogle af de kommunale behandlingssteder til, at ungebehandling kunne foregå i sådanne særlige ungeafsnit/tilbud.



BILAG A REFERENCER

"Alkoholbehandling i kommunerne", Lægeforeningen, 2009.

"Alkoholbehandling i kommunerne", Lægeforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

"Alkohol og helbred", Sundhedsstyrelsen, 2008.

"Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige", Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

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

Beretning afgivet af Sundheds- og Ældreudvalget den 29. januar 2019.

"Changes in profile of patients seeking alcohol treatment", Anne-Sophie Schwarz, Bent Nielsen, Anette Søgaard Nielsen, Journal of Public Health, 2018.

"Fakta om kommunal rusmiddelbehandling", Kommunernes Landsforening, 2018.

"Fordobling af antallet i alkoholbehandling i Danmark – fup eller fakta", Ulrik Becker og Morten Grønbæk, 2018.

"Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol", Sundhedsstyrelsen, Nr. 3, 2016.

"Kvalitet i Alkoholbehandlingen 2011", 2. revideret udgave. Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling, Ringgården.

"Kvalitet i alkoholbehandlingen. Et rådgivningsmateriale", Sundhedsstyrelsen, 2008.

"Kommunal alkoholbehandling i 2018 – Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende", Alkohol & Samfund, 2019.

McCambridge et al. 2011. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. PLoS.Med.

"National klinisk retningslinje for behandling alkoholafhængighed", Sundhedsstyrelsen, 2018.

Pitkänen et al. 2005. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a followup study from age 8–42 for females and males. Addiction; Grant et al. 2001. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year followup. J.Subst.Abuse.

"Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2016.

BILAG B METODE

Afdækningen bestod af fire elementer: Desk research, to dialogmøder, en spørgeskemaundersøgelse og casestudier blandt offentlige finansierede alkoholbehandlingssteder i perioden juni til oktober 2019.

B.1 DESK RESEARCH

Desk researchen indebar dels en litteraturgennemgang af eksisterende litteratur på området, herunder en gennemgang af rapporter, der har beskrevet kvaliteten i alkoholbehandlingen i Danmark, samt indledende og eksplorative interviews med tre eksperter med alkoholfaglig indsigt for at få viden om kvaliteten af alkoholbehandlingen i dag. De tre interviewede eksperter/fagpersoner var: Professor, overlæge, dr.med. Ulrik Becker, professor emeritus Lars Iversen og fagleder Torben Vangsted.

Desk researchen har dannet udgangspunkt for, at vi har kunnet lave en beskrivelse af aktører, modeller, organisering mv. på alkoholområdet.

B.2 DIALOGMØDER

Formålet med det første dialogmøde var dels at give interessenter mulighed for at komme med input til vinkler, viden mv., som de mente ville bidrage til servicetjekket, dels at få indkredset, hvordan Sundhedsstyrelsens temaer bedst kunne belyses, og om der var andre temaer, som kunne være relevante at få afdækket i undersøgelsen. På det andet dialogmøde var formålet at præsentere og diskutere resultater og konklusioner for afdækningen med interessenterne fra første dialogmøde.

B.3 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Formålet med spørgeskemaundersøgelse var at danne et billede af kvaliteten og organiseringen af den offentligt finansierede alkoholbehandling. Spørgeskemaundersøgelsen blev stilet til alle offentligt finansierede ambulante alkoholbehandlingssteder i Danmark. I dag bliver den kommunale alkoholbehandling nogle steder varetaget i et tværkommunalt tilbud og i nogle kommuner varetaget af private udbydere. Dette blev der taget højde for i undersøgelsen.

Forud for gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen blev aktører inden for den offentligt finansierede alkoholbehandling kortlagt. Kortlægningen tog udgangspunkt i det Nationale Alkoholbehandlingsregisters (NAB) oversigt over behandlingsinstitutioner. Listen blev sammenholdt med Alkohol og Samfunds respondentliste og Tilbudsportalen. Tilbudsportalen dannede grundlag for den endelige respondentliste til spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaet kan ses i Bilag F.

Spørgeskemaet blev opstillet og udsendt via SurveyXact. Spørgeskemaet blev udsendt til alkoholbehandlingsstedernes e-mailadresser. På baggrund af erfaringer fra Alkohol og Samfundundersøgelsen fra efteråret 2018 fik vi Novavis direktør til

at videresende spørgeskemaet til deres lokale Novaviaafdelinger. Spørgeskemaet er stillet til leder af behandlingsstedet. Der blev udsendt i alt to rykkere.

Spørgeskemaundersøgelsen blev sendt ud til 95 behandlingssteder. I alt svarede 69 behandlingssteder på undersøgelsen, svarende til en svarprocent på 73 %. De delvist gennemførte besvarelser samt ikke besvarede spørgeskemaer er overvejende fra kommunale behandlingstilbud og enkelte fra private behandlingstilbud. Blandt de 69 gennemførte besvarelser er 13 af besvarelserne fra private behandlingstilbud, mens der er én besvarelse fra et fælleskommunalt behandlingstilbud. Det fælleskommunale behandlingstilbud er inkluderet som et kommunalt behandlingstilbud i rapportens resultater.

De fleste kommunale behandlingstilbud har én 'samarbejdspartner' (egen kommune), mens fem behandlingstilbud har samarbejdsaftaler med to eller tre kommuner. Disse kommuner har i spørgeskemaet kunnet besvare for hver kommune, som de leverer alkoholbehandling for. Blandt de 13 private behandlingstilbud varierer det, hvor mange kommuner borgerne primært kommer fra, når de yder ambulant alkoholbehandling. Størstedelen af de private behandlingstilbud modtager borgere fra op til seks kommuner, mens et enkelt privat behandlingstilbud modtager borgere fra 14 kommuner.

B.4 KVALITATIVE INTERVIEWUNDERSØGELSE

Formålet med de kvalitative interviews var at komme mere i dybden med udvalgte alkoholbehandlingsinstitutioner og få afdækket deres erfaringer med og vurdering af kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling. Der blev gennemført i alt 11 casestudier. Fire som besøg og syv som telefoninterviews.

Følgende kommuner/behandlingsinstitutioner var repræsenteret i den kvalitative interviewundersøgelse.

Tabel 2 Oversigt over udvalgte casestudier

Alkoholbehandlingssted	Type	Region	Kommunestørrelse
Århus kommune	Kommunale	Midtjylland	Ca. 350.000 (stor)
Odense Kommune	Kommunal	Syddanmark	Ca. 200.000 (stor)
Gladsaxe Kommune	Kommunal	Hovedstaden	Ca. 67.000 (mellemstor)
Jammerbugt Kommune	Kommunalt	Nordjylland	38.000 (lille)
Fredericia Kommune	Kommunal	Syddanmark	50.000 (mellem)
Lolland Kommune	Kommunal	Sjælland	41.000 (lille)
Ringsted Kommune	Kommunal	Sjælland	33.000 (lille)
Novavi - 1 lokalafdeling	Privat	"Hovedstadsområdet"	-
Alfa København	Privat	København og primært Nordsjælland	-
Esbjerg Kommune	Fælleskommunalt	Syddanmark	-
Center for Forsorg og Behandling	Regionalt	Hovedstaden	-

Interviewguide kan ses i Bilag E.

BILAG C DIALOGMØDER

C.1 PROGRAM TIL DIALOGMØDER

DIALOGMØDE NR. 1



6. juni 2019

Dialogmøde:**Sundhedsstyrelsens servicetjek af
offentlig finansieret alkoholbehandling****Sted:** IDA Conference Center, Kalvebod Brygge 31-33, 1780 København V**Dato og tidspunkt:** Den 12. juni 2019, 9.30 - 12.30**Deltagere:** Se vedlagte deltagerliste

Formålet med dialogmødet er at give en række interessenter mulighed for at komme med input til vinkler, viden mv., som de mener vil bidrage til servicetjekket.

(Jf. Sundhedsstyrelsens invitationsbrev af 20. maj 2019)

Program for dialogmøde

Tid (cirka)	Indhold
9.30-9.50	Velkomst og oplæg om baggrunden for servicetjekket samt om lovgivning, rammer mv. for offentlig finansieret alkoholbehandling – <i>ved Sundhedsstyrelsen</i>
9.50-10.10	Design af afdækningsopgaven om offentlig finansieret alkoholbehandling, metoder til dataindsamling samt inddragelse af interessenter – <i>ved COWI/DECIDE</i>
10.10-11.00	<u>Dialog/gruppearbejde om tema 1:</u> Drøftelse og overordnet vurdering af kvaliteten af offentlig finansieret ambulante alkoholbehandling Spørgsmål: - Hvad er de 3-4 største udfordringer i forhold til at sikre offentlig ambulant alkoholbehandling af høj kvalitet i Danmark? - Hvordan vurderer I overordnet set kvaliteten af den offentlig finansierede alkoholbehandling (evt. scor på skala fra 1-5)
11.00-12.00	<u>Dialog/gruppearbejde om tema 2:</u> Udvalgte emner som er vigtige for kvaliteten af offentlig finansieret alkoholbehandling og som ønskes afdækket jf. Sundhedsstyrelsens opdrag. - Emne 1: Organisering og rammer af ambulant alkoholbehandling - Emne 2: Kompetencer i ambulant alkoholbehandling - Emne 3: Alkoholbehandling - følges retningslinjerne - Emne 4: Behandlingskrævende unge - Emne 5: Tidlig opsporing og rekruttering
12.00-12.30	Oplæg om udfordringer og afgrænsningsproblemer ved afdækningen af kvaliteten af alkoholbehandlingen samt lidt om den videre proces – <i>ved COWI/DECIDE</i> Afsluttende bemærkninger og farvel – <i>ved Sundhedsstyrelsen</i>

DIALOGMØDE NR. 2

**Dialogmøde nr. 2: Sundhedsstyrelsens servicetjek
af offentlig finansieret alkoholbehandling**

Sted: IDA Conference Center, Kalvebod Brygge 31-33, 1780 København V

Dato og tidspunkt: Den 3. oktober 2019, 9.30 – 12.30.

Deltagere: Se vedlagte deltagerliste

Formålet med dialogmødet er at præsentere de foreløbige resultater fra COWI/DECIDEs afdækning af alkoholbehandlingsområdet. Dialogmødet skal give interessenterne mulighed for at kommentere resultater samt drøfte udvalgte temaer. Sundhedsstyrelsen vil fortælle om baggrund og den videre proces for servicetjekket.

Det skal bemærkes, at der bliver mulighed for, at de inviterede interessenter (jf. deltagerlisten) også kan komme med skriftlige kommentarer til COWI/DECIDEs udkast til afdækningsrapport i forbindelse med en høringsproces. Høringsprocessen gennemføres i forlængelse af dialogmødet med en kort tidsfrist.

Program for dialogmøde

Tid (cirka)	Indhold
9.30-10.00	Velkomst og oplæg om baggrunden for servicetjekket <i>ved Sundhedsstyrelsen</i>
10.00-11.00	Fremlæggelse af de foreløbige resultater fra COWI/DECIDEs afdækning af kvaliteten af alkoholbehandlingsområdet. Temaer er følgende: • Organisering og kapacitet • Uddannelse og kompetencer • Opsporing/rekruttering, behandling og retningslinjer • Behandlingskrævende unge Diskussion og kommentarer til de foreløbige resultater i plenum. <i>ved COWI/DECIDE</i>
11.00-12.00	Dialog/gruppearbejde om udvalgte emner: • Hvilke målgrupper udgør en særlig udfordring for alkoholbehandlingen? • Hvad er de største udfordringer i samspillet mellem offentlige og private udbydere af alkoholbehandling? • Hvilke redskaber skal tages i brug (retningslinjer, lovgivning, uddannelse, mv.), hvis kvaliteten i alkoholbehandlingen skal løftes? • Er de nuværende tilbud til unge med en rusmiddelproblemer tilstrækkelige?

C.2 EMNER DISKUTERET PÅ DIALOGMØDE

Emne 1: Organisering og rammer for ambulant alkoholbehandling

Hvad er de 2-3 største styrker og svagheder i forhold til organisering/rammer for den offentlige alkoholbehandling?

Giv konkrete forslag til, hvordan organisering/rammer kunne ændres/justeres med henblik på at løfte kvaliteten af alkoholbehandlingen?

Emne 2: Tidlig opsporing og rekruttering

Hvilke hovedudfordringer er der i forhold til at sikre bedre tidlig opsporing og rekruttering til den offentlig finansierede alkoholbehandling? Hvad fungerer godt i dag i forhold til tidlig opsporing og rekruttering?

Giv konkrete forslag til, hvordan opsporing og rekruttering kan styrkes?

Emne 3: Kompetencer i den ambulante alkoholbehandling

Hvad er de 2-3 største styrker og svagheder i relation til kompetenceniveauet i den ambulante alkoholbehandling?

Giv konkrete forslag til, hvordan kompetenceniveauet kan styrkes i den ambulante alkoholbehandling?

Emne 4: Evidens og retningslinjer

Er det nuværende faglige grundlag (SSTs rådgivningsmateriale, National Klinisk Retningslinje, kommunal godkendelsesordning) for den ambulante alkoholbehandling tilstrækkeligt til at sikre høj kvalitet?

Giv forslag til hvordan det faglige grundlag evt. kan ændres/styrkes med henblik på at sikre højere kvalitet i alkoholbehandlingen?

Emne 5: Behandlingskrævende unge (16-25 år?)

Hvilke tilbud findes der til unge med et behandlingskrævende alkoholmisbrug? I hvilken udstrækning nås behandlingskrævende unge med alkoholmisbrug af den offentlig finansierede ambulante alkoholbehandling?

Hvordan kan indsatsen overfor unge med et behandlingskrævende alkoholmisbrug styrkes?

BILAG D FORSLAG TIL FORBEDRINGER FRA DIALOGMØDE

Ved det første dialogmøde afholdt d. 12. juni 2019 blev forslag til forbedringer på alkoholbehandlingsområdet diskuteret efter emne. Deltagerne diskuterede de mulige forbedringer i grupper, hvorefter der blev samlet op på diskussionen i plenum. Forslagene til forbedringer kan ikke ses som et udtryk for, at alle på dialogmødet var enige om, hvad man skulle forbedre ved alkoholbehandlingen. Forbedringsforslagene er alene en opsamling af, hvad en række af de forskellige deltagere ved dialogmødet bød ind med af forbedringsforslag. Nedenfor fremgår deltagerens forslag til forbedringer inden for fem udvalgte emner:

Emne 1: Organisering og rammer for ambulant alkoholbehandling

- › Flere sundhedsfaglige kompetencer, herunder socialsygeplejersker
- › Strammere kriterier for godkendelse af offentligt finansierede alkoholbehandlingssteder
- › Bedre/mere regulering på området, herunder standard for behandling fra visitation til opfølgning
- › Have samme struktur for behandling for f.eks. somatiske patienter på tværs af landet.

Emne 2: Tidlig opsporing og rekruttering

- › Forenkling af henvisningspraksis
- › Bedre systematik i forhold til screening både i kommunerne, regionerne og i almen praksis.

Emne 3: Kompetencer i den ambulante alkoholbehandling

- › Fastholde uddannelse og evt. indføre autorisation
- › Dele vejledninger mellem kommuner og indføre minimumsstandarder
- › Akkreditering.

Emne 4: Evidens og retningslinjer

- › Præcis lovgivning og bindende kliniske retningslinjer (f.eks. se NICE)
- › Tydelig kommunikation for forløb
- › Krav til samarbejde
 - › Uddannelse ovenpå grunduddannelse bør være et krav
 - › Takster for behandling
 - › Private tilbud godkendes centralt.

Emne 5: Behandlingskrævende unge (16-25 år)

- › Separat tilbud tilrettelagt for unge, som bør inkludere både alkohol- og stofbehandling. Der bør være tilrettelagt særlige behandlingstilbud til unge
- › Generel screening også i forhold til alkohol
- › Se på konsekvenser i stedet for forbrug, når det handler om unge.

BILAG E INTERVIEWGUIDE

Interviewguide til brug for undersøgelse af offentlig finansieret ambulant alkoholbehandling

Formålet med interviewundersøgelsen er at komme i dybden med udvalgte alkoholbehandlingsinstitutioner og få afdækket deres erfaringer med og vurdering af kvaliteten af den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling. Vi gennemførte i alt interviews ved ni alkoholbehandlingssteder; tre ved besøgsinterview og seks ved telefoninterview.

Ved besøgsinterview var metoden et fokusgruppeinterviews med leder og en til to behandlere, mens de seks telefoninterview gennemførtes med lederen af alkoholbehandlingsinstitutionen. Interviewundersøgelsen var semistruktureret og nedenfor ses de spørgsmål, som vi tog udgangspunkt i ved interviewene.

TEMAER	SPØRGSMÅL
Organisering, kapacitet, opsporing og screening	› Hvorledes er den ambulante alkoholbehandling organiseret og forankret? Beskriv organisering og ledelse mv. › Hvilke typer forløb tilbyder jeres behandlingssted? Og hvor modtager I borgere fra? › Varetager I behandling af unge med behandlingskrævende misbrug? › Hvordan vurderer I jeres kapacitet (antal i behandling) i forhold til efterspørgsel og vurderet behov? › Hvordan opsporer I mennesker med alkoholmisbrug? › Hvordan screener I (i kommunen/regionen) for alkoholmisbrug? › Hvordan oplyser I borgerne om mulighederne for at blive behandlet for alkoholproblemer? › Hvordan sikrer I, at behandlingsgarantien overholdes? › Hvordan ser de 3-4 mest typiske profiler ud på borgere, som I får i behandling? › Hvor mange af borgerne i alkoholbehandling er gengangere?
Kompetencer hos alkoholbehandlere	› Hvor mange personer er beskæftiget med ambulant alkoholbehandling (inkl. psykologer, læger, sygeplejersker mv.)? Angiv gerne i cirka antal årsværk. › Er I tilfredse med de kompetencer og faglige profiler, som I har i alkoholbehandlingen? › Hvor mange behandlere har relevant kompetencegivende efteruddannelse? (Kognitiv adfærdsterapi, kognitiv eller systemisk familierapi, anden terapeutisk uddannelse og/eller grunduddannelse for alkoholbehandlere i offentlig ambulant alkoholbehandling). › Hvordan er lægedækningen i alkoholbehandlingen? Fast tilknyttet, konsulentbasis eller andet? Tilknyttet psykiater? › Mangler I nogle kompetencer i jeres team? Har I systematisk supervision?

TEMAER	SPØRGSMÅL
Udredning, behandling og retningslinjer ("kvalitet")	› Hvad tænker I grundlæggende om alkoholafhængighed? Hvad er jeres holdning og tilgang til alkoholafhængighed? › Hvordan fungerer visitation fra praktiserende læge, sygehusafdeling, psykiatri mv.? (beskriv graden af formalisering og procedurer) › Hvilke metoder bruges til udredning af patienter (ASI, Mini-ASI, MATE, UngMap etc.)? › Hvordan og hvem vurderer, om borgeren lider af samtidig somatisk sygdom eller psykiatrisk sygdom? Sker der en systematisk udredning af alle? › Hvordan og hvem udreder, om borgeren har brug for afrusning eller abstinensbehandling? › Står I selv for afrusning og abstinensbehandling? Hvis ja, hvordan og hvilke metoder/lægemidler anvendes? Hvis ikke, hvordan sker afrusningen, og hvem forestår denne? › Har I en behandlingsprotokol (manual), og er den skriftlig? › På hvilket grundlag og af hvem er behandlingsprotokollen udarbejdet? › Udarbejdes der en behandlingsplan for hver patient (og pårørende)? Hvordan sikrer I, at der arbejdes efter behandlingsplanen? › Afholder I konference, hvor man drøfter borgerens forløb? Hvordan foregår det konkret, og er der skriftlige retningslinjer for konferencen? › Differentierer I behandlingen efter målgruppe? Hvorfor/hvorfor ikke? (f.eks. socialt udsatte, personer med kognitive skader, personer med forskellige psykiske lidelser, gravide, kvinder udsat for vold, unge, personer i familier med børn). › Hvilke typer rådgivning/terapi benytter I? (f.eks. miljøterapi herunder 12-trinsbehandling, kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtaler, kognitiv adfærdsterapeutisk familieorienteret alkoholbehandling, Community Reinforcement Approach (CRA samt CRAFT for familiegrupper), Assertive Community Treatment (ACT), Intensive Case Management (ICM) eller Critical Time Intervention (CTI)). › Hvordan inddrages den drikkende i planlægningen af sin egen behandling? › Hvordan inddrages familie/pårørende i behandlingen? › Hvordan er den farmakologiske behandling? Hvilke lægemidler anvendes? Hvorfor? › Hvordan gør I brug af Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale, og i hvilket omfang vurderer I, at I lever op til indholdet af rådgivningsmaterialet? › Hvordan gør I brug af NKR, og i hvilket omfang vurderer I, at I lever op til indholdet af NKR? › Har I kvalitetsstandarder og arbejder efter disse? Hvad er jeres oplevelse af kvalitetsstandarder? › Kunne I tænke jer, at der var bindende mindstekrav og/eller kvalitetsstandarder for alkoholbehandlingen? (udarbejdet af Sundhedsstyrelsen). › Hvordan arbejder I med data i alkoholbehandlingen, og har I en datadreven praksis? › Hvordan arbejder I med udvikling af nye tiltag og metoder i alkoholbehandlingen, f.eks. brug af video og lignende?

TEMAER	SPØRGSMÅL
Samarbejder	› Har I etableret og beskrevet samarbejde om modtagelse af patienter fra sygehusene i jeres optageområde? › Har I en aftale med behandlingspsykiatrien om vurdering af patienter? (med henblik på f.eks. at afgøre om patientens afrusning forudsætter indlæggelse og/eller behandling i sygehus eller kommunalt regi). › Har I et formaliseret samarbejde med behandlingspsykiatrien om behandling af borgere med en såkaldt dobbeltdiagnose? › Er der et fungerende samarbejde med almen praktiserende læger i jeres optageområde? Hvordan fungerer det? › Hvordan vurderer I overordnet jeres samarbejde med sygehuse, almen praksis, kommunale instanser mv.? › Hvis I samarbejder med ambulant, dag- eller døgntilbud, hvordan udvælger I da jeres offentlige eller private leverandører/samarbejdspartnere? Er der kriterier for udvælgelsen?
Behandlingskrævende unge	› Har I særlig indsats for tidlig opsporing af unge med alkoholafhængighed og/eller behandlingskrævende alkoholforbrug? › Hvordan er misbrugsområdet for unge organiseret hos jer? › Har I specifikke tilbud til unge med alkoholafhængighed? › Hvis ja, omfatter tilbuddet også behandling for stofmisbrug? Hvis nej, hvorfor ikke? › Har I en anden tilgang til unge i behandling end voksne? Forklar, hvordan. › Hvordan er samspillet mellem forebyggelse og behandling på alkoholområdet for unge? › Hvor mange unge i alkoholmisbrugsbehandling vurderer du, at I har haft det seneste år? (16-25 år)
Diverse spørgsmål og vurdering	› Hvad er fordele og ulemper ved muligheden for at være anonym i forbindelse med ambulant alkoholbehandling? For jer (alkoholbehandlingen) og for borgeren. › Hvordan er mulighederne for dag- eller døgnbehandling i kommunen/regionen? Hvilken betydning har det for den ambulante alkoholbehandling? › Hvordan oplever I generelt, at kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling er på tværs af kommuner? Og hvordan har den udviklet sig? › Fordele og ulemper ved at alkohol og stofområdet ligger sammen/adskilt? › Hvordan ser det "grå marked" – de private tilbud uden aftale med en kommune – ud i kommunen/regionen? › Hvis I skal nævne et område, hvor jeres kvalitet halter mest, hvad er det så? › Hvis I skal nævne et område, hvor I gør det særligt godt i relation til den ambulante alkoholbehandling, hvor er det så? › Hvad er de 2-3 vigtigste læringspunkter, som I har fået ud af at bedrive alkoholbehandling gennem de seneste år? › Hvis I frit kunne vælge – og ikke skulle tage hensyn til økonomi – hvilke initiativer ville I ønske taget hhv. på landsplan og i jeres kommune/region/institution for at forbedre alkoholbehandlingen? › Oplever I, at alkoholbehandling er et prioriteret område (økonomisk, ledelsesmæssigt, politisk) i hhv. jeres kommune og nationalt?

BILAG F SPØRGESKEMA

Gennemgående for det udsendte spørgeskema gælder, at hvis organisationen yder service for flere kommuner, skulle svaret angivet for hver kommune. Dette fremgår ikke af nedenstående spørgeskema for at gøre det muligt at få overblik over spørgsmål. Samtidigt skal det bemærkes, at der er tilfælde, hvor spørgsmålet er særligt målrettet til hhv. privat, kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt. De tilfælde ses i tabellen.

Tak fordi du vil deltage i undersøgelsen. Spørgeskemaet begynder på næste side.

Undersøgelsen bedes besvaret af leder på behandlingsstedet eller en medarbejder udpeget af lederen.

Varetager I offentlig finansieret ambulant alkoholbehandling i din organisation?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvad er din stillingbetegnelse?

- (1) ☐ Leder
- (2) ☐ Sagsbehandler
- (3) ☐ Alkoholbehandler
- (4) ☐ Andet _____

Hvorledes er I organiseret i den institution, du repræsenterer?

- (1) ☐ Vi er et kommunalt behandlingstilbud for alkoholbehandling
- (2) ☐ Vi er en del af et fælleskommunalt samarbejde om alkoholbehandling
- (3) ☐ Vi er et regionalt behandlingstilbud
- (4) ☐ Vi er et privat tilbud, som leverer offentlig finansieret ambulant alkoholbehandling (Novavi, Blå Kors eller lignende)

De følgende spørgsmål omhandler, hvordan den ambulante alkoholbehandling er organiseret. Følgende spørgsmål i tabellen varierer alt efter, om behandlingstilbuddet enten er et privat tilbud eller et kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbuddene.

Kommunalt, fælleskommunalt eller regionale behandlingstilbud	Private behandlingstilbud
Hvor mange kommuner har I samarbejdsaftaler (driftsaftaler med) om at yde services indenfor ambulant alkoholbehandling? (8) ☐ 1 (2) ☐ 2 (3) ☐ 3 (4) ☐ 4 (5) ☐ 5	
Du bedes udfylde hvilke(n) kommune(r) din organisation yder service for. (1) ☐ Albertslund (2) ☐ Allerød (3) ☐ Assens (4) ☐ Ballerup (5) ☐ Billund (6) ☐ Bornholm (7) ☐ Brøndby (8) ☐ Brønderslev (9) ☐ Dragør (10) ☐ Egedal (11) ☐ Esbjerg (12) ☐ Fanø (13) ☐ Favrskov (14) ☐ Faxe (15) ☐ Fredensborg (16) ☐ Fredericia (17) ☐ Frederiksberg (18) ☐ Frederikshavn	Fra hvilke(n) kommune(r) kommer borgerne primært fra (den største volumen), når I yder ambulante alkoholbehandling? (1) ☐ Albertslund (2) ☐ Allerød (3) ☐ Assens (4) ☐ Ballerup (5) ☐ Billund (6) ☐ Bornholm (7) ☐ Brøndby (8) ☐ Brønderslev (9) ☐ Dragør (10) ☐ Egedal (11) ☐ Esbjerg (12) ☐ Fanø (13) ☐ Favrskov (14) ☐ Faxe (15) ☐ Fredensborg (16) ☐ Fredericia (17) ☐ Frederiksberg (18) ☐ Frederikshavn

(19)	☐ Frederikssund	(19)	☐ Frederikssund
(20)	☐ Furesø	(20)	☐ Furesø
(21)	☐ Faaborg-Midtfyn	(21)	☐ Faaborg-Midtfyn
(22)	☐ Gentofte	(22)	☐ Gentofte
(23)	☐ Gladsaxe	(23)	☐ Gladsaxe
(24)	☐ Glostrup	(24)	☐ Glostrup
(25)	☐ Greve	(25)	☐ Greve
(26)	☐ Gribskov	(26)	☐ Gribskov
(27)	☐ Guldborgsund	(27)	☐ Guldborgsund
(28)	☐ Haderslev	(28)	☐ Haderslev
(29)	☐ Halsnæs	(29)	☐ Halsnæs
(30)	☐ Hedensted	(30)	☐ Hedensted
(31)	☐ Helsingør	(31)	☐ Helsingør
(32)	☐ Herlev	(32)	☐ Herlev
(33)	☐ Herning	(33)	☐ Herning
(34)	☐ Hillerød	(34)	☐ Hillerød
(35)	☐ Hjørring	(35)	☐ Hjørring
(36)	☐ Holbæk	(36)	☐ Holbæk
(37)	☐ Holstebro	(37)	☐ Holstebro
(38)	☐ Horsens	(38)	☐ Horsens
(39)	☐ Hvidovre	(39)	☐ Hvidovre
(40)	☐ Høje-Taastrup	(40)	☐ Høje-Taastrup
(41)	☐ Hørsholm	(41)	☐ Hørsholm
(42)	☐ Ikast-Brandø	(42)	☐ Ikast-Brandø
(43)	☐ Ishøj	(43)	☐ Ishøj
(44)	☐ Jammerbugt	(44)	☐ Jammerbugt
(45)	☐ Kalundborg	(45)	☐ Kalundborg
(46)	☐ Kerteminde	(46)	☐ Kerteminde
(47)	☐ Kolding	(47)	☐ Kolding

(48)	☐ København	(48)	☐ København
(49)	☐ Køge	(49)	☐ Køge
(50)	☐ Langeland	(50)	☐ Langeland
(51)	☐ Lejre	(51)	☐ Lejre
(52)	☐ Lemvig	(52)	☐ Lemvig
(53)	☐ Lolland	(53)	☐ Lolland
(54)	☐ Lyngby-Taarbæk	(54)	☐ Lyngby-Taarbæk
(55)	☐ Læsø	(55)	☐ Læsø
(56)	☐ Mariagerfjord	(56)	☐ Mariagerfjord
(57)	☐ Middelfart	(57)	☐ Middelfart
(58)	☐ Morsø	(58)	☐ Morsø
(59)	☐ Norddjurs	(59)	☐ Norddjurs
(60)	☐ Nordfyn	(60)	☐ Nordfyn
(61)	☐ Nyborg	(61)	☐ Nyborg
(62)	☐ Næstved	(62)	☐ Næstved
(63)	☐ Odder	(63)	☐ Odder
(64)	☐ Odense	(64)	☐ Odense
(65)	☐ Odsherred	(65)	☐ Odsherred
(66)	☐ Randers	(66)	☐ Randers
(67)	☐ Rebild	(67)	☐ Rebild
(68)	☐ Ringkøbing-Skjern	(68)	☐ Ringkøbing-Skjern
(69)	☐ Ringsted	(69)	☐ Ringsted
(70)	☐ Roskilde	(70)	☐ Roskilde
(71)	☐ Rudersdal	(71)	☐ Rudersdal
(72)	☐ Rødovre	(72)	☐ Rødovre
(73)	☐ Samsø	(73)	☐ Samsø
(74)	☐ Silkeborg	(74)	☐ Silkeborg
(75)	☐ Skanderborg	(75)	☐ Skanderborg
(76)	☐ Skive	(76)	☐ Skive

(77)	☐ Slagelse	(77)	☐ Slagelse
(78)	☐ Solrød	(78)	☐ Solrød
(79)	☐ Sorø	(79)	☐ Sorø
(80)	☐ Stevns	(80)	☐ Stevns
(81)	☐ Struer	(81)	☐ Struer
(82)	☐ Svendborg	(82)	☐ Svendborg
(83)	☐ Syddjurs	(83)	☐ Syddjurs
(84)	☐ Sønderborg	(84)	☐ Sønderborg
(85)	☐ Thisted	(85)	☐ Thisted
(86)	☐ Tønder	(86)	☐ Tønder
(87)	☐ Tårnby	(87)	☐ Tårnby
(88)	☐ Vallensbæk	(88)	☐ Vallensbæk
(89)	☐ Varde	(89)	☐ Varde
(90)	☐ Vejen	(90)	☐ Vejen
(91)	☐ Vejle	(91)	☐ Vejle
(92)	☐ Vesthimmerland	(92)	☐ Vesthimmerland
(93)	☐ Viborg	(93)	☐ Viborg
(94)	☐ Vordingborg	(94)	☐ Vordingborg
(95)	☐ Ærø	(95)	☐ Ærø
(96)	☐ Aabenraa	(96)	☐ Aabenraa
(97)	☐ Aalborg	(97)	☐ Aalborg
(98)	☐ Aarhus	(98)	☐ Aarhus

Hvilken forvaltning er den ambulante alkoholbehandling organiseret under?

	Socialforvaltningen	Sundhedsforvaltningen	Arbejdsmarkedsforvaltningen	Andet – angiv hvilken forvaltning
Kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbud	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐ _____

Vælg venligst hvilke typer af behandling din organisation tilbyder:

Sæt gerne flere krydser.

	Ambulant behandling	Dagbehandling	Døgnbehandling
Kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbud	(3) ☐	(4) ☐	(6) ☐

Er den ambulante alkoholbehandling leveret af:

	Egen leverandør	Ekstern leverandør
Kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbud	(1) ☐	(2) ☐

Er alkohol dagbehandling leveret af:

	Egen leverandør	Ekstern leverandør
Kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbud	(1) ☐	(2) ☐

Er alkohol døgnbehandling leveret af:

	Egen leverandør	Ekstern leverandør
Kommunalt, fælleskommunalt eller regionalt behandlingstilbud	(1) ☐	(2) ☐

Du har svaret, at I er et privat tilbud, som leverer offentlig finansieret alkoholbehandling. Vælg venligst hvilken andre former for alkoholbehandling I varetager:

Sæt gerne flere krydser

- (1) ☐ Vi leverer ydelser i enkeltssager for kommunen
- (2) ☐ Vi varetager hele den kommunale alkoholbehandling (ambulant, dag- og døgnbehandling)
- (3) ☐ Vi varetager ambulant behandling
- (4) ☐ Vi varetager dagbehandling
- (5) ☐ Vi varetager døgnbehandling

Er den ambulante alkoholbehandling og stofbehandling i samme organisation?

	Ja	Nej
Ledelsesmæssigt	(1) ☐	(2) ☐
Geografisk (samme lokaler)	(1) ☐	(2) ☐

De følgende spørgsmål vedrører, hvordan den ambulante alkoholbehandling foregår, og hvilke behandlingsmetoder der anvendes.

Hvorfra bliver borgerne henvist eller opfordret til at søge hjælp? Sæt gerne flere krydser

- (2) ☐ Selvhenvendere (henvendelse uden henvisning)
- (3) ☐ Praktiserende læge
- (4) ☐ Hospitalsafdeling (somatisk inkl. skadestue)
- (5) ☐ Hospitalsafdeling (psykiatrisk, inkl. skadestue og distriktpsychiatri)
- (6) ☐ Familie/venner/arbejdsgiver
- (7) ☐ Politi/kriminalforsorgen
- (8) ☐ Kommunalforvaltning
- (9) ☐ Andet _____

Prioriter i en prioriteret rækkefølge, hvorfra borgerne oftest bliver henvist eller opfordret til at søge hjælp? (Sæt det sted, hvor flest bliver henvist fra, øverst og det sted, hvor færrest bliver henvist fra, nederst. Du kan trække rubrikkerne op og ned)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Selvhenvendere (henvendelse uden henvisning)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Praktiserende læge	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Hospitalsafdeling (somatisk inkl. skadestue)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Hospitalsafdeling (psykiatrisk, inkl. skadestue og distriktpsychiatri)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Familie/venner/arbejdsgiver	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Politi/kriminalforsorgen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Kommunal forvaltning	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐
Andet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐

Hvor mange borgere har I i ambulant alkoholbehandling i din organisation? (Angiv et gennemsnit (set over det sidste år) for antallet af borgere, som I har indskrevet i behandling)

- (2) ☐ <50
(3) ☐ 50-99
(4) ☐ 100-199
(5) ☐ 200-499
(6) ☐ 500-999
(7) ☐ ≥1000

Hvilke typer behandling tilbyder I som del af den ambulante alkoholbehandling? Sæt gerne flere krydser

- (1) ☐ Farmakologisk behandling
(2) ☐ Psykosocial behandling
(3) ☐ Kognitiv adfærdsterapi
(4) ☐ Familieorienteret terapi
(5) ☐ Terapi for pårørende
(6) ☐ NADA-akupunktur
(7) ☐ 12-trins behandling
(8) ☐ Dobbeltfokuseret terapi
(9) ☐ Andre typer - skriv venligst her: _____

Varetager I selvstændigt afrusning og abstinensbehandling i jeres organisation?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Har I egne retningslinjer (instrukser) for kontrol af borgerne i afrusning og abstinensbehandling?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Hvor ofte kontrollerer I typisk afrusningen og abstinensbehandlingen?

- (1) ☐ Daglig kontrol
(2) ☐ Med få dages interval
(3) ☐ Ugentligt
(4) ☐ Sjældnere

Hvem foretager afrusning og abstinensbehandling? Sæt gerne flere krydser

- (1) ☐ Alkoholbehandler
(2) ☐ Misbrugsbehandler

- (3) ☐ Social- og sundhedsassistent
- (4) ☐ Sygeplejerske
- (5) ☐ Læge
- (6) ☐ Anden _____

Har I etableret faste samarbejdsaftaler om indlæggelse på døgninstitution/ hospitalsafdeling til afrusning og abstinensbehandling, hvis der skønnes behov?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Udvælger I døgnbehandlingsinstitution efter særlige kriterier?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvilke kriterier udvælger i døgnbehandlingsinstitution efter?

Anvender I et eller flere af følgende medikamenter til behandling af alkoholafhængighed (ikke evt. psykiatrisk lidelse)?

Sæt evt. flere krydser

- (1) ☐ Disulfiram (Antabus)
- (2) ☐ Acamprosate (Campral)
- (3) ☐ Naltrexon (Adepend; Naltrexon "AOP")
- (4) ☐ SSRI (antidepressiva)
- (5) ☐ Andet (nævn) _____
- (6) ☐ Anvender ingen medikamenter

Foretager I systematisk screening for psykiatrisk comorbiditet i jeres organisation?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Med hvilket instrument?

Sæt evt. flere krydser

- (1) ☐ ASI (Addiction Severity Index)
- (2) ☐ M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview)
- (3) ☐ Andet (nævn) _____

Foretager I systematisk screening for somatisk comorbiditet i jeres organisation?(1) ☐ Ja(2) ☐ Nej

De følgende spørgsmål handler om, hvor mange og hvilke ressourcer kommunen har afsat til ambulant alkoholbehandling.

Oplysningerne om ansatte og faggrupper i jeres organisation, kan evt. hentes fra Tilbudsportalen (<https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/landing/index>). Det er vigtigt, at vi får så opdaterede oplysninger som muligt, så derfor beder vi jer udfylde skemaet og gerne tjekke med tallene på Tilbudsportalen.

Hvor mange personer (omregnet til årsværk) er beskæftiget med ambulant alkoholbehandling (inkl. psykologer, læger og behandlere/terapeuter) i jeres organisation?**Angiv antal årsværk i alt.**

Hvor mange af disse årsværk har følgende uddannelsesbaggrund?**(Angiv ca. antal årsværk ud for hver kategori)**

- › Læger
- › Sygeplejersker
- › Anden sundhedsfaglig (fx social- og sundhedsassistent)
- › Social (fx socialrådgiver)
- › Pædagogisk (fx socialpædagog)
- › Psykologer
- › Andet

Ved angivelse af andet, uddyb venligst hvilken uddannelse?

Har I fastansatte læge(r) i jeres organisation?(1) ☐ Ja(2) ☐ Nej

›

**Hvor mange alkoholbehandlere har en kompetencegivende efteruddannelse?
(Angiv antal årsværk ud for hver kategori)**

Kognitiv adfærdsterapi _____

Kognitiv eller systemisk familieterapi _____

Anden terapeutisk uddannelse _____

Grunduddannelse for alkoholbehandlere
i offentlig ambulant alkoholbehandling _____

Hvordan sikres udvikling af medarbejdernes kompetencer i øvrigt? Sæt gerne flere krydser.

- (1) ☐ Der er faste programmer for introduktion af nye medarbejdere
- (2) ☐ Der er supervision af medarbejdere
- (3) ☐ Andet [skriv gerne hvordan] _____

Orienterer alkoholbehandlerne borgernes egen praktiserende læge om behandlingen (hvis borgeren har givet tilladelse)?

- (1) ☐ Ja, ved opstart
- (2) ☐ Ja, både ved opstart og afslutning
- (3) ☐ Ja, ved afslutning af patienterne
- (4) ☐ Nej

Hvor lang tid går der fra henvendelse med ønske om alkoholbehandling til, at borgeren kan komme i gang med behandling i din organisation?

- (1) ☐ < 3 dage
- (2) ☐ 4-7 dage
- (3) ☐ 8-14 dage
- (4) ☐ > 14 dage

Hvor stor en andel (i procent) er gengangere i alkoholbehandlingen? Angiv cirka andel i procent

- (1) ☐ 0-10%
- (2) ☐ 10-20%
- (3) ☐ 20-30%
- (4) ☐ 30-40%
- (5) ☐ 40-50%
- (6) ☐ >50%

Opretter I en individuel behandlingsplan for hver borger i behandling i din organisation?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Arbejdes der systematisk med tilbagefaldsforebyggelse og efterbehandling?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Arbejdes der med data/dokumentation til opfølgning på effekt?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Arbejdes der systematisk med brugerfeedback?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvilke(t) grundlag arbejder I efter i alkoholbehandlingen i din organisation? Sæt gerne flere krydser

- (1) ☐ Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale
- (2) ☐ Sundhedsstyrelsen Nationale Kliniske Retningslinjer
- (3) ☐ Læring fra alkoholbehandlingskurser
- (4) ☐ Udenlandske anbefalinger
- (5) ☐ Egne beskrivelser af den faglige kvalitet
- (6) ☐ Andet

Hvis du har angivet 'andet', bedes du beskrive her, hvilke andre grundlag I arbejder efter:

De følgende spørgsmål omhandler behandlingskrævende unge med et behandlingskrævende alkoholmisbrug.

Hvilke tilbud findes der til unge med behandlingskrævende alkoholmisbrug hos jer?

- (1) ☐ Vi har et særligt tilbud til unge mellem 16-25 år
- (2) ☐ Vi har et særligt tilbud til unge under 18 år
- (3) ☐ Vi har et særligt tilbud til unge over 18 år
- (4) ☐ Vi har ikke specifikke tilbud til unge med behandlingskrævende alkoholmisbrug. Gruppen behandles på samme måde som de ≥ 25 år.

Hvor foregår behandlingen af unge med behandlingskrævende misbrug hos jer?

- (1) ☐ Samme sted som behandling for voksne med behandlingskrævende alkoholmisbrug
- (2) ☐ Separat afsnit for unge i alkoholbehandlingen
- (3) ☐ Separat afsnit udenfor alkoholbehandlingen (fx i rusmiddelcenter)
- (4) ☐ Det er ikke formaliseret, hvordan behandlingstilbud til unge er organiseret i kommunen
- (5) ☐ Andet _____

Hvordan foregår behandling af behandlingskrævende unge med alkoholmisbrug i din organisation?

Sæt gerne flere krydser

- (1) ☐ Behandlingen foregår på samme måde som for voksne
- (2) ☐ Der er mere socialt fagligt fokus i behandling af unge med alkoholmisbrug
- (3) ☐ Behandlingen omhandler som oftest både stof- og alkoholmisbrug
- (4) ☐ Andet _____

Hvorfor tilbyder I ikke behandling til unge i alderen 16-25 år i jeres organisation?

- (1) ☐ Vi har ingen henvendelser/henvisninger i aldersgruppen
- (2) ☐ Vi har ikke ressourcerne til det
- (3) ☐ Vi mener ikke, at det er relevant for denne målgruppe
- (4) ☐ Andet _____

Afslutningsvis, har I et eller flere forslag til, hvordan man bedst kunne løfte kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling?

Tak for din deltagelse.

ADDRESS COWI A/S
Parallelvej 2
DK-2800
Kongens Lyngby
Danmark
PHONE 56 40 00 00
FAX 56 40 99 99
EMAIL cowi@cowi.dk
WWW cowi.dk

ADDRESS Decide
PHONE 60 72 82 05
EMAIL lsp@decide.nu
WWW decide.nu