



# Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling



**Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Versionsdato:** 06.12.2019

**Format:** pdf

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling .....</b>	<b>2</b>
1.1. Afgrænsning af Sundhedsstyrelsens servicetjek .....	2
1.2. Udviklingspotentialer .....	3
1.3. Introduktion til alkoholbehandlingsområdet .....	4
<b>2. Kvaliteten i offentligt finansieret alkoholbehandling .....</b>	<b>6</b>
2.1. Kvalitetsstandarder .....	7
2.2. Tilbud indrettet efter patienterne .....	9
2.3. Farmakologisk behandling .....	10
2.4. Sundhedsfaglig alkoholbehandling .....	10
2.5. Varigheden af behandlingsforløb .....	12
<b>3. Strukturelle faktorer .....</b>	<b>14</b>
3.1. Styringsramme og organisering .....	14
3.2. Tilsyn med alkoholbehandlingssteder .....	15
3.3. Data vedr. alkoholbehandling .....	17
<b>4. Personalets kompetencer .....</b>	<b>18</b>
4.1. Uddannelse af medarbejdere i offentligt finansieret alkoholbehandling .....	18
4.2. Prioritering af social- og sundhedsfagligheden .....	18
<b>5. Tilbud til unge .....</b>	<b>20</b>
5.1. Opsporing og tidlig indsats .....	20
5.2. Unge i behandling .....	20
<b>6. Referencer .....</b>	<b>22</b>
<b>Bilagsfortegnelse .....</b>	<b>23</b>

# 1. Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling

## 1.1. Afgrænsning af Sundhedsstyrelsens servicetjek

I forbindelse med 1. behandlingen af beslutningsforslag nr. B 27 om alkoholbehandlingspakke som led i sundhedsreformen og forespørgselsdebat F18 om styrket alkoholbehandling til unge den 10. januar 2019 var der i Folketinget opbakning til, at Sundhedsministeren bad Sundhedsstyrelsen om at foretage et servicetjek af den offentligt finansierede alkoholbehandling.

Sundhedsstyrelsen skal med servicetjekket afdække de udfordringer, der er på alkoholbehandlingsområdet af både faglig og strukturel karakter. Servicetjekket skal som minimum indeholde en vurdering af alkoholbehandlingsområdet og følgende temaer:

- Kvaliteten af behandlingen i den offentligt finansierede alkoholbehandling
- Strukturelle faktorerens betydning for kvalitet i alkoholbehandlingen
- Personalets kompetencer
- Tilbud til unge med alkoholafhængighed

Servicetjekket omfatter alkoholbehandling efter sundhedslovens § 141, hvor det fremgår, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde vederlagsfri behandling enten ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler med andre kommunal- bestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Private alkoholbehandlingssteder, der kun behandler borgere, som selv betaler, f.eks. via en arbejdsgiverbetalt forsikring, er ikke inkluderet i servicetjekket.

Sundhedsstyrelsen har som en del af grundlaget for servicetjekket anmodet konsulentvirksomhederne COWI/DECIDE om at gennemføre en afdækning af kvaliteten i den offentligt finansierede alkoholbehandling. COWI/DECIDE har baseret afdækningen på spørgeskemaundersøgelse og interviews med alkoholbehandlingssteder, og der er undervejs tillige afholdt to dialogmøder med interessenter på alkoholbehandlingsområdet. Patienter og pårørende er ikke blevet interviewet i forbindelse med afdækningen. Afdækningsrapporten belyser dermed alene offentligt finansierede behandlingssteders eget bud på kvalitet i alkoholbehandlingen.

Afdækningsrapporten opstiller følgende hovedudfordringer, som servicetjekket belyser yderligere:

- Opsporingsgab mellem borgere med behov for behandling og borgere i behandling
- Opsporing og rekruttering af 25-45 årige tilbehandling

- Rammer for kommunernes styring af serviceniveau, kvalitet og økonomi
- Uddannelse og kompetenceniveau i alkoholbehandlingen
- Faglig kvalitet hos mindre behandlingssteder med få ansatte

Herudover skitserer servicetjekket dertil en række forhold og udfordringer, som ikke har været omfattet af afdækningsrapporten bl.a. grundet afgrænsningen af COWI/DECIDEs konsulentopgave, men som også vurderes at være afgørende for en samlet vurdering af kvaliteten i den offentligt finansierede alkoholbehandling.

Særskilte udfordringer med kvaliteten i behandlingen af hhv. gravide med et rusmiddelproblem og borgere med dobbeltdiagnoser er ikke omfattet af dette servicetjek. Sundheds- og Ældreministeriet har i oktober 2019 oversendt Sundhedsstyrelsens evaluering af tilbuddene til gravide med et rusmiddelproblem til orientering til Folketingets sundhedsordførere og socialordførere. De to områder er derfor ikke nærmere gennemgået i dette servicetjek.

Notatet er opbygget efter de fire hovedtemaer, som Sundhedsstyrelsen blev bedt om at undersøge, men disse hovedtemaer er suppleret og perspektiveret med en række tilhørende undertemaer, der har betydning for den kvalitet, som patienten møder i forbindelse med alkoholbehandlingen i sidste ende.

## 1.2. Udviklingspotentialer

Kvalitet i alkoholbehandling omhandler naturligvis indholdet af selve alkoholbehandlingen, men kvalitet handler i lige så høj grad om delelementer som tidlig opsporing, rekruttering, kapacitet, fornuftig vægtning af sundheds- og socialfaglig tilgang og personalets kompetencer. Herudover handler det også om fleksibilitet i tilbuddene bl.a. i behandlingens intensitet og placering på døgnet, så de kan tilpasses patientens liv og behov, ikke omvendt. Fokus på og kvalitet i alle disse delelementer er vigtige for, at den drikkende, dennes pårørende og samfundet som helhed kan have tillid til, at den alkoholbehandling, der foregår, sker efter den højest mulige standard. Patienternes tillid til både de behandlere og den behandling, som de møder, er vigtig for resultatet.

Der er sket en positiv udvikling i kvaliteten fra begyndelsen af kommuneres ansvarsperiode til i dag, men der er fortsat flere forhold og elementer i alkoholbehandlingen som er af svingende kvalitet, og hvor der er brug for at prioritere anderledes og løfte kvaliteten.

Der er et behov for at styrke den sundhedsfaglige del af alkoholbehandlingen, da der er tale om behandling af patienter med afhængighed, og mange er i medicinsk behandling. Der vurderes at være en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis patienten ikke systematisk tilbydes eller er i kontakt med sundhedsfagligt personale. Patienten bør mødes af samme sundhedsfaglighed, som når man kommer ind i andre dele af sundhedsvæsenet.

Forpligtigende nationale kvalitetsstandarder for alle behandlingssteder, både offentlige og private, kan bidrage til at øge kvalitetsniveauet og patientsikkerheden. Nationale kvalitetsstandarder, som alle, der ønsker at tilbyde alkoholbehandling, skal følge, kan øge sandsynligheden for, at den behandling, som patienten får, er evidensbaseret og kvalitetssikret. For at øge gennemsløgheden særligt for den drikkende og pårørende, bør behandlingsstederne gøre deres egen kvalitetsstandard offentligt tilgængeligt.

Nationale kvalitetsstandarder kan ligeledes være en ramme, der er med til at strukturere og systematisere tilsynsarbejdet, samt tydeliggøre for tilbudene, hvilke kvalitetsparametre de skal leve op til for at kunne tilbyde alkoholbehandling i Danmark - offentligt finansieret eller ej.

Det bør sikres, at medarbejdere med borger/patientkontakt har kompetencerne til at identificere alkoholproblemer, og at der generelt er et øget fokus på opsporing og rekruttering, da det vil være til gavn for både for den drikkende, pårørende og for samfundet.

Fokus på tidlig opsporing og rådgivning af unge med alkoholproblemer bør øges. Tilbud til unge med et behandlingskrævende brug af alkohol bør være tilrettelagt med et bredt sigte på behandling af alkoholproblemer og andre rusmidler samt have en både social- og sundhedsfaglig tilgang.

### 1.3. Introduktion til alkoholbehandlingsområdet

Forbruget af alkohol har stor betydning for folkesundheden i Danmark. Et stort forbrug af alkohol kan have personlige, sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser for den, der drikker, ligesom det har betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser.

Mange risikofaktorer har en negativ social gradient forstået på den måde, at borgere, der er dårligt socioøkonomisk stillede, ofte ryger mest, motionerer mindst og spiser mest usundt. Sådan forholder det sig ikke entydigt med alkohol i Danmark.

Evidens- og vidensbaseret alkoholbehandling er afgørende for at imødegå de negative konsekvenser, som en alkoholafhængighed eller et skadeligt forbrug medfører for den drikkende og pårørende samt for kommuner og sundhedsvæsenet, da en lang række udgifter i både sundheds- og i socialektoren hænger sammen med for stort et alkoholforbrug.

Mange danskere har et stort forbrug af alkohol. En undersøgelse fra 2008 har estimeret, at der i Danmark er ca. 140.000 med alkoholafhængighed, og ca. 585.000 med et skadeligt forbrug (1). I Den Nationale Sundhedsprofil, der gennemføres næste gang i 2021 forventes stillet nye spørgsmål, der muliggøre et nyt estimat for omfanget af alkoholafhængige i 2022.

Data fra det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB) viser, at alkoholbehandlingsstederne har indberettet, at 17.600 patienter var i alkoholbehandling i 2017, og at ca. halvdelen af de, der er i alkoholbehandling i et givent år, er gengangere, dvs. har været i alkoholbehandling før det nuværende forløb. Kun ca. en tredjedel, der er i behandling i et givent år, afsluttes samme år, og heraf afsluttes kun ca. 2.500 med en færdigbehandlingskode. De resterende patienter har enten selv afsluttet behandlingen eller er fortsat indskrevet i behandlingen. I 2018 var der 6.500 patienter, der var indskrevet i mere end 1 år.

**Tabel 1. Antal personer i alkoholbehandling pr. år for perioden 2008-2018**

År	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Antal personer	12.306	14.096	15.464	15.447	16.624	17.072	17.583
Heraf							
Antal nye i behandling	5.902	6.671	7.018	6.834	7.677	7.792	8.096
Antal kendte i behandling	6.404	7.425	8.446	8.613	8.947	9.280	9.487

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

Note Inkluderer personer med oplyst CPR-nummer og personer i anonym alkoholbehandling. En person kan optræde flere gange, hvis personen er indskrevet i anonyme behandlingsforløb.

## 2. Kvaliteten i offentligt finansieret alkoholbehandling

*Afdækningsrapporten og KL har peget på, at der er sket en positiv udvikling i kvaliteten fra kommunerne fik ansvaret for alkoholbehandlingen til i dag. Dette vurderes alene i forhold til kommunernes startsted i 2007 og er ikke en sammenligning eller udvikling ift. kvaliteten i alkoholbehandlingen før 2007, hvor ansvaret lå hos amterne. Men der er fortsat flere forhold og elementer i alkoholbehandlingen, som er af svingende kvalitet, og hvor der er brug for at prioritere anderledes og løfte kvaliteten.*

*Der kan peges på behovet for at styrke den sundhedsfaglige del af alkoholbehandlingen. Da der er tale om behandling af patienter med afhængighed, og mange er i medicinsk behandling, vurderes der at være en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis patienten ikke systematisk tilbydes eller er i kontakt med sundhedsfagligt personale.*

*Det bør være sådan, at alle alkoholbehandlingssteder systematisk skal tilbyde patienterne undersøgelse, vurdering, behandling og evt. viderehenvisning på samme måde, som hvis patienten kom ind i andre dele af sundhedsvæsenet, især da det vurderes at alkoholbehandling for mange af patienterne, særligt socialt udsatte, kan være eneste kontakt til behandlingssystemet.*

*Nationale kvalitetsstandarder, som alle, der ønsker at tilbyde alkoholbehandling, skal følge, øger sandsynligheden for, at den behandling, som patienten får, er evidensbaseret og kvalitetssikret, uden at det er afhængigt af bopælskommune. Ved at hver kommune gør deres kvalitetsstandard offentligt tilgængelig øges gennemsigtigheden af tilbuddene for både den drikkende og pårørende.*

*I et behandlingsforløb bør der efter tre måneder tages aktivt stilling til, om målet med behandling er nået eller om behandlingsforløbet evt. skal forlænges. Det ser ud til, at Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at et behandlingsforløb som udgangspunkt planlægges af tre måneders varighed, ikke efterleves.*

*Det peger på, at der bør udvikles nationale vejledninger eller kvalitetsstandarder, der mere detaljeret beskriver indholdet af god alkoholbehandling.*



## 2.1. Kvalitetsstandarder

Kravene til offentligt finansieret alkoholbehandling fremgår af Sundhedslovens kap. 40, § 141<sup>1</sup> og er beskrevet i afdækningsrapportens kap. 3.

Det forventes, at alkoholbehandlingsstederne benytter sig af den aktuelt bedste faglige viden om metoder og indsatser, men der er ikke krav om, at kommunerne eller alkoholbehandlingsstederne skal udarbejde kvalitetsstandarder<sup>2</sup>, minimumsstandarder eller lignende. Der er således ikke standarder vedr. indhold af selve behandlingen, personalesammensætning, personalets kompetencer og uddannelse, som behandlingsstedet skal leve op til for at etablere sig som et alkoholbehandlingssted. Herudover er det ligeledes ikke defineret i sundhedsloven, hvilke (kvalitets)krav et behandlingssted skal overholde for at etablere sig som f.eks. et ambulært tilbud til alkoholbehandling.

Den enkelte kommune kan på det grundlag i høj grad selv fastlægge serviceniveauet af alkoholbehandlingen, bortset fra retten til behandling inden for 14 dage fra henvendelse. Der er i loven ikke en definition af, hvad behandlingssopstart vil sige. Pga. muligheden for både at vælge offentligt og privat behandlingssted kan patienter med samme bopælskommune opleve forskelligt serviceniveau og kvalitet.

I afdækningsrapporten og på dialogmøderne med interessenter blev der efterspurgt flere kvalitetskrav til indholdet, dels for at kunne opstille krav til private behandlingssteder, dels for at skabe mere ensartede behandlingstilbud på tværs af landet, hvilket også er et mål for den øvrige sundhedsbehandling efter sundhedsloven.

### 2.1.1. Betydningen af kvalitetsstandarder

Indførelsen af kvalitetsstandarder, minimumskrav eller lignende kan være med til at hæve kvaliteten på tværs af landet og behandlingssteder (kommunale/private).

Kvalitetsstandarder kan bidrage til, at:

- gøre behandlingstilbuddets tilgang synlig for den drikkende og pårørende
- sikre fleksibilitet i behandlingstilbud og inddragelse af patienten i udviklingen af egen behandlingsplan
- tydeliggøre behandlingens kvalitet, personalesammensætning og indhold, fx krav om objektiv undersøgelse, lægekontakt, terapityper, efterbehandling
- alkoholbehandlere og ledelse har et fælles arbejdsredskab, der sikrer ensartethed
- give ledelsen et styringsredskab og måleværktøj

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens servicetjek har udelukkende set på tilbud efter § 141 i Sundhedsloven. Kommunernes forebyggende indsats, dvs. krav til kommunerne om at skabe ramme for en sund levevis (§ 119, stk. 1) og etablerer forebyggende tilbud til borgerne (§ 119, stk. 2), er ikke inkluderet.

<sup>2</sup> Kommuner skal udarbejde kvalitetsstandarder for tilbud efter serviceloven, men ikke for tilbud efter sundhedsloven. Kvalitetsstandarder efter serviceloven skal vise borgerne, hvilket indhold/serviceniveau kommunalbestyrelsen har fastlagt for tilbuddene i kommunen, jf. bekendtgørelse nr. 430 af 30/4/2014.

- fastlægge den politiske prioritering af området ift. kvalitet og kapacitet
- fastlægge hvilke medarbejdere, der kan udføre hvilke opgaver, fx at sundhedsfagligt personale skal varetage den objektive undersøgelse eller at en læge skal varetage ordinationen af den akutte afrusning af hensyn til patientsikkerheden.
- give bedre måleredskaber for tilsyn

Det kan også indgå i kvalitetsstandarder, hvordan behandlingsstedet skal håndtere et afbrudt familieorienteret behandlingsforløb eller et andet behandlingsforløb for en forælder med hjemmeboende børn.

Nationale kvalitetsstandarder for alkoholbehandling bør gælde for alle behandlingssteder, der tilbyder alkoholbehandling, således at borgeren er sikret behandling af god kvalitet og samme ensartede standard, uanset om det er et privat eller kommunalt behandlingssted, om behandlingen er privat eller kommunalt finansieret eller hvor i landet, borgeren er bosat. Et højt kvalitetssikret grundniveau i behandling af patienter er vigtigt for patientsikkerheden og effekten af behandlingen, uanset hvor den foregår. Kvalitetsstandarder bør baseres på Sundhedsstyrelsens anbefalinger og rådgivningsmateriale, erfaringer fra øvrige standarder i sundhedsvæsenet og udarbejdes i samarbejde med en række eksperter og patienter på området.

Forpligtigende nationale kvalitetsstandarder for alle alkoholbehandlingstilbud, offentlige og private kan bidrage til at give den enkelte kommune bedre mulighed for at fastlægge et kvalitets-, service- og udgiftsniveau. Ved at indføre forpligtigende nationale kvalitetsstandarder, som også de private behandlingssteder skal følge, kombineret med at kommunen er forpligtiget til at betale for borgerens behandling på det private behandlingssted, gives kommunerne mulighed for at nægte at betale for alkoholbehandling, der ikke er evidensbaseret og kvalitetssikret. De nuværende regler giver ikke kommunerne denne mulighed.

Hvis kommunerne i tillæg til nationale standarder også beslutter at udarbejde kommunale kvalitetsstandarder, kan de med fordel indeholde måltal for kapaciteten og kvaliteten, dvs. hvor mange af de estimerede alkoholafhængige i kommunen, der skal i behandling indenfor 1 år, hvor langt et standardforløb skal være før en behandlingsplan skal revurderes (jf. afsnit 2.3), andel af patienter i behandling der skal være alkoholfri ved afsluttet behandling, hvornår en behandling skal være afsluttet, eller andelen af gengangere inden for 12 måneder efter afsluttet behandling.

### **2.1.2. Kvalitet i tidlig opsporing**

Kommunerne oplyser, at behandlingsretten på 14 dage fra borgeren henvender sig til behandlingen går i gang, i vid udstrækning overholdes. Konklusionen kunne derfor umiddelbart være, at der ikke i stort omfang er et udækket behandlingsbehov.

I afdækningsrapporten er det problematiseret, om der gøres nok for, at borgere med en alkoholafhængighed kommer i alkoholbehandling. Forskellen mellem antallet af borgere med alkoholafhængighed og antallet i alkoholbehandling kaldes i rapporten for

opsporingsgab. Der estimeres som tidligere beskrevet at være ca. 140.000 alkoholafhængige, mens der i 2018 var ca. 17.600 i alkoholbehandling.

Flere kommunale parter tilkendegiver i afdækningen, at de ikke selv arbejder med opsporing, og at flertallet af borgere i behandling er selvhenvendende eller henvist af praktiserende læger og i mindre omfang fra andre kommunale instanser. Det lave antal af henviste fra andre dele af forvaltningen og sundhedsvæsenet tyder derfor på utilstrækkelig systematisk opsporing.

Adskillige undersøgelser viser, at der både for den alkoholafhængige og dennes eventuelle børn og andre pårørende samt samfundsmæssigt er store konsekvenser af alkoholforbruget. Den nationale sundhedsprofil fra 2017 viser, at mellem 10 og 55 % af de personer, der har et storforbrug af alkohol, gerne vil nedsætte deres storforbrug. Andelen afhænger af alder og er størst i aldersgrupperne 35-54 år (4).

Behandlingsstederne oplyser, at den hyppigste årsag til, at borgere henvender sig om alkoholbehandling, er, at borgeren selv ønsker sit alkoholproblem løst.

En relevant tilgang til opsporing kan være, at kommuner, almen praksis og regioner samarbejder om procedurer for systematisk screening, opsporing og elektronisk henvisning til alkoholbehandling. Det er samtidigt afgørende, at medarbejdere med borger/patientkontakt har kompetencerne til at kunne identificere dels borgere med alkoholproblemer, dels børn i familier med alkoholproblemer, og dernæst til at kunne have samtaler om bekymring for alkoholproblemer.

## 2.2. Tilbud indrettet efter patienterne

Alkoholbehandling bør være indrettet således, at den kan rumme både de forskellige behov og ønsker i gruppen af borgere med behov for behandling og variationerne i deres skadelige forbrug. Tilbudsviften bør derfor variere i f.eks. behandlingsintensitet (f.eks. døgnbehandling) og placering på døgnet (f.eks. efter arbejde).

En måde, hvorpå alkoholtilbuddene kan øge fleksibiliteten, så de er indrettet efter den drikkende behov og tilværelse, er ved samarbejde på tværs af tilbud og øget gennemsigtighed i tilbuddenes indhold og tilgang, således det er nemt for målgruppen at finde beskrivelse af det enkelte behandlingssteds tilbud. Mindre kommunale alkoholbehandlingssteder kan have svært ved at tilbyde og tilpasse variation i deres tilbud. Dette kan dog bl.a. løses ved øget samarbejde og koordinering af tilbud på tværs af kommunerne.

Patienter behøver ikke nødvendigvis have diagnosen "alkoholafhængighed" for at have et behov for alkoholbehandling. 85 % af de patienter, der indgår i alkoholbehandlingen i dag, har fået diagnosen alkoholafhængig (2). Patienter, der i forbindelse med den indledende udredning får diagnoserne "skadelig forbrug af alkohol" og "problem med

alkoholforbrug" kan ligeledes have et behov for alkoholbehandling. Alkoholbehandling bør indrettes således, at den kan rumme patienter med et skadeligt forbrug og patienter med en afhængighed.

Det er ligeledes vigtigt, at selve tilbuddet er indrettet på en måde, der gør, at den også kan rumme, at personer med behov for alkoholbehandling er ikke en homogen gruppe, men har derimod forskellige baggrunde og forudsætninger, f.eks. den drikkes netværksstøtte og arbejdsmarkedstilknytning.

### 2.3. Farmakologisk behandling

Behandlingsstederne rapporterer selv i afdækningsrapporten, at deres farmakologiske behandling i høj grad er i overensstemmelse med nationale kliniske retningslinjer (NKR) og rådgivningsmateriale. Salgstal for lægemidler til brug i alkoholbehandling viser dog, at fordelingen i brug af præparater ikke er i overensstemmelse med anbefalingerne i NKR. Dermed synes den farmakologiske behandling ikke at være af tilstrækkelig høj kvalitet.

Evidensgrundlaget for benyttelse af lægemidlerne acamprosat og naltrexon til alkoholbehandling er højere end evidensgrundlaget for benyttelse af disulfiram. Behandlingsstederne oplyser, at de anvender alle tre lægemidler, men afdækningen viser ikke, hvor ofte hvert lægemiddel bruges i behandlingen. Dog viser tal for det årlige lægemiddelsalg, at brugen af disulfiram i 2019 var ca. 650.000 DDD/kvartal, mens brugen af acamprosat og naltrexon var på hhv. ca. 95.000 DDD/kvartal og ca. 20.000 DDD/kvartal. Disse tal viser, at disulfiram fortsat er det mest anvendte lægemiddel til alkoholbehandling. Det bekræfter et generelt billede af, at anbefalingerne om farmakologisk behandling af alkoholafhængighed i NKR ikke følges.

Der synes derved nogen uoverensstemmelse imellem behandlingsstedernes opfattelse af at leve op til NKR og den farmakologiske behandling, der i praksis udføres på behandlingsstederne. Der kan være flere årsager til denne uoverensstemmelse. En årsag kan være, at lægemidlet disulfiram er benyttet i behandlingen igennem mange år, og derfor er et lægemiddel, som patienterne kender.

### 2.4. Sundhedsfaglig alkoholbehandling

Afrusning beskrives i afdækningsrapporten at være en typisk læge- eller sygeplejerske-opgave. Dog fremgår det af rapporten, at opgaven i nogle tilfælde også udføres af social- og sundhedsassistenter og af andre end sundhedsfagligt personale.

85 % af de patienter, der indgår i alkoholbehandlingen, er afhængige af alkohol (2), mens resten har et skadeligt forbrug af alkohol. Diagnosticering af alkoholafhængighed er kompleks opgave, og det at skelne imellem diagnoser inden for afhængighed og abstinens, er en lægefaglig opgave, der kræver en særsilt ekspertise og viden omkring både symptomer og diagnoser. Samtidig er afrusning af den alkoholafhængige patient en kompleks opgave, som kræver sundhedsfaglig ekspertise. Det er derfor vigtigt,

at tilstedeværelse af relevant sundhedsfagligt personale prioriteres, herunder at der er læger til ordination af lægemidler og objektiv vurdering af den evt. svært abstinente patient.

Der bør stilles krav om, at der forud for afrusning foreligger en relevant sundhedsfaglig vurdering af, om der er tale om en afhængighed af alkohol, samt hvor, hvordan og i hvilket omfang en afrusning skal forløbe (2).

Er patienten tilvænnet store mængder af alkohol dagligt, kan det være farligt og livstruende for patienten at stoppe med at drikke alkohol fra den ene dag til den anden, hvis ikke en anden medicinsk behandling sættes i værk. Det er derfor af allerstørste vigtighed, at der udredes for afhængighed, abstinens og sværhedsgrad af abstinens ved det første møde med den behandlingssøgende patient.

I nogle tilfælde kan abstinenssymptomerne være så svære, at patienten bør behandles under indlæggelse med mulighed for akut overflytning til intensivt regi ved forværring af symptomer. Ubehandlede abstinenssymptomer kan føre til delirium tremens, der er en livstruende tilstand med en dødelighed på op til 20 % ubehandlet. Behandlet er tilstanden med 1 % dødelighed (2).

I forbindelse med alkoholbehandlingsopstart skal patienten tilføres livsvigtige vitaminer. 30-80 % af alkoholafhængige lider af thiaminmangel, der ubehandlet medfører ødelæggelse af bl.a. hjernevæv. Ubehandlet eller sent behandlet kan det medføre en dødelighed på op til 20 % (2).

Lægemidlerne, der benyttes i afrusningsbehandlingen i ambulant regi, er så farlige, at indtagelse samtidig med alkohol eller andre sløvende lægemidler eller stoffer, kan slå patienten ihjel. Derfor er disse lægemidler også omfattet af skærpet ordinationsret og pligt (3).

I de tilfælde, hvor patienten henvender sig med ønske om afrusning og dermed akut medicinsk behandling for alkoholafhængighed, bør det være sådan, at patienten udredes og følges lægefagligt. Dette både i forhold til den kompleksitet, der er forbundet med både udredning og behandling for akutte abstinenser, men i særdeleshed i forhold til, at svære abstinenser kan være eller over tid udvikle sig til en livstruende tilstand, der i 20 % tilfælde har dødelig udgang hvis ubehandlet eller fejlbehandlet.

Det beskrives i afdækningsrapporten, at størstedelen af behandlingsstederne har en eller flere fastansatte læger til at varetage de lægefaglige opgaver, der er knyttet til behandlingen. Men det kan ikke læses af afdækningsrapporten, om behandlingsstederne modtager patienter uden at der er en læge til stede til at gennemføre en indledende objektiv undersøgelse, eller om opgaven varetages af andet personale.

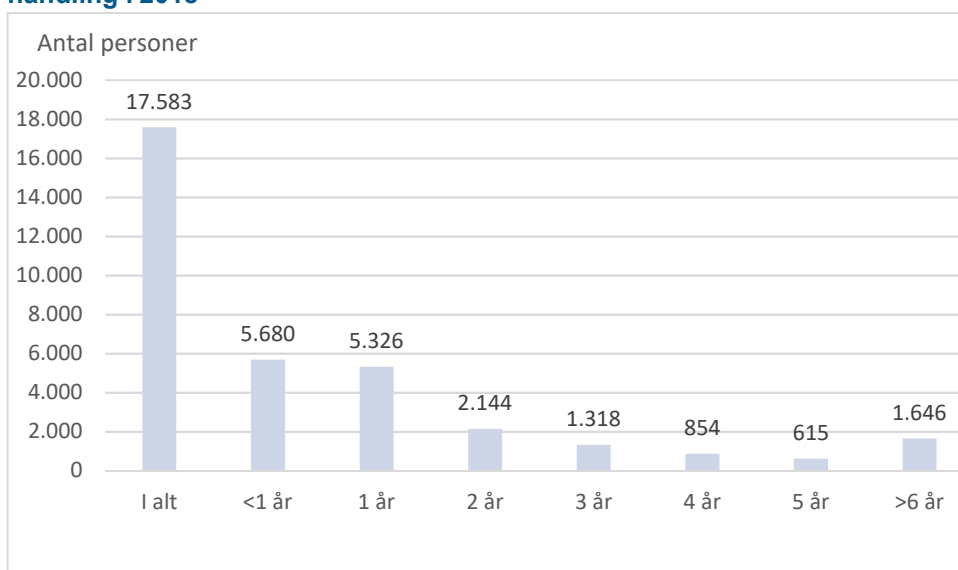
For mange patienter kan alkoholbehandlingsstedet være eneste kontakt til sundhedsvæsenet. For nogle patienter kan et langvarigt skadeligt forbrug af alkohol have medført følgesygdomme. Det bør derfor være et krav, at patienterne tilbydes undersøgelse, vurdering, behandling og henvisning i et alkoholambulatorium på samme

niveau, som de ville tilbydes i ambulatorier tilknyttet andre dele af sundhedssystemet. Derfor bør den henvendende patient systematisk tilbydes en lægesamtale og have udført en objektiv lægelig undersøgelse i alkoholbehandlingsregi som del af indskrivning i behandlingen og løbende igennem forløbet på samme måde som sker for patienter i stofmisbrugsbehandling.

## 2.5. Varigheden af behandlingsforløb

Der er stor variation i gennemsnitlig behandlingsvarighed mellem alkoholbehandlingsinstitutioner i Danmark. Data fra NAB viser, at ca. halvdelen af de, der er i alkoholbehandling i et givent år, er gengangere. Der afsluttes kun ca. 7.000 patienter årligt ud af de ca. 17.000 i behandling og heraf afsluttes kun ca. 2.500 med en færdigbehandlingskode. I 2018 var der 6.500 patienter, der var indskrevet i mere end 1 år.

**Figur 1. Antal år i offentligt finansieret alkoholbehandling for alle indskrevet i behandling i 2018**



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

Note Tabellen beskriver varigheden af behandlingsforløbet for patienter, der er afsluttet i 2018, og længden af behandlingsforløbet pr. 31. december 2018 for de patienter der endnu ikke er afsluttet.

Der mangler viden om, hvor lang tid et alkoholbehandlingsforløb bør strække sig over. Forskning tyder på, at den største ændring i alkoholvaner sker i starten af et alkoholbehandlingsforløb (4). Det kan på den baggrund være mest meningsfuldt at arbejde med et relativt kortvarigt struktureret behandlingstilbud, hvorefter der tages aktiv stilling til, om målet for behandlingen er nået, eller om behandlingsforløbet evt. skal forlænges. Sundhedsstyrelsen anbefaler i NKR, at et behandlingsforløb som udgangspunkt planlægges af tre måneders varighed. Efter tre måneder tages der aktiv stilling til, om målet med behandling er nået eller om behandlingsforløbet evt. skal

forlænges. Visse grupper af personer med svær alkoholafhængighed, anden psykisk sygdom eller sociale problemer vil forventeligt have behov for mere end tre måneders behandling, før behandlingen afsluttes og evt. efterbehandling tilbydes (5).

Det ses samtidig af tabel 2, at en mindre del af patienterne afslutter behandlingen, fordi de er færdigbehandlede. Det kan være et tegn på, at behandlingsstederne ikke får færdigregistreret behandlingsforløbene, eller at behandlingsstederne ikke har en tæt nok kontakt til patienterne under forløbet til, at patienterne fx fastholdes i behandlingen.

**Tabel 2. Antal personer, der har afsluttet alkoholbehandling, fordelt på afslutningsårsag 2008-2018**

Årsag / Årstal	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Færdigbehandlet	1.441	1.643	1.866	2.395	2.644	2.587	2.435
Afsluttet efter eget ønske	1.037	1.180	1.479	1.389	1.312	1.278	1.166
Udeblevet	2.260	2.545	2.626	2.442	2.415	2.076	1.843
Død	56	88	120	117	137	175	204
Fraflyttet	43	71	98	95	92	93	59
Udskrevet til anden institution	278	378	451	480	479	448	425
Udskrevet til egen læge	10	49	51	61	41	32	51
Udskrevet til hospital	11	27	24	28	28	25	15
Andet	1.827	1.608	1.055	607	411	320	353
Uoplyst	42	75	91	209	275	348	489
Afsluttede i alt	7.005	7.664	7.861	7.823	7.834	7.382	7.040

Kilde:

Note:

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (pr. 4. juli 2019), Sundhedsdatastyrelsen. Inkluderer personer, der er afsluttet i løbet af det pågældende år med den givne afslutningsårsag. Inkluderer personer med oplyst CPR-nummer og personer i anonym alkoholbehandling. En person kan optræde flere gange, hvis personen er indskrevet i anonyme behandlingsforløb.

## 3. Strukturelle faktorer

*Det bør sikres, at medarbejdere med borger/patientkontakt har kompetencerne til at identificere alkoholproblemer og der generelt er et øget fokus på et med opsporing og rekruttering, da det vil være til gavn for både for den drikkende, pårørende og for samfundet.*

*Systematisk indsamlede data om alkoholforbrug og alkoholbehandling fra patienter, kommuner, regioner og private behandlingssteder bør bruges til at følge op på effekt og løbende kvalitetssikring af alkoholbehandlingen både på centralt niveau, i kommunerne og på det enkelte behandlingssted. De indsamlede data skal være relevante, dækkende, pålidelige og tilgængelige. Der igangsættes et arbejde med relevante parter for at sikre dette.*

### 3.1. Styringsramme og organisering

Borgeren har ret til uden henvisning at vælge ambulante behandling på et alkoholbehandlingssted efter eget valg.

Retten til uden forudgående kommunal visitation frit at vælge, hvilket ambulante behandlingssted borgeren ønsker at modtage behandling på, hænger sammen med borgerens ret til anonym ambulante behandling, som følger af sundhedslovens § 141, stk. 7. Et krav om forudgående visitation fra kommunen vil forhindre borgeren i at gå i anonym ambulante behandling. Formålet med reglerne har således været at fjerne en barriere for at modtage alkoholbehandling.

Hvis borgeren henvender sig til kommunen med et ønske om behandling, beslutter kommunen, hvorvidt borgeren skal tilbydes ambulante behandling, dagbehandling eller døgnbehandling. Borgere, der visiteres til dag- eller døgnbehandling, kan frit vælge, hvilket dag- eller døgnbehandlingssted, de vil behandles på, forudsat at behandlingsstedet er godkendt af socialtilsynet. Det er dog en forudsætning, at borgeren vælger et behandlingstilbud, som afspejler kommunens visitation. Derfor vil en kommune ikke være forpligtet til at betale for f.eks. dagbehandling, hvis kommunen ikke har visiteret borgeren til dagbehandling.

Afdækningsrapporten peger på, at borgernes ret til anonym behandling og frit valg af behandlingssted giver kommunerne visse styringsmæssige udfordringer. De nuværende regler giver ikke den enkelte kommune mulighed for at fastlægge et kvalitets-, service- og udgiftsniveau, som også private behandlingssteder skal følge, hvis kommunens borger skal behandles på det private behandlingssted, idet det frie valg ikke er bundet til bopælskommunens aftaler med private, men alle kommuners aftaler.

Dette skyldes, at reglerne er udformet således, at hvis én kommune først har accepteret et privat alkoholbehandlingssted<sup>3</sup>, så kan de andre kommuner ikke afvise en faktura fra det pågældende private behandlingssted, uanset at andre kommuner vurderer, at det



private behandlingssted ikke lever op til deres krav til indhold, kvalitetsstandard eller serviceniveau, eller at det private behandlingssted benytter behandlingsmetoder til behandling af alkoholafhængighed, som der ikke er evidens for.

Endelig har kommunerne ikke mulighed for at kontrollere, om en modtaget faktura vedrører behandlingen af en borger med bopæl i kommunen, ligesom de ikke har mulighed for at tjekke, at behandlingen reelt har fundet sted, pga. muligheden for anonym behandling. Hvis borgeren er i anonym behandling på et privat behandlingssted, er det muligt for borgeren at være indskrevet i et kommunalt og privat behandlingssted på samme tid.

Kommunerne har også i anden sammenhæng påpeget styringsudfordringerne. Det indgår således i aftalen af 6. september 2019 mellem regeringen og KL om kommunernes økonomi for 2020, at *"Selvmøderprincippet indebærer, at borgere selv kan henvende sig til og blive indskrevet på herberger, kvindekrisecentre og i forbindelse med ambulante alkoholbehandling uden en forudgående kommunal visitation. Der ligger væsentlige hensyn bag selvmøderprincippet – som derfor fastholdes - ikke mindst hensynet til at kunne yde akut hjælp. Kommunerne oplever imidlertid en udvikling, hvor tilbud omfattet af selvmøderprincippet har stigende priser, samtidig med at de lovgivningsmæssige rammer kan udgøre en barriere for en helhedsorienteret hjælp til borgerne. Regeringen og KL er derfor enige om at iværksætte et arbejde, der skal munde ud i forslag til, hvordan der sikres bedre sammenhæng mellem kvalitet i tilbuddene, takster og den øvrige hjælp til borgerne".*

### 3.2. Tilsyn med alkoholbehandlingssteder

Til vurdering af kvaliteten i alkoholbehandlingen har Sundhedsstyrelsen inddraget vurderinger fra de fem socialtilsyn og tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS). Det indgår ikke i afdækningsrapporten.

Socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingssteder, jf. lov om socialtilsyn. Socialtilsynet skal ved godkendelse af og driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingssteder benytte sig af den aktuelt bedste faglige viden om metoder og indsatser. Kommunerne kan alene tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling på alkoholbehandlingssteder, som er godkendt efter § 5 i lov om socialtilsyn.

Socialtilsynene beskriver i deres årsrapporter for 2017, at det er deres oplevelse, at der generelt er en god kvalitet. Socialtilsynene fremhæver, at medarbejderne er kompetente og besidder stor viden inden for området, herunder kendskab til metoder og tilgange, der er relevante for målgruppen. Flere socialtilsyn peger på, at der er en lav personalegennemstrømning, hvilket bidrager til et højt erfarings- og vidensniveau blandt medarbejderne. Et socialtilsyn peger på, at det er vanskeligt at vurdere sammenhængen mellem pris og kvalitet, da alkoholbehandlingsstederne ikke er forpligtede til at registrere deres ydelsestakster på Tilbudsportalen. To socialtilsyn ser et udviklingspotentiale for mål for den enkelte borger, herunder at borgeren inddrages. Dette vil understøtte dokumentationen af de resultater, som borgeren opnår.

<sup>3</sup> Dvs. har betalt for en eller flere patienters behandling på stedet eller det private tilbud er registreret på Tilbudsportalen

<sup>4</sup> Lovgivningen om tilsyn er efter rapporten blevet ændret fra tilsyn med private behandlingssteder til risikobaseret tilsyn med alle behandlingssteder.

STPS fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, dvs. med behandlingssteder og autoriserede sundhedspersoner efter sundhedsloven §213 og autorisationsloven § 5.

STPS anvender en række målepunkter i tilsynet (6). Der anvendes samme målepunkter på offentlige og private behandlingssteder

I 2016 udgav STPS en videns-og erfaringsopsamling på baggrund af tilsynsbesøg på private behandlingssteder (alkohol og stof) foretaget fra ultimo 2012 til og med medio 2016 (7)<sup>4</sup>. I rapporten konkluderes, at de tilsynsførende vurderede, at *"der var en væsentlig større risiko for patientsikkerheden, end der var generelt set er på alle private behandlingssteder"*. STPS skriver, at der på disse behandlingssteder er mange målepunkter, der ikke er opfyldt inden for emnet instrukser og procedurer. STPS fandt det problematisk, *"da behandlingssteder med misbrugsbehandling ofte har mange personalegrupper uden sundhedsfaglig baggrund, hvilket gør korrekt instruktion meget væsentlig"*.

Afrusning og abstinensbehandling var det målepunkt, der havde det laveste målopfyldelse. Det var ikke opfyldt ved 42 % af tilsynsbesøgene. STPS fandt dette særligt problematisk, da abstinensstilstande kan være livstruende, og det derfor er afgørende, at behandlingsstederne er bekendt med og følger gældende retningslinjer. Det er afgørende, at behandlingsstederne har korrekt afrusnings-og abstinensbehandling.

Rapporten fra 2016 omfatter ikke kommunale alkoholbehandlingssteder, som udgør hovedparten af behandlingsstederne. STPS forventer at udsende en ny rapport i 2020, som vil omfatte både kommunale og private behandlingssteders kvalitet.

Det er eksplicit anført i lovgivningen, at de to tilsyn skal tilrettelægges, så de så vidt som muligt ikke overlapper hinanden. Behandlingsstederne kan opfatte, at tilsynenes krav er modstridende, men oftest er det et spørgsmål om, at behandlingsstederne skal forstå, hvordan man kan opfylde begge tilsynskrav.

Det fremgår ikke af lovene, hvordan de to former for tilsyn skal koordinere deres tilsyn, men det anføres, at Socialtilsynet skal gøre rette myndighed opmærksom på uhensigtsmæssige forhold, hvis Socialtilsynet kommer i besiddelse af informationer af betydning for denne myndigheds tilsyn. De to tilsyn har dialog om snitflader og samarbejde, herunder orienterer de hinanden, hvis de under tilsyn finder bekymrende forhold, der bør videregives til det andet tilsyn.

Kommuner, patienter og deres pårørende skal dog orientere sig i begge tilsynsportaler for at få informationer om mulige bekymrende forhold.

Nationale kvalitetsstandarder kan være en ramme, der er med til at strukturere og systematisere tilsynsarbejdet og tydeliggøre for tilbuddene hvilke kvalitetsparametre, som de skal leve op til for at kunne tilbyde alkoholbehandling i Danmark, offentligt finansieret eller ej.

### 3.3. Data vedr. alkoholbehandling

Når data om alkoholforbrug og alkoholbehandling indsamles systematisk fra borgere, patienter, kommuner, regioner og private behandlingssteder er der gode muligheder for at følge udviklingen på landsplan, men også på lokalt niveau. Kommuner og regioner kan på grundlag af disse data tilrettelægge indsatsen for opsporing for relevante målgrupper. Kommuner og behandlingssteder kan følge op på kvalitet og effekt af behandlingen og dermed tilpasse og kvalificere behandlingen i dialog med borgerne.

Alle behandlingssteder har pligt til at indberette alle alkoholbehandlingsforløb til NAB, herunder en række baggrunds- og behandlingsoplysninger. Sundhedsdatastyrelsen foretager i samarbejde med behandlingsstederne kvalitetskontrol af datakvalitet. Data fra NAB offentliggøres i rapporter fra Sundhedsstyrelsen/Sundhedsdatastyrelsen, og data lægges desuden på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

Kommuner påpeger med mellemrum, at de ikke har automatisk adgang til data i NAB, og at det derfor ikke er fleksibelt for dem at bruge data i deres egen opfølgning og ledelsesrapportering.

Der er et potentiale for at øge anvendelsen af data ved at

- øge den systematiske dataleverance til kommuner
- sikre systematiske analyser fra Sundhedsstyrelsen/Sundhedsdatastyrelsen ved årlige og ad hoc analyser på grundlag af NAB og andre relevante registre (lægemiddelstatistikregisteret, landspatientregisteret, dødsårsagsregisteret)
- forbedre dialogen om relevansen af indholdet i NAB ved nedsættelsen af en datafølgegruppe med repræsentanter fra kommuner og forskere. Dialogen kunne omhandle:
  - data til systematisk opfølgning på effekt af de forskellige elementer i behandlingen
  - data til systematisk opfølgning på opsporingsindsatsen
  - sammenhængen mellem data til brug i behandlingen og data til statistik/forskning

Sundhedsstyrelsen planlægger i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen at nedsætte en følgegruppe i 2020, som kan drøfte ovenstående spørgsmål og lægge en plan for videreudvikling af data og dataanvendelsen på alkoholbehandlingsområdet.

## 4. Personalets kompetencer

*Der er behov for at oprette en egentlig alkoholbehandleruddannelse (evt. rusmiddelbehandleruddannelse) på en uddannelsesinstitution, så den foregår i det almindelige uddannelsessystem for at sikre bl.a. kontinuitet og kvalitet.*

*Der kan være en risiko for kvaliteten af den sundhedsfaglige del af behandlingen og for patientsikkerheden, hvis alkoholbehandlingen alene foregår i et socialfagligt dominerende miljø, hvor der ikke er tilstrækkelig viden om og respekt for kravene til den sundhedsfaglige del. Det bør sikres, at personalets kompetencer afspejler, at den sundhedsfaglige del af behandlingen, herunder patientsikkerheden, prioriteres på linje med den socialfaglige del på alle behandlingssteder fremadrettet.*

### 4.1. Uddannelse af medarbejdere i offentligt finansieret alkoholbehandling

Sundheds- og Ældreministeriet har siden 2005 på ad hoc basis finansieret kurser i alkoholbehandling til medarbejdere inden for offentligt finansieret alkoholbehandling via "Styrkelse af alkoholbehandlingen" (§ 16.21.09), "Puljen til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse" (§ 16.21.02) og ad hoc puljer. Kurserne er administreret af Center for Offentlig Kompetenceudvikling (COK) og koordineret af Sundhedsstyrelsen. Der er afholdt basis/grundkurser i alkoholbehandling samt kurser i familieorienteret alkoholbehandling, dobbeltfokuseret behandling samt kognitiv alkoholbehandling.

I forbindelse med det sundhedspolitiske udspil "Mere borger, mindre patient – et stærkt fælles sundhedsvæsen" af 2. maj 2013 afsatte den daværende regering en pulje på 112 mio. kr. i perioden 2014-2017 til styrkelse af kommunernes indsats på alkoholområdet gennem systematisk tidlig opsporing og kvalificeret alkoholbehandling med særligt fokus på den familieorienterede alkoholbehandling. Heraf gik der 56 mio. kr. til at styrke familieorienteret alkoholbehandling i kommunerne, herunder udvikling af alkoholbehandlerens kompetencer til at arbejde familieorienteret og af frontpersonalets kompetencer til tidlig opsporing af familier med alkoholmisbrug.

For at sikre kontinuitet er der behov for at oprette en egentlig alkoholbehandleruddannelse (evt. rusmiddelbehandleruddannelse) på en uddannelsesinstitution, så uddannelse og kompetenceudvikling af kommunale og private medarbejdere på alkoholbehandlingssteder fremadrettet ikke finansieres ad hoc af statslige puljemidler, men derimod foregår i det almindelige uddannelsessystem.

### 4.2. Prioritering af social- og sundhedsfagligheden

Alkoholbehandlingen består ofte af en psykosocial del og en sundhedsfaglig/medicinsk del, men der synes at være en udfordring med at vægte den socialfaglige og sundhedsfaglige del af behandlingen lige højt på flere behandlingssteder.

Kommunernes ansvar for alkoholbehandlingen fremgår af sundhedsloven, og behandlingen skal dermed tilrettelægges som al anden behandling efter sundhedsloven. Når alkoholbehandlingen starter, skal der ske en såkaldt objektiv undersøgelse, hvor en medarbejder med en sundhedsfaglig baggrund afdækker eventuelle ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme. Det kan være relevant at indhente oplysninger fra tidligere relevante hospitalsindlæggelser og lægekonsultationer, herunder medicinforbrug, hvilket bør indgå i den samlede vurdering af patientens helbredstilstand.

En objektiv undersøgelse er en vigtig del af enhver kontakt med behandlingssystemet og er særligt relevant for de patienter, hvor alkoholbehandlingsstedet er den eneste kontakt til sundhedsvæsenet.

Der er i afdækningsrapporten sat fokus på omfanget af og tilknytningen af lægefaglige kompetencer på behandlingsstederne. Lægen kan delegeres eks. udlevering af medicin til andre. Der er intet krav om, at den eller medarbejder(e), som opgaven delegeres til har en sundhedsfaglig eller anden form for uddannelse. Det er lægens ansvar, at de konkrete medarbejdere i alkoholbehandlingen, der får delegeret opgaver og dermed udfører opgaven i selve behandlingen af patienten, er kompetente til at udføre opgaverne. Lægen bærer stadig det endelige ansvar, hvis der sker fejl i behandlingen, uanset at opgaven pga. delegering udføres af anden medarbejder udpeget af alkoholbehandlingsstedets ledelse. Der er nogle opgaver, som ikke kan delegeres af lægen, f.eks. lægemiddelordination.

Afdækningsrapporten viser, at der ikke er fast tilknyttede læger på alle behandlingssteder. Derfor må visse dele af den indledende undersøgelse og behandling gennemføres af ad hoc tilkaldte læger eller hos egen alment praktiserende læge. I sidstnævnte tilfælde vil behandlingen dermed blive opdelt mellem to behandlingssteder.

Der kan være en risiko for kvaliteten af den sundhedsfaglige del af behandlingen, hvis alkoholbehandlingen foregår i et socialfagligt dominerende miljø, hvor der ikke er tilstrækkelig viden om og respekt for kravene til den sundhedsfaglige del.

I afdækningsrapporten peger behandlingsstederne på, at de følger de faglige krav på området, og at kvaliteten vurderes god. Det er i overensstemmelse med konklusionerne fra det sociale tilsyn, men i kontrast til konklusionen fra det sundhedsfaglige tilsyn med de private behandlingssteder, som er nævnt tidligere, hvor STPS konkluderede, at på de private alkohol- og stofmisbrugsbehandlingssteder var en væsentlig større risiko for patientsikkerheden, end der var generelt set på alle private behandlingssteder.

Afdækningsrapporten viser desuden, at der er afvigelser mellem behandlingsstedernes opfattelse af, at de følger nationale kliniske retningslinjer, og så den praksis behandlingsstederne anvender i lægemiddelvalget i behandlingen, jf. kapitel 3.

Der kan være en risiko for kvaliteten af den sundhedsfaglige del af behandlingen og for patientsikkerheden, hvis alkoholbehandlingen foregår i et socialfagligt dominerende miljø, hvor der ikke er tilstrækkelig viden om og respekt for kravene til den sundhedsfaglige del. Det bør sikres, at personalets kompetencer og sammensætning afspejler, at den sundhedsfaglige del af behandlingen, herunder patientsikkerheden, prioriteres højt.

## 5. Tilbud til unge

*Fokus på tidlig opsporing af unge med alkoholproblemer kan øges, og der bør generes mere viden om antallet af unge i Danmark, der har et behandlingskrævende alkoholforbrug. Flere ungebehandlingssteder oplever en stigning i henvendelse fra unge, som har alkohol som hovedstof.*

*Unge bør tilbydes særligt tilrettelagte behandlingstilbud, som adskiller sig fra alkoholbehandlingen til voksne. Tilbuddene skal være tilrettelagt med et bredt sigte på behandling af alkoholproblemer og andre rusmidler, have et helhedsorienteret fokus på den unges liv samt have et både socialt- og sundhedsfagligt fokus*

*Samlet set bør den nuværende tilgang i alkoholbehandlingen af unge undersøges nærmere, og der bør inddrages national og international forskning på området.*

### 5.1. Opsporing og tidlig indsats

Et skadeligt alkoholforbrug er koblet både til at begynde at drikke tidlig samt drikke meget ved samme lejlighed og ofte. Alkohol påvirker den unge hjerne, der ikke er færdigudviklet før i 20'erne, og et højt alkoholforbrug, før hjernen er færdigudviklet, øger risikoen for afhængighed.

Det er derfor vigtigt, at fokus på systematisk opsporing af unge med alkoholproblemer øges, f.eks. på ungdomsuddannelser og i sundhedsvæsenet. Kommunale medarbejdere skal arbejde systematisk med en bedre og tidligere opsporing af unge uden for uddannelsessystemet. En tidlig rådgivnings- og/eller behandlingsindsats kan forebygge, at unge udvikler et skadeligt alkoholforbrug eller afhængighed senere i livet.

Kommunerne bør sikre tilbud om forebyggende samtale til unge med et storforbrug eller skadeligt forbrug af alkohol, f.eks. som et udgående tilbud på uddannelsesinstitutioner (8). En særlig målgruppe for opsporingen er børn og unge, der vokser op i familier med alkoholproblemer, da forskning viser en øget risiko for, at de også selv udvikler alkoholproblemer (9).

### 5.2. Unge i behandling

Der eksisterer kun sparsom viden om antallet af unge med et behandlingskrævende brug af alkohol i Danmark. Tal fra NAB viser, at der i 2018 var 58 personer i alderen 15-17 år indskrevet i alkoholbehandling i Danmark. For de 18-39-årige var det ca. 3.700 personer<sup>5</sup>. Antallet af unge indskrevet i alkoholbehandling har ligget nogenlunde stabilt de sidste 10 år, dog med en lille stigning de sidste par år.

Afdækningsrapporten tyder på, at der er få unge, som *alene* har et behandlingskrævende brug af alkohol. Kommunerne vurderer således, at de fleste unge, der kommer i alkoholbehandling har et blandingsbrug, hvor de kombinerer et skadeligt forbrug af

alkohol med brug af stoffer. Ifølge afdækningsrapporten behandles 70 % af de unge i alkoholbehandling for både stof- og alkoholproblematikker. På dialogmøderne kom det dog frem, at flere af de kommunale rusmiddelhandlingssteder for unge oplever en stigning i antallet af unge, der henvender sig, hvor alkohol er hovedstoffet. Det er vigtigt at få undersøgt denne udvikling yderligere.

Afdækningen viser også, at på 43 % af behandlingsstederne foregår ungebehandlingen samme sted som behandlingen af voksne med alkoholproblemer, og i mange tilfælde tilbydes unge ikke en særlig behandling. Men erfaringen fra de rusmiddelbehandlingssteder for unge, som deltog på dialogmøderne, er, at unges alkoholproblemer adskiller sig væsentligt fra de voksnes. Unge har sjældent en fysisk afhængighed af alkohol, da det ofte forudsætter flere års dagligt brug af alkohol.

På baggrund af dette bør unge tilbydes særligt tilrettelagte behandlingstilbud, som adskiller sig fra den traditionelle alkoholbehandling til voksne. Tilbuddene skal være tilrettelagt med et bredt sigte på behandling af alkoholproblemer og andre rusmidler samt have et helhedsorienteret fokus på den unges liv.

Det socialfaglige fokus i behandlingen er væsentligt, herunder kognitiv samtalerapi og afhjælpning af andre problemstillinger i den unges liv, men lige så vigtigt er det sundhedsfaglige fokus. Det er vigtigt, at der ved opstart af unge i rusmiddelbehandling udarbejdes en indledende objektiv undersøgelse samt en sundhedsfaglig vurdering af den unges rus- middelproblemer og eventuelle følgevirkninger, så der ikke overses eventuel afhængighed/abstinenssymptomer eller somatiske og psykiatriske problemstillinger, f.eks. ADHD eller personlighedsforstyrrelser.

Samlet set bør den nuværende tilgang i alkoholbehandlingen af unge undersøges nærmere, og der bør inddrages national og international forskning på området, som kan kvalificere udviklingen af og anbefalinger til behandlingsindsatsen af unge med et behandlingskrævende alkoholforbrug yderligere. Der kan med fordel hentes erfaring fra udviklingen af behandlingsmodeller for unge på stofområdet i Danmark.

<sup>5</sup> Tallene er ekskl. evt. anonyme patienter i behandling, da alderen på disse ikke kendes. Der er ca. 15.000 i behandling hvor alderen er kendt.

## 6. Referencer

**1. Statens Institut for Folkesundhed.**

*Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige.* København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

**2. Lægehåndbogen.**

*Alkoholabstinenssyndrom.* 2018.

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/alkohol/abstinenssyndrom/>.

**3. Retsinformation.** Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. 2019.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209474>.

**4. Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017.* København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

**5. Sundhedsstyrelsen.** *Behandling af alkoholafhængighed - National klinisk retningslinje.* København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

**6. Styrelsen for Patientsikkerhed.**

Målepunkter for tilsyn på misbrugscenter 2019. 2019. <https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-behandlingssteder/tilsyn-med-misbrugscentre/~media/29A2A54B890C4C0D89E286648C503A6C.ashx>.

**7. Styrelsen for Patientsikkerhed.**

*Misbrugsbehandling - Erfaringsopsamling fra tilsynsbesøg på private behandlingssteder 2012-2016.*

København: Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018.

**8. Sundhedsstyrelsen.**

*Forebyggelsespakke Alkohol.* København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

9. Sundhedsstyrelsen — *Alkohol i Danmark 2015 – vaner, skader på andre og holdninger.* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet: Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Knud Juel, Ola Ekholm, 2016.



# Bilag 1 Oversigt over relevant retningslinjer, rådgivningsmateriale mv. fra Sundhedsstyrelsen

2006. Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering

2008. Kvalitet i alkoholbehandling - et rådgivningsmateriale

2009. Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier

2011. Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder

2012. Vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger

2013. Guide til implementering af to anbefalinger om tidlig indsats fra forebyggelsespakken om alkohol.

2014. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner

2016. National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse

2018. Forebyggelsespakke – Alkohol

2018. National klinisk retningslinje – Behandling af alkoholafhængighed

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥+●