

# Lægeforeningen



Folketinget  
Sundhedsudvalget  
Christiansborg  
1240 København K

Kære Sundhedsudvalg

Lægeforeningen mener, at alkoholpatienter bør kunne stole på, at kommunerne giver dem en effektiv, evidensbaseret behandling.

Vi har derfor "taget temperaturen" på alkoholbehandlingen ved at sende et spørgeskema til kommuner og praktiserende læger.

Kommuner og læger har svaret på spørgsmål om alkoholbehandlingens organisation, budget, personale, behandlingsformer, lægemiddelanvendelse, samarbejde - og det ser ikke for godt ud.

Kommunernes tilbud til alkoholpatienterne svinger alt for meget i kvalitet og omfang. Patienterne kan ikke føle sig sikre på kvaliteten af den behandling, de melder sig til, når de beslutter at gå i behandling for deres afhængighed. Nogle kommuner tilbyder god veldokumenteret behandling, men alt for mange gør ikke.

Resultaterne kan du læse i vedlagte\* rapport, som også ligger på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk).

Lægeforeningen ønsker, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter bindende regler for kvaliteten af de alkoholbehandlingstilbud patienterne møder hos kommunen. Vi vil derfor med interesse følge ministeriets arbejde med godkendelsesordning for alkoholbehandlingssteder.

Hvis du ønsker yderligere information er du velkommen til at kontakte:

Ulrik Becker, overlæge og forfatter til rapporten på

[Ulrik.Becker@hvh.regionh.dk](mailto:Ulrik.Becker@hvh.regionh.dk) eller 23 39 17 28

Jette Dam-Hansen, Lægeforeningens bestyrelse på [dam-hansen@dadlnet.dk](mailto:dam-hansen@dadlnet.dk)

eller 23 67 85 52

Peter Konow, Lægeforeningens sekretariat på [pk@dadl.dk](mailto:pk@dadl.dk) eller 35 44 82 18

Sundhedspolitisk sekretariat  
30-10-2009

Jr. 2008-6350/300426  
PK.kje

Domus Medica  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500  
Tlf.: 3544 8218 (direkte)  
E-post: [dadl@dadl.dk](mailto:dadl@dadl.dk)  
E-post: [pk@dadl.dk](mailto:pk@dadl.dk) (direkte)  
Fax: 3544 8505  
[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)

Med venlig hilsen  
f/Peter Konow

Karin Jensen  
Sekretær



Oktober 2009

## Alkoholbehandling i kommunerne

Rapport udarbejdet af Lægeforeningens misbrugsudvalg ved:

*Ulrik Becker*

Overlæge, dr.med.

Gastroenheden, Hvidovre Hospital, og Statens Institut for Folkesundhed

*Sverre Barfod*

Alment praktiserende læge, speciallæge i almen medicin

Frederiksværk

# Indhold

Resumé.....	3
Baggrund .....	5
Danskernes alkoholforbrug .....	5
Lovgivning.....	5
Alkoholbehandlingsindsatsen.....	6
Ønske om overblik .....	6
Metoden.....	7
Resultater.....	8
Organisering.....	8
Behandlingen.....	9
Personale og uddannelse .....	11
Økonomi .....	13
Samarbejde med almen praksis .....	13
Farmakologisk behandling i almen praksis .....	14
Diskussion.....	16
Konklusioner og perspektivering.....	19
Referencer.....	21

## Resumé

Alkoholafhængighed er en meget kompleks lidelse. Ofte indeholder den psykiske komponenter, medfører ofte somatiske eller psykiatriske følgetilstande og sygdommen er altid en stor belastning for familien navnlig for børnene, der er i risiko for selv at udvikle psykiske lidelser eller misbrug. Undersøgelser har tidligere peget på, at der er store forskelle på, i hvilket omfang alkoholbehandlingsinstitutionerne anvender den eksisterende viden om effektiv alkoholbehandling.

Lægeforeningens misbrugsudvalg ønskede derfor at få et overblik over kommunalreformens konsekvenser på alkoholbehandlingsområdet og udsendte i oktober 2008 et spørgeskema til landets 98 kommuner og et spørgeskema til alle landets praktiserende læger. Enqueten afdækker alkoholbehandlingsorganisering, anvendte behandlingstoder, personalesammensætning, økonomi og samarbejde med almen praksis. I alt 80 kommuner besvarede spørgeskemaet. Hovedresultaterne af undersøgelsen er følgende:

### ORGANISERING

Der er meget stor variation i organiseringen af alkoholbehandling. Selv små kommuner ned til 21.000 indbyggere har etableret egen alkoholbehandling – flere store kommuner i forhold til små har etableret egen behandling eller indgår i regional institution.

Dobbelt så mange kommuner har organiseret alkoholbehandlingen i socialforvaltningen i forhold til kommuner, der har organiseret behandlingen i sundhedsforvaltningen. En tredjedel af kommunerne har placeret forebyggelse og alkoholbehandling i hver sin forvaltning

20% af de adspurgte kommuner svarer, at journaloplysningerne indgår i et fælles kommunalt journalsystem.

Kun knap 40% af kommunerne har udarbejdet en alkoholpolitisk handleplan.

### BEHANDLING

Der er stor variation i antallet af behandlede patienter per 1.000 indbyggere, og der bliver behandlet flest i store kommuner. Færre kommuner med egen behandlingsinstitution varetog selv abstinensbehandling i forhold til andre organisationstyper.

36% af kommunerne anvender NADA-akupunktur i abstinensbehandlingen – en ikke evidensbaseret behandlingsmetode. Antabus anvendes i stort set alle kommuner, men henholdsvis 40% og 70% anvender ikke Acamprosat og Naltrexon – to særdeles veldokumenterede farmakologiske behandlingsprincipper.

### PERSONALE OG UDDANNELSE

Kun halvdelen af kommunerne har ansat personale med mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse typisk sygeplejerske, mens 90% har ansat socialfagligt personale.

Kun en fjerdedel af kommunerne har fast læge, og endnu færre havde fast psykiatrisk assistance (flere har lægekonsulent og/eller psykiatrisk konsulent).

Personale og fælleskommunale institutioner bruger oftere sundhedspersonale, end de øvrige institutionstyper.

### ØKONOMI

Der er betydelig variation i de økonomiske ressourcer, kommunerne budgetterer med til alkoholbehandling.

### SAMARBEJDE

Mindretallet af kommunerne orienterer egen læge enten ved behandlingsstart eller ved behandlingens afslutning. Information af egen læge sker usystematisk.

De fleste kommuners alkoholbehandlere fandt samarbejdet med almen praksis nogenlunde eller nogenlunde med mangler.

Mere end tre fjerdedele af alle praktiserende læger har mellem en og fem kontakter om ugen, hvor alkohol er et væsentligt problem. Cirka 30% af de praktiserende læger fandt udbud og kvalitet af døgnbehandlingen utilstrækkelig og kun knapt 7% fandt udbud og kvalitet rigtig godt. Godt 60% af de praktiserende læger fandt udbud og kvalitet af den ambulante behandling utilstrækkelig eller mangelfuld, mens kun 17% fandt det rigtig godt.

Alle praktiserende læger har anvendt Antabus inden for det sidste år, mens det kun er tilfældet for en fjerdedels vedkommende, når det gælder Acamprosat eller Naltrexon.

---

Det er foruroligende, at der er så stor variation i behandlingstilbuddene rundt omkring i kommunerne – både kvantitativt og kvalitativt. Kommunalreformen har tilsyneladende medført en glidning over mod det socialfaglige område i modstrid med den faglige evidens på området.

På baggrund af den videnskabelige evidens på området mener Lægeforeningen:

- at det sundhedsfaglige element i alkoholbehandlingen bør opprioriteres fremover
- at sundhedsministeren bør indføre godkendelsesordninger for både ambulante alkoholbehandlingsinstitutioner og døgnbehandlingsinstitutioner. Dette gælder konkrete krav til kortlægning og diagnostik, behandlingsmetoder, personale sammensætning inklusive krav til efteruddannelse og dokumentation.

Lægeforeningen opfordrer sundhedsministeren til sammen med Sundhedsstyrelsen, at udforme retningslinjer for »den funktionsbærende alkoholbehandlingsenhed« på linje med en række andre sundhedsfaglige områder.

# 1. Baggrund

## 1.1. DANSKERNES ALKOHOLFØRBRUG

I Danmark er det en meget lille del af befolkningen der slet ikke drikker alkohol i løbet af et år (cirka 3% af mændene og cirka 7% af kvinderne). I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY) fra 2005 anførte henholdsvis 15% af mændene og 29,5% af kvinderne, at de ikke havde drukket alkohol den sidste uge (Ekholm et al, 2006).

Ifølge salgstatistikkerne var alkoholforbruget i Danmark stigende i 1960'erne og 1970'erne fra godt fire liter ren alkohol i gennemsnit per år for alle danskere over 14 år til cirka 12 liter ren alkohol i gennemsnit. I 2007 var salget af alkohol 10,9 liter ren alkohol per indbygger over 14 år svarende til et gennemsnitligt dagligt alkoholforbrug på cirka to genstande, hvor én genstand er indholdet af en almindelig pilsnerøl (12 alkohol). Det er et forbrug, der ligger tæt ved de højest forbrugende lande i Europa. I 2007 var 43,3% af forbruget øl, 40,2% var vin og 16,5% var spiritus.

Man regner med, at cirka 860.000 voksne danskere drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (Hvidtfeldt et al, 2008).

De senere år er der lavet flere landsdækkende og regionale befolkningsundersøgelser, som også har undersøgt danskernes alkoholvaner. Den seneste SUSY-undersøgelse fra 2005 viser, at 17,9% af danske mænd og 10,8% af de adspurgte danske kvinder drikker over genstandsgrænserne. Dette gælder i alle aldersgrupper, og for både mænd og kvinder er det de 16-24-årige og de 45-64-årige der drikker mest. For begge aldersgruppers vedkommende er der i SUSY-undersøgelserne set en stigning fra 1994 til 2005 i andelen, der drikker over genstandsgrænserne. (Ekholm et al, 2006). I modsætning til hvad man ser for andre risikofaktorer vedkommende, har de socialt velstillede – det vil sige personer, der har højest indkomst og er bedst uddannede – også det højeste alkoholforbrug.

Der er også store regionale variationer i alkoholforbruget. I Region Hovedstaden drikker 16,4% over genstandsgrænserne sammenlignet med henholdsvis 14,2%, 12,0%, 14,3% og 13,4% i henholdsvis Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Der er ikke foretaget egentlige danske undersøgelser af hverken incidens eller prævalens af skadeligt forbrug og alkoholafhængighed i Danmark. De bedste estimater baseret på tal fra Sundheds og Sygelighedsundersøgelsen fra 2005 tyder på at der i Danmark er cirka 585.000, der har et skadeligt forbrug, og cirka 140.000 alkoholafhængige (Hvidtfeldt et al, 2008). En mindre del af disse – cirka 15.000 – udgøres af dem, der er socialt udstødte og borgere med svære psykiske sygdomme og samtidigt alkoholmisbrug. Det er denne gruppe, der i den almindelige opfattelse er indbegrebet af en alkoholiker – »manden på bænken« – de der er hjemløse, uden arbejde, uden socialt netværk og med meget ringe socialt funktionsniveau. Hjemløseundersøgelsen fra Socialforskningsinstituttet 2007 (Benjaminsen & Christensen, 2007) viste, at der er cirka 5.250 hjemløse i Danmark. 45% af disse har et alkoholmisbrug, men de udgør altså en meget lille del af det totale antal alkoholafhængige. En undersøgelse af 1.290 socialt udsatte viste, at 31% drak alkohol dagligt (Pedersen et al, 2008).

Langt de fleste alkoholafhængige, som er den væsentligste målgruppe for den kommunale alkoholbehandling, udgøres af et bredt udsnit af befolkningen. De alkoholmisbrugere, der søger eller henvises til behandling, består overvejende af mænd (75%), med en gennemsnitsalder på cirka 45 år (spredning fra 20 til 80 år), op mod halvdelen er tilknyttet arbejdsmarkedet, og omkring halvdelen har familien/netværket intakt. Misbruget har stået på i gennemsnitligt ti år, og alkoholforbruget er ved henvendelse til behandlingssituationen gennemsnitligt 20 genstande dagligt (Becker, 2004).

## 1.2. LOVGIVNING

Efter Kommunalreformen overgik alkoholbehandling fra tidligere at have været et amtligt ansvarsområde til at være kommunernes ansvar. Det gælder både ambulante og døgnbehandling. Ifølge sundhedslovens § 141 skal kommunalbestyrelsen inden 14 dage tilbyde behandling til alkoholmisbrugere. Kommunalbestyrelsen kan etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd

eller private institutioner. Behandlingen skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det, og behandlingen er vederlagsfri.

Lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere er reguleret i sundhedslovens § 142, mens anden behandling af stofmisbrug er reguleret i serviceloven.

§ 252 i sundhedsloven fastslår, at bopælskommunen afholder udgifterne til alkoholbehandling.

Der er ikke noget krav om visitation til ambulantly behandling. Først i det øjeblik, der skønnes at være behov for døgnbehandling, kræves visitation via kommunen. Der er ikke noget entydigt overblik over, hvor mange patienter der er i behandling. Alle, der behandler patienter for offentlige midler, skal efter 1. januar 2006 indberette til et nyt Nationalt Alkoholbehandlingsregister (NAB) i Sundhedsstyrelsen. Registeret er ikke fuldstændigt endnu, men foreløbige tal fra 2007 (Sundhedsstyrelsen, 2008) viser, at 6.840 personer var i alkoholbehandling i 2007. Heraf var 76% indskrevet i ambulantly behandling og 16% i døgnbehandling, mens der ved de resterende registreringer ikke var angivet behandlingstype. Disse tal afspejler formentlig ikke det reelle forhold mellem ambulantly behandling og døgnbehandling. En tidligere rapport (Pedersen et al, 2004) viste, at 19.000 danskere modtog alkoholbehandling i 2003 – heraf cirka 4% døgnbehandling – resten ambulantly behandling. For det første viser disse tal, at kun en meget lille del af de 140.000 alkoholafhængige danskere modtager behandling, og for det andet er anvendelsen af døgnbehandling lille. I Sverige behandles cirka 12% af dem, der kommer i behandling, i døgnregi (Pedersen et al, 2004).

Langt størstedelen af ambulantly alkoholbehandling er offentligt finansieret. Der er ikke noget overblik over, hvordan organisationen af ambulantly behandling – eller døgnbehandling for den sags skyld – er efter kommunalreformen. Vi ved, at der før kommunalreformen var 17-18 amtsslige behandlingsinstitutioner. For døgnbehandlings vedkommende er der i øjeblikket 10-20 årspladser per 500.000 indbyggere svarende til i alt cirka 100 og 200 årspladser eller 800-1500 døgnforløb per år. Varigheden af et typisk døgnforløb er 8-12 uger – i nogle tilfælde kortere – i andre tilfælde længere.

Der eksisterer ikke nogen autorisationsordning for alkoholbehandlere og ingen

godkendelsesordning for alkoholbehandlingsinstitutioner, hverken for så vidt angår ambulantly behandling eller døgnbehandling. For at en kommune må anvende et givet alkoholbehandlingstilbud, skal institutionen være opført på Tilbudsportalen, men dette indebærer ikke noget »kvalitetsstempel«, men alene at en kommune har sagt god for, at de faktuelle oplysninger er korrekte.

### 1.3. ALKOHOLBEHANDLINGSINDSATSEN

Det er tidligere blevet dokumenteret, at alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark har været præget af stor variation i behandlingstilbuddene både kvantitativt og kvalitativt og med en mangelfuld dokumentation og kvalitetssikring (Pedersen et al, 2004).

I samme periode, som kommunerne har overtaget ansvaret for alkoholbehandlingen fra amterne er der sket en betydelig faglig udvikling på alkoholbehandlingsområdet, som blandt andet er udmøntet af Sundhedsstyrelsen med publikation af MTV-rapporten om alkoholbehandling i 2006 (Sundhedsstyrelsen, 2006) og Rådgivningsmateriale til kommunerne i 2008 (Sundhedsstyrelsen, 2008). Der er en meget betydelig viden om hvad god alkoholbehandling er, og såvel MTV-rapporten som Rådgivningsmaterialet til kommunerne peger blandt andet på betydningen af tilstrækkelig sundhedsfaglig ekspertise til såvel udredning af psykiatrisk og somatisk komorbiditet som til abstinensbehandling, psykiatrisk vurdering og behandling samt farmakologisk alkoholbehandling.

### 1.4. ØNSKE OM OVERBLIK

Lægeforeningens misbrugsudvalg ønskede at få et overblik over, hvordan kommunerne siden kommunalreformen har håndteret alkoholbehandlingen. Derfor udsendte Lægeforeningen i oktober 2008 et spørgeskema til alle landets 98 kommuner og et spørgeskema til alle landets praktiserende læger, hvis e-mailadresse var registreret i Lægeforeningen.

---

## 2. Metoden

Spørgeskemaet til kommunerne var opdelt i en del, der handlede om den ambulante alkoholbehandling i kommunen; det vil sige organisation, behandlingen her-under indhold og antal behandlede patienter, budgetterede ressourcer for 2008 og personalesammensætning herunder brugen af fast ansatte læger og lægekonsulenter. Endelig spurgte vi om indgåelse af samarbejdsaftaler, og hvordan kommunen syntes, at samarbejdet med almen praksis var, og nogle få spørgsmål om døgnbehandling.

Spørgeskemaet blev stilet til den/dem, der har det overordnede organisatoriske/administrative ansvar for kommunens alkoholbehandling, og i ledsagebrevet blev det anført, at formålet med undersøgelsen var at tilvejebringe et overblik over organisationen af den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling i Danmark efter Kommunalreformen.

Desuden gjorde vi ved udsendelsen af spørgeskemaet opmærksom på, at alle data ved publikation af undersøgelsens resultater ville være anonymiserede, således at kommunens navn ikke ville fremgå, da formålet alene var at skabe overblik over den kommunale indsats. Vi bad dog om, at kommunens navn blev opgivet ved besvarelsen, således at resultaterne kunne korreleres til kommune-størrelse og muliggøre, at data fra fælleskommunale enheder kunne samles.

Når man vurderer svarene fra kommunerne, er det vigtigt at have in mente, at vi har spurgt kommunerne, som efter kommunalreformen har ansvaret for alkoholbehandlingen. Vi ved ikke, hvem der konkret har besvaret spørgeskemaet, men af besvarelserne fremgår, at nogle kommuner har bedt fagpersoner inden for alkoholbehandlingen om at besvare spørgsmålene, mens andre kommuner har besvaret spørgsmålene på forvaltningsniveau. Mange af de spørgsmål, der mere specifikt handler om for eksempel personalesammensætning og indhold i behandling, er af mange kommuner besvaret meget mangelfuldt, og det er i sig selv bemærkelsesværdigt når man tager i betragtning, at det i alle tilfælde er kommunerne, der betaler for behandlingen, uanset hvilken organisering man har valgt i de enkelte kommuner.



### 3. Resultater

I det følgende gennemgås resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne m.h.t. organisering, behandling, personale og uddannelse, økonomi og samarbejde. Endelig gennemgås de praktiserende lægers vurdering af alkoholbehandlingen.

I alt 80 af 98 kommuner besvarede spørgeskemaet (svarprocent 83%) – to af disse besvarede spørgeskemaet anonymt.

#### 3.1. ORGANISERING

Af disse 80 kommuner indgik 25 kommuner (31%) i fælleskommunalt drevne ambulante behandlingsenheder eller enheder, hvor kommuner købte ydelser fra en anden kommunes alkoholambulatorium, og heraf brugte kun én kommune også køb fra privat udbyder. I alt 15 kommuner (19%) købte ambulante alkoholbehandling hos tre regionale udbydere (én organiseret i den regionale psykiatريفorvaltning, én i det somatiske hospitalsvæsen og én var selvstændig regional virksomhed) – seks kommuner brugte også køb af ydelser fra privat udbyder. I alt 16 kommuner (20%) købte ambulante alkoholbehandling af privat udbyder, og de resterende 24 kommuner (30%) havde et kommunalt drevet eget ambulatorium, hvoraf fire også

købte ydelser fra privat drevet ambulatorium (Tabel 1).

Som det fremgår af Tabel 2, er de kommuner, der har etableret egen behandlingsinstitution lidt større end kommuner, der indgår i fælleskommunalt samarbejde eller anvender en privat udbyder, en forskel der er statistisk signifikant ( $p=0,009$ ).

I de fleste kommuner er ansvaret for alkoholbehandlingen placeret i socialforvaltningen (51%), men 21% af kommunerne har placeret ansvaret for alkoholbehandlingen i sundhedsforvaltningen (Tabel 3). I 28% af kommunerne er ansvaret placeret i andre forvaltninger, blandt andet fordi mange kommuner er organiseret i forvaltninger med anden sammensætning (f.eks. voksenforvaltning; voksen og sundhed, psykiatri, handicap og socialt udsatte; sundheds-, ældre- og handicapområdet; voksne med særlige behov; social, børn og kultur; social- og sundhedsforvaltningen) hvor man ikke klart kan adskille social- og sundhedsforvaltningen eller alkoholbehandlingen er organiseret i andre forvaltninger end social- eller sundhedsforvaltningen som for eksempel arbejdsmarkedsforvaltning eller arbejdsmarkedsservice.

Af Tabel 4 fremgår det at en tredjedel af

Tabel 1. Alkoholbehandling. Kommunal organisation. Responsrate 80/98 (81,6%)

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution	Total
Antal	25	15	16	22	78
%	32	19	21	28	100

Tabel 2. Indbyggertal vs. organisering

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
Indbyggertal (median)	42.447	76.055	36.253	68.310
Min.-maks	3.192-198.538	2.003-509.861	12.399-68.913	20.759-195.145

Tabel 3. Hvilken kommunal forvaltning har ansvaret for alkoholbehandlingen?

Kommunalforvaltning	Socialforvaltning	Sundhedsforvaltning	Andet	Total
Antal	39	16	21	76
%	51	21	28	100

kommunerne svarede at forebyggelsen og alkoholbehandlingen lå i forskellige forvaltninger.

Langt de fleste kommuner har organiseret alkohol- og stofbehandling i samme forvaltning, mens cirka halvdelen har valgt at have alkohol- og stofbehandling geografisk adskilt. Der er en større andel (ikke-signifikant), der har alkohol- og stofbehandling i samme geografi blandt kommuner, der anvender private udbydere i forhold til andre organisationstyper (data ikke vist).

De fleste kommuner har organiseret alkoholbehandlingen med en selvstændig ledelse med både personale- og budgetansvar (Tabel 4).

20% af de adspurgte kommuner svarer ja til spørgsmålet, om journalføringen i den ambulante alkoholbehandling indgår i et fælles journalsystem, således at der potentielt er fri tilgængelighed for informationer inden for hele den kommunale forvaltning (Tabel 4), hvilket forfatterne kender eksempler på. Endelig fremgår det af Tabel 4, at kun mindretallet af kommuner indtil nu har udarbejdet en alkoholpolitisk handleplan, som skal fastlægge en overordnet forebyggelses- og behandlingspolitik i kommunen.

### 3.2. BEHANDLINGEN

#### 3.2.1. Antal behandlinger

Kommunerne blev spurgt om antallet af behandlede patienter og antallet af afsluttede behandlingsforløb i 2007. Mange kommuner havde vanskeligt ved at svare og henviste til behandlingsinstitutionerne.

Der var meget stor variation på svarene fra de 49 kommuner, der besvarede spørgsmålene. Antallet af patienter per 1.000 indbyggere varierede fra 0,26 til 10,17 patienter per 1.000 indbyggere (median 2,5 per 1.000 indbyggere).

**Tabel 4.** Spørgsmål om kommunal alkoholbehandling. (n=75).

	Ja	Nej
Forebyggelse i samme forvaltning	67%	33%
Alkohol og narko i samme organisation	88%	12%
Alkohol og narko m. samme geografi	51%	49%
Selvst. ledelse m. budgetansvar	72%	28%
Selvst. ledelse m. fagligt ansvar	85%	15%
Indgå i fællesjournal	20%	80%
Alkoholpolitisk handleplan inkl. alkoholbehandling	39%	61%

Figur 1 viser antallet af behandlede patienter per 1.000 indbyggere fordelt på kommune-størrelse, og selv om forskellene mellem store og små kommuner ikke er statistisk signifikant ( $p=0,08$ ; Kruskal-Wallis test) er der flere patienter per 1.000 indbyggere i store kommuner i forhold til små.

Der er således stor variation selv inden for kommuner af samme størrelse. Det tyder på forskelle i kommunernes indsats.

Der var ingen væsentlig variation i antallet af behandlede patienter per 1.000 indbyggere med den organisationstyper, kommunerne anvendte (data ikke vist).

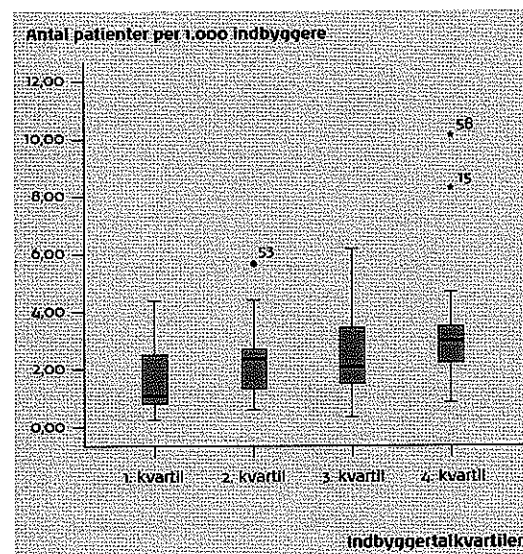
#### 3.2.2. Abstinensbehandling

For at foretage en grov vurdering den sundhedsfaglige kvalitet havde vi udvalgt nogle få spørgsmål, der handlede om anvendelsen af nogle evidensbaserede farmakologiske behandlinger Disulfiram, Naltrexon og Acamprosat – nogle behandlinger hvor der ikke er evidens for effekt (SSRI og NADA-akupunktur). Herudover spurgte vi til abstinensbehandling, som er af stor betydning for fastholdelse i behandling og behandlingsresultat.

En god akutbehandling i afrusningsfasen er væsentlig for, at patienterne gennemfører behandlingen. Det største frafald ses i de første måneder af et behandlingsforløb.

Af Tabel 5a fremgår det, at cirka en tredjedel af kommunerne svarede, at de ikke selv

**Figur 1.** Antallet af behandlede patienter per 1.000 indbyggere fordelt på kommune-størrelse (kvartiler). (n=49). Median, min.-maks, 1. og 3. kvartil.



**Tabel 5a.** Varetager man i den ambulante alkoholbehandling selv afrusning og abstinensbehandling? Hvis ja anvendes barbiturat, klordiazepoxid og/eller NADA-akupunktur?

	Ja	Nej
Afrusning og abstinensbehandling (n=75)	69%	31%
Barbiturat; n=47	8,5%	91,5%
Klordiazepoxid; n=47	91,5%	8,5%
NADA-akupunktur; n=47	30,2%	63,8%

varetog abstinensbehandling. Det er selvfølgelig ikke det samme som at sige, at man slet ikke abstinensbehandler – nogle henviser til indlæggelse på en døgnbehandlingsinstitution eller hospital. Signifikant færre kommuner med egen behandlingsinstitution varetog selv abstinensbehandling i forhold til de andre organisationstyper ( $p=0,014$ ; data ikke vist).

Benzodiazepiner var det hyppigst anvendte stof til abstinensbehandling (Tabel 5a). 8,5% af kommunerne anvender barbiturat (Fenemal). Det er et meget dårligt stof til ambulant anvendelse på grund af risiko for forgiftninger og manglende antidot. 36% af kommunerne svarede, at man anvendte NADA-akupunktur i den ambulante afrusning og abstinensbehandling. Der foreligger ingen evidens for effekten af NADA-akupunktur.

**Tabel 5b.** Samme som Tabel 5a fordelt på organisationstype.

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
Afrusning og abstinensbehandling	n=22 86,4%	n=11 72,7%	n=8 87,5%	n=11 100,0%
Barbiturat	n=20 15,0%	n=8 12,5%	n=4 0,0%	n=15 0,0%
Klordiazepoxid	100,0%	100,0%	75,0%	80,0%
NADA akupunktur	25,0%	37,5%	50,0%	46,7%

**Tabel 6b.** Forbruget af Disulfiram, Acamprosat og Naltrexon i Danmark i perioden 2003 til 2008. Definerede døgn doser, Lægemiddelstyrelsen.

Lægemiddel	Forbrug i 1.000 definerede døgn doser (DDD)					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Disulfiram (Antabus)	5.127	5.248	5.129	4.911	4.924	4.868
Acamprosat	33	35	48	81	118	146
Naltrexon	10	10	10	17	21	18

**Tabel 6a.** Anvender man i den ambulante alkoholbehandling et eller flere af de medikamenter, der er nævnt i tabellen til behandling af alkoholafhængighed?

	Ja	Nej
Disulfiram (Antabus)	92,5%	7,5%
Acamprosat	59,3%	40,7%
Naltrexon	28,3%	71,7%
SSRI	24,5%	75,5%

Hvis man fordeler data på organisationstype (Tabel 5b), ses det, at de regionale og fælleskommunale institutioner i højere grad bruger den veldokumenterede klordiazepoxid og i mindre grad bruger NADA-akupunktur, end kommunernes egne institutioner og de private institutioner

93% af kommunerne svarer ja til, at man anvender Antabus. Mens henholdsvis 60% og 30% anvender henholdsvis Acamprosat og Naltrexon (Tabel 6a). Cirka en fjerdedel af kommunerne anvender SSRI-præparater.

### 3.2.3. Farmakologisk behandling (Tabel 6a, 6b, 6c)

Hvis man fordeler data fra Tabel 6a på organisationstype (Tabel 6c), ses samme tendens som for abstinensbehandling – færre anvender Acamprosat og Naltrexon i kommuner,

**Tabel 6c.** Samme som Tabel 6a fordelt på organisationstype.

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	N=19	N=7	N=4	N=23
Disulfiram	100,0%	100,0%	100,0%	82,6%
Acamprosat	89,5%	71,4%	60,0%	30,4%
Naltrexon	50,0%	71,4%	25,0%	0,0%
SSRI	42,1%	42,9%	0,0%	21,7%

som har etableret egne behandlingsinstitutioner eller anvender private udbydere ( $p < 0,01$ ). Til gengæld anvendes SSRI-præparater mere i fælleskommunale og regionale institutioner (ikke-signifikant).

Også her ses, at de større, fælleskommunale og regionale institutioner i højere grad bruger de nye farmakologiske behandlingsprincipper, end kommunernes egne og de private institutioner gør.

### 3.3. PERSONALE OG UDDANNELSE

Da alkoholafhængighed er en sygdom, der ofte følges af somatiske og psykiatriske problemer, er sundhedsfagligt personale vigtigt for god kvalitet i behandlingen.

En række spørgsmål handlede om, hvilke personaler der var ansat i alkoholbehandlingen. Spørgsmålene er besvaret meget uensartet og har kun kunnet anvendes meningsfuldt for cirka halvdelen af kommunernes vedkommende (varierende over de forskellige spørgs-

mål). Kun halvdelen af kommunerne har ansat sundhedsfagligt personale (mellemlang videregående uddannelse typisk sygeplejerske) (Tabel 7a), mens næsten 90% har social-

**Tabel 7a.** Andelen af kommuner som har besvaret spørgsmål om antal årsværk inden for forskellige stillingskategorier >0; n=45.

	Ja	Nej
Sundhedsfagligt personale	50,0%	50,0%
Socialfagligt personale	87,5%	12,5%
Pædagogisk personale	50,0%	50,0%
Andet behandlerpersonale	22,0%	78,0%
Psykolog	37,5%	62,5%
Fast læge	22,2%	77,8%
Fast psykiater	15,6%	84,4%
Lægekonsulent	66,1%	33,9%
Psykiatrisk konsulent	37,5%	62,5%

**Tabel 7b.** Andel af kommuner der har ansat forskellige personalegrupper med mellemlang videregående uddannelse fordelt efter kommunens organisationstype.

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	N=17	N=4	N=4	N=23
Sundhedsfagligt personale	76,5%	75,0%	50,0%	26,1%
Socialfagligt personale	88,2%	100,0%	75,0%	87,0%
Pædagogisk personale	64,7%	25,0%	25,0%	47,8%

**Tabel 7c.** Andel af kommuner der har ansat psykologer og læger fordelt efter kommunens organisationstype.

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	n=16	n=5	n=4	n=23
Psykologer	37,5%	20,0%	50,0%	39,1%
Faste læger	n=15	n=5	n=2	n=23
Fast psykiater	26,7%	60,0%	0,0%	13,0%
Psykiatrisk konsulent	20,0%	60,0%	0,0%	4,3%
	18,2%	66,7%		40,0%

fagligt personale ansat. En tredjedel af kommunerne har fast psykolog ansat, mens kun en fjerdedel havde fast læge og endnu færre (15,6%) havde fast psykiatrisk assistent. Flere havde dog aftale med lægekonsulenter og psykiatrisk konsulent.

Også på dette område er der en sammenhæng mellem kommunens organisation og anvendelsen af forskellige personalegrupper. Som det fremgår af Tabel 7b, er der signifikant færre kommuner ( $p < 0,01$ ), som anvender egen behandlingsinstitution eller private

udbydere, som har ansat personale med mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, mens forskellene for de øvrige personalegrupper er mindre klare (ikke-signifikant).

Flere private og kommuner med egen institution har psykologer ansat i forhold til den fælleskommunale og regionale organisationstype, men forskellene er ikke-signifikante. Det modsatte gør sig gældende for lægers vedkommende, idet færre kommuner med egen institution, eller som anvender private udbydere, har fast ansatte læger (ikke-signifikant) – Tabel 7c – og dette gælder også andelen af kommuner, der har ansat fast psykiater i alkoholbehandlingen ( $p = 0,03$ ) mod til gengæld at have psykiatrisk konsulent.

Der var i gennemsnit ansat 5,8 årsværk i de 51 kommuner, der besvarede spørgsmålet om antal behandlere. Hvis man ser på de 20 behandlingsinstitutioner, hvor der kan sammenstilles oplysninger om personalets størrelse ser tallene ud som anført i Tabel 8.

I Tabel 9 ses andelen af det samlede antal årsværk for delt på organisationstype og faglig uddannelse blandt behandlerne. I fælleskommunale og egne kommunale institutioner er der en større andel behandlere med socialfaglig baggrund, mens der især i egne kommunale institutioner er en meget beskedent andel af sundhedsfagligt uddannede behandlere.

Cirka tre fjerdedele af de 43 kommuner, der har besvaret spørgsmålet, angiver, at man har ansat personale med kognitiv efteruddannelse, men vi ved ikke, hvilken form for efteruddannelse der er tale om – Tabel 10a. Halvdelen har personale med familierapeutisk efteruddannelse eller anden form for kompetencegivende terapeutisk efteruddannelse. Anden form for terapeutisk efteruddannelse dækker over efteruddannelse i løsningsfokuseret terapi, psykodynamisk terapi, gestaltterapi, kropsterapi, narrativ terapi, og NLP. Tre kommuner svarede nej til spørgsmål

**Tabel 8.** Det samlede antal årsværk behandlere per institution fordelt på kommunal organisationstype.

	Fælles-kommunal	Regional	Egen institution
	n=7	n=2	n=11
Antal årsværk,	7,5	21,2	3,9
middelværdi (range)	(2,5-18,2)	(3,4-39,0)	(1,7-13,0)

**Tabel 9.** Fordelingen af det samlede antal årsværk på grunduddannelse og organisationstype.

	Fælles-kommunal	Regional	Egen institution
	n=7	n=2	n=11
Sundhedsfaglig	23,9%	23,7%	6,2%
Socialfaglig	45,5%	20,0%	56,4%
Pædagogisk	23,2%	5,0%	17,8%
Andet	0,6%	12,5%	6,6%

**Tabel 10a.** Andelen af behandlere der har kompetencegivende efteruddannelse. N=43

	Ja	Nej
Kognitiv efteruddannelse	77,3%	22,7%
Familierapeutisk uddannelse	53,5%	46,5%
Anden terapeutisk uddannelse	46,3%	53,7%

**Tabel 10b.** Andelen af behandlere der har kompetencegivende efteruddannelsen fordelt på kommunernes organisationstype (n=43).

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	n=16	n=5	n=1	n=22
Kognitiv efteruddannelse	75,0%	80,0%	0,0%	81,8%
Familierapeutisk uddannelse	62,5%	75,0%	0,0%	45,5%

om både kognitiv og familierapeutisk efteruddannelse.

Der er ikke nogen forskelle på andelen af behandlere med kognitiv og familierapeutisk efteruddannelse mellem forskellige organisationstyper som det fremgår af Tabel 10b.

### 3.4 ØKONOMI

Kommunerne blev spurgt om at give oplysninger om budgetoplysninger for 2008 vedrørende henholdsvis ambulans og døgnbehandling. Besvarelserne fra mange kommuner var så mangelfulde, at det ikke har været muligt at anvende disse oplysninger. Mange kommuner svarede, at man ikke kunne adskille det, man anvendte til stofbehandling og det, man havde afsat til alkoholbehandling i budgetterne. Herudover havde mange kommuner ikke mulighed for at adskille ambulans behandling fra døgnbehandling.

Vi valgte derfor at anvende budgettal fra Danmarks Statistik, og Figur 2 viser budgettal, som dækker både ambulans alkoholbehandling og døgnbehandling. Der bliver i danske kommuner anvendt 10-140 kroner per indbygger på alkoholbehandling mod 40-300 kroner per indbygger på stofbehandling. Der er derfor store variationer i budgetterne til alkoholbehandling, men der er ingen variation med alkoholbehandlingens organisation.

### 3.5. SAMARBEJDE MED ALMEN PRAKSIS

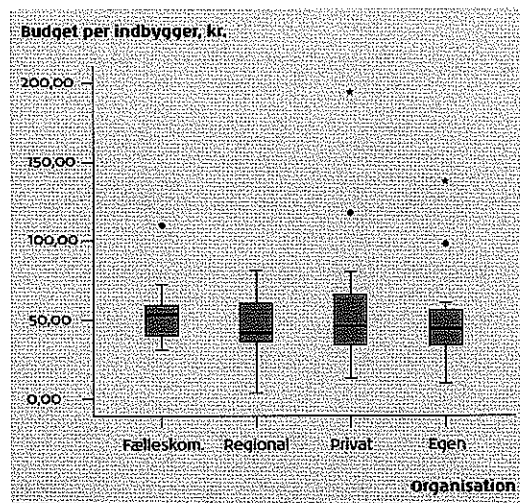
Patientens egen læge har stor gavn af at vide, at patienten er i alkoholbehandling, samt hvordan behandlingen forløber. Det er frivilligt for patienten at oplyse dette, men det er erfaringen, at de fleste patienter ønsker, at deres egen læge er orienteret.

Tre fjerdedele af de kommuner, der besvarede spørgsmål om orientering af egen læge svarede at egen læge blev orienteret af alkoholbehandlerne om behandlingen. Mindre end en fjerdedel orienterer egen læge ved behandlingens afslutning, Tabel 11.

Der var signifikant færre kommuner med fælleskommunal eller egne institutioner, som orienterede egen læge løbende under behandlingsforløbet og med faste intervaller sammenlignet med kommuner, der anvendte private eller regionale institutioner. Herudover var der ingen signifikante variationer med organisationstyper.

Vi spurgte også kommunerne, om alkoholbehandling fandt samarbejdet tilfredsstillende med egen læge. De fleste kommuners alkoholbehandlere fandt samarbejdet nogen-

**Figur 2.** Budget per indbygger opdelt efter organisation af alkoholbehandling. Median, min.-maks, 1. og 3. kvartil. Baseret på budgetoplysninger fra Danmarks Statistik.



**Tabel 11.** Orienterer alkoholbehandlerne patienternes egen læge om behandlingen og hvis ja - hvornår? (n=40).

	Ja	Nej
Orientering af egen læge	71,4%	28,6%
<i>Hvornår</i>		
Ved behandlingens start	42,1%	
Under behandlingen - Faste intervaller	15,8%	
Ved afslutning	23,7%	
Andet	68,4%	

lende med egen læge. De fleste kommuners alkoholbehandlere fandt samarbejdet nogenlunde eller nogenlunde med mangler. I kommuner, hvor alkoholbehandling er organiseret i egne institutioner, var der flere der fandt samarbejdet utilstrækkeligt i forhold til kommuner med andre organisationsformer for alkoholbehandling. Disse variationer er statistisk signifikante ( $p=0,02$ ); Tabel 12.

Ud over spørgeskemaet til kommunerne blev der samtidigt sendt et spørgeskema til alle landets praktiserende læger, hvis e-mail-adresse var registreret i Lægeforeningen (Bilag 2). I alt 1.593 praktiserende læge besvarede spørgeskemaet (979 mandlige læger og 614 kvindelige læger) med en gennemsnitsalder på 53 år.

De fleste praktiserende læger har mellem en og fem kontakter per uge, hvor alkohol er henvendelsesårsagen eller en væsentlig faktor (Tabel 13).

**Tabel 12.** Finder alkoholbehandlerne samarbejdet med patientens egen læge tilfredsstillende?

Tilfredshed med egen læge	Fælleskommunal (n=18)	Regional (n=6)	Privat udbyder (n=3)	Egen institution (n=23)
Utilstrækkeligt	5,6%	0%	0%	21,7%
Nogenlunde med mangler	44,4%	33,3%	33,3%	4,3%
Nogenlunde	22,2%	66,7%	66,7%	30,4%
Rigtig godt	11,1%	0%	0%	34,8%
Udmærket	16,7%	0%	0%	8,7%

**Tabel 13.** Antallet af kontakter per læge per uge hvor alkohol er henvendelsesårsag eller en væsentlig faktor (n=1.593).

Antal kontakter per uge	n	%
0	199	12,5
1-5	1.299	81,5
11-20	88	5,6
20+	7	0,4

**Tabel 14.** Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til alkoholambulatorium i offentlig regi (n=1.593).

	n	%
Utilstrækkeligt	330	20,7
Nogenlunde med mangler	676	42,4
Rigtigt godt	270	17,0
Ved ikke	233	14,6
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	84	5,3

**Tabel 15.** Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til alkoholambulatorium i offentlig regi. Fordelt efter organisationstype i den kommune hvor den praktiserende læge er bosiddende (n=1.593).

	Fælleskommunal (n=441)	Regional (n=293)	Privat udbyder (n=139)	Egen institution (n=444)
Utilstrækkeligt	15,6%	19,8%	35,3%	20,5%
Nogenlunde med mangler	49,9%	42,0%	25,2%	38,3%
Rigtigt godt	19,7%	21,8%	5,0%	16,2%
Ved ikke	13,4%	14,7%	23,7%	14,9%
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	1,4%	1,7%	10,8%	10,1%

I spørgeskemaet blev de praktiserende læger også bedt om at vurdere udbud og kvalitet ved henvisning til et alkoholambulatorium i offentlig regi. 63% fandt udbud og kvalitet utilstrækkeligt eller med mangler, mens kun 17% fandt tilbuddet rigtig godt – Tabel 14.

Hvis man fordeler svarene på kommunens organisationstype, fandt flest udbud og kvalitet nogenlunde med mangler eller rigtig godt i kommuner, der anvender fælleskommunal eller regionale institutioner, altså i kommuner hvor man anvender relativt store institutioner (Tabel 15).

Vi spurgte også om, hvordan de praktiserende læger vurderede udbud og kvalitet, når de henviste til døgnbehandling. Døgnbehandling er ganske vist en visiteret ydelse, som man ikke kan henvise direkte til, men undersøgelsen viste, at cirka 30% fandt udbud og kvalitet utilstrækkeligt, og kun knapt 7%

fandt udbud og kvalitet rigtig godt – Tabel 16.

Knap 60% af de praktiserende læger, der besvarede spørgeskemaet, fandt udbud og kvalitet utilstrækkeligt ved henvisning til psykiatrisk afdeling – Tabel 17.

### 3.6 FARMAKOLOGISK BEHANDLING I ALMEN PRAKSIS

Som det fremgår af Tabel 18, har langt de fleste praktiserende læger ordineret Antabus inden for det sidste år, men kun cirka en fjerdedel har anvendt Acamprosat eller Naltrexon til behandling af afhængighed.

**Table 16.** Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til døgnbehandling (n=1.593).

	n	%
Utilstrækkeligt	473	29,7
Nogenlunde med mangler	341	21,4
Rigtigt godt	103	6,5
Ved ikke	412	25,9
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	264	16,6

**Table 17.** Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til psykiatrisk afdeling (n=1.593).

	n	%
Utilstrækkeligt	917	57,6
Nogenlunde med mangler	464	29,1
Rigtigt godt	74	4,7
Ved ikke	81	5,1
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	57	3,6

**Table 18.** Har du inden for det sidste år anvendt et af nedenstående medikamenter til behandling af afhængighed? (n=1.593).

	Ja	Nej
Antabus	99,4%	0,6%
Acamprosat eller Naltrexon	27,1%	72,9%



## 4. Diskussion

Resultaterne af denne undersøgelse af kommunernes alkoholbehandlingsindsats viser, at der er meget store variationer landet over.

For det første er der stor variation i, hvordan kommunerne har valgt at organisere behandlingen, der har bevæget sig fra 17-18 amtslige behandlingsinstitutioner til mere end 50 institutioner efter kommunalreformen. Der er meget store variationer i indbyggertal inden for de forskellige former for organisering af alkoholbehandlingen. Det er tankevækkende, at kommuner med indbyggertal ned til cirka 21.000 har etableret egen alkoholbehandling og det er vanskeligt at forstå, at man med så beskedent befolkningsgrundlag kan opretholde en differentieret, kvalificeret alkoholbehandling, som opfylder kriterierne for god alkoholbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2008). Siden undersøgelsen er foretaget har mindst tre kommuner etableret egen alkoholbehandling.

Hyppigst er alkoholbehandlingen organisatorisk tilknyttet kommunens socialforvaltning. Hvordan det så ud før kommunalreformen, ved vi ikke, men mange steder er ansvaret for alkoholbehandlingen flyttet fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen. Dette er ikke i overensstemmelse med den viden om alkoholbehandling, der er opsamlet inden for de senere år om målgruppen for behandling, og viden om effektiv behandling. Langt de fleste patienter, som søger behandling, har langvarig alkoholafhængighed og stor både psykiatrisk og somatisk komorbiditet. Herudover er alkoholafhængighed en neurofysiologisk sygdom, som kræver en betydelig sundhedsfaglig indsats. Risikoen er, at man som en følge af allokering af alkoholbehandling (og anden misbrugsbehandling for den sags skyld) til socialforvaltningerne opfatter afhængighed som et socialt problem, som kan løses med socialintervention – det er der god evidens for, at man ikke kan. Alkoholafhængighed har en række sociale konsekvenser, men man får ikke alkoholproblemer af at have sociale problemer. Og man kan ikke behandle alkoholafhængighed ved at løse sociale problemer – man løser sociale problemer ved en kvalificeret alkoholbehandling med et højt sundhedsfagligt/psykiatrisk niveau.

Alkoholafhængige et bredt udsnit af den danske befolkning, og de fleste patienter, som er i behandling, er ikke kendt af socialforvaltningen. Det gælder også langt de fleste af de afhængige, som behandlingssystemet ikke er i kontakt med. Mange ønsker ikke at henvende sig i en socialforvaltning med henblik på behandling, og risikoen er, at fokus flyttes hen imod de socialt mest udsatte, som for det første udgør mindretallet, og for det andet er den gruppe med alkoholproblemer, hvor alkoholbehandling har de dårligste resultater.

Man kan undre sig over at en tredjedel af kommunerne har forebyggelse og alkoholbehandling liggende i forskellige forvaltninger. Forvaltninger kan naturligvis samarbejde, men det virker uhensigtsmæssigt, at man ikke ønsker at opnå synergi i en ofte lille kommunal organisation med begrænset ekspertise og kompetence inden for alkoholområdet. Det skal også ses i lyset af, at der er en glidende overgang mellem forebyggelse og egentlig alkoholbehandling, også rent metodemæssigt.

På det organisatoriske niveau kan det være hensigtsmæssigt for at udnytte kompetencerne optimalt at organisere alkohol og stofbehandling i samme forvaltning. Der er imidlertid tale om meget forskellige grupper især kulturelt og socialt, og det er fra en faglig synsvinkel ikke hensigtsmæssigt at have stofbehandling og alkoholbehandling på samme geografi, som halvdelen af kommunerne har valgt.

Muligheden for anonymitet har længe været et centralt i alkoholbehandlingsinstitutionerne, men det er de færreste patienter, der udnytter muligheden. Det er imidlertid afgørende for fortrolighedsforholdet mellem patient og behandler, at der er sikkerhed for, at de oplysninger patienter giver, bliver behandlet fortroligt. Sundhedspersoner kan ifølge sundhedslovens § 43, videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, rent private forhold mv. til myndigheder, organisationer, private personer m.fl., hvis patienten giver samtykke. Mange alkoholbehandlingsinstitutioner er efter kommunalreformen uden fast sundhedsfagligt personale. Her gælder regler i forvaltningsloven og/eller persondataloven, som forbyder videregivelse

af oplysninger for eksempel om alkoholbehandling indenfor en kommunal enhedsforvaltning med mindre borgeren/patienten tillader det.

Forfatterne kender til eksempler, der giver grund til usikkerhed om, hvor vidt det ikke sundhedsfaglige personale i behandlingsinstitutionerne er klar over fortrolighedsreglerne.

På den baggrund er det bekymrende, at 20% af de adspurgte kommuner svarer ja til spørgsmålet, om journalføringen i den ambulante alkoholbehandling indgår i et fælles journalsystem, således at der er risiko for fri tilgængelighed for informationer inden for hele den kommunale forvaltning (Tabel 4). I Alkoholbehandlingen har man gennem årene opnået, at meget få patienter ønsker anonymitet, hvilket er meget hensigtsmæssigt i det daglige arbejde, og der kan være behov for at sikre, at fortrolighedsreglerne er kendt af personale, der ikke har en sundhedsfaglig uddannelse.

Hvis det oplyste antal behandlede patienter ekstrapoleres til hele Danmark, svarer det til, at 12.000-15.000 patienter behandles årligt, mens vi ved, at ca. 140.000 danskere er alkoholafhængige. Mindre end halvdelen af dette tal bliver indberettet til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Det er forventeligt, at der er geografisk variation i antallet af behandlede patienter, fordi man ved, at storbyer har større prævalens af alkoholafhængighed, men ikke så store variationer som påvist her.

Det er veldokumenteret, at det største frafald ses i starten af behandlingen, og det er veldokumenteret, at en god afrusning og abstinensbehandling er afgørende for at undgå sværere komplikationer, undgå forværring af efterfølgende abstinensepisoder og fastholde patienterne i behandling. De fleste patienter kan afruses og abstinensbehandles ambulant, men cirka 10% må indlægges. Det er vigtigt at have aftaler i lokalområdet for eksempel med den lokale medicinske modtageafdeling eller psykiatriske afdeling om varetagelse af denne opgave.

I alle internationale *guidelines* er benzodiazepiner førstevalgsbehandling og er den bedst undersøgte og dokumenterede stofgruppe til behandling af abstinenser, hvilket også fremgår af den danske medicinske teknologivurdering om alkoholbehandling (MTV). Nogle få kommuner anvender fortsat barbiturat (Fenemal) til abstinensbehandling.

Fenemal er et meget dårligt stof til ambulant anvendelse på grund af risiko for forgiftninger og manglen på en antidot. Det er overraskende, at en tredjedel af kommunerne angav, at de anvendte NADA-akupunktur som led i abstinensbehandling – et behandlingsprincip som også har vundet stor udbredelse i stofbehandling – når man tager i betragtning, at NADA-akupunktur er uden dokumenteret effekt.

At flere kommuner med fælleskommunale og regionale institutioner anvender evidensbaserede principper, kunne tyde på, at disse organisationsformer i større grad fremmer evidensbaserede behandlingsformer.

Antabusbehandling har været næsten synonymt med alkoholbehandling i Danmark, som et af de få steder i verden hvor Antabus har vundet så stor udbredelse. Der er også evidens for effekt af Antabus i randomiserede studier, men man har i mere end ti år kendt til to andre medikamenter med veldokumenteret effekt og som begge er særdeles velundersøgte i multiple randomiserede studier – Acamprosat og Naltrexon. Både denne undersøgelse og Lægemiddelstyrelsens statistik viser imidlertid, at disse veldokumenterede behandlinger ikke har vundet tilstrækkelig udbredelse hverken i alkoholbehandlingsinstitutionerne eller i almen praksis. Hvad årsagen hertil er, kan man kun gætte på, men mest nærliggende er manglende information og uddannelse. Flere fælleskommunale institutioner og regionale institutioner anvendte de evidensbaserede metoder.

SSRI-præparater har derimod vundet en ikke ubetydelig udbredelse, selv om det er veldokumenteret, at SSRI ikke har effekt på afhængigheden som sådan, men skal gives på samme indikationer, som man ellers ville gøre, det vil sige især til patienter med depression og angstlidelser. SSRI blev mest anvendt i fælleskommunale og regionale institutioner. Det kan være udtryk for, at der i større udstrækning diagnosticeres psykiatriske lidelser i større institutioner, som har mulighed for psykiatrisk assistance.

I kommuner med egen alkoholbehandlingsinstitution er der få ansatte med sundhedsfaglig uddannelse. Tallene for sundhedsfaglige medarbejdere, herunder læger og psykiatere, er interessante i lyset af den meget betydelige somatiske og psykiatriske komorbiditet, man ser hos denne gruppe patienter. Danskernes alkoholforbrug er årsag til cirka

3.000 dødsfald årligt svarende til 5,2% af det samlede antal dødsfald. Af disse dødsfald udgør de klassiske alkoholskader (cirrose, alkoholisme, pankreatitis og forgiftning) cirka halvdelen, mens den anden halvdel udgøres af en lang række sygdomme hvor alkohol er medvirkende årsag.

Herudover er alkohol årsag til et meget betydeligt antal skadestuebesøg, ambulante besøg, hospitalsindlæggelser, sygedage og til 166.000 kontakter i almen praksis per år. Det er afgørende for behandlingen af patienter med alkoholproblemer at erkende, at patienterne ofte har en samtidig psykiatrisk lidelse. Det gælder således langt over 50% af patienter med afhængighed som dokumenteret i en nylig dansk undersøgelse (Flensborg-Madsen et al, 2008). Angstlidelser, depression og ADHD er blandt de hyppigste problemstillinger hos alkoholfahængige, men kun ved en systematisk kvalificeret indsats finder man disse patienter.

Det er også interessant, når man tænker på, at en meget betydelig del af den forskning og viden, der er opsamlet i de senere år, handler om betydningen af screening for komorbiditet, systematisk diagnostik, psykiatrisk intervention af psykiatriske problemstillinger og farmakologisk behandling både i den akutte behandling og i behandlingen af afhængigheden som sådan.

Man må i det hele taget stille spørgsmål ved, om man virkelig kan levere kvalificeret, differentieret evidensbaseret alkoholbehandling i meget små behandlingsinstitutioner med ned til 1,7 behandlere, som tilfældet er.

Samlet anvendes i Danmark cirka 445 millioner kroner på alkoholbehandling mod cirka 1.350 millioner kroner på stofbehandling. Som tidligere anført regner man med, at der i Danmark er cirka 140.000 alkoholfahængige mod cirka 27.000 stofafhængige.

På alkoholområdet er der 14-dages behandlingsgaranti, men det har ikke megen mening uden samtidig at definere, hvad det er for en behandling, der er garanti for at modtage, eller definition af hvor nem adgang, der skal være til det pågældende tilbud.

Storforbrug og skadeligt forbrug vil kunne håndteres i almen praksis eller sundhedscentre, men alkoholfahængige bør behandles i specialiserede alkoholbehandlingsenheder, hvor der er mulighed for at trække på en række samarbejdssituationer afhængigt af problemets kompleksitet. Det er afgørende for

at opnå gode resultater, at man har mulighed for at trække på en række tværfaglige funktioner. Den store hyppighed af psykiatrisk og somatisk komorbiditet fordrer, at alkoholbehandlingen har mulighed for at trække på psykiatrisk og anden sundhedsfaglig ekspertise. Det er veldokumenteret, at alkoholfahængige med psykiatrisk komorbiditet bør behandles for den psykiske lidelse i samme behandlingsforløb som behandlingen for afhængigheden og i samme organisation. Hvis der er tale om psykiatria major-diagnoser, for eksempel skizofreni eller svære depressive tilstande er det nødvendigt med behandling inden for det psykiatriske system og det er vigtigt, at der i lokalområdet er etableret aftaler med de psykiatriske afdelinger om løsning af denne opgave. I den sammenhæng er det også afgørende med et tæt samarbejde med almen praksis.

## 5. Konklusioner og perspektivering

### ORGANISATION

- Stor variation i organiseringen af alkoholbehandlingen.
- Selv små kommuner ned til 21.000 indbyggere har etableret egen alkoholbehandling.
- Flere store kommuner har etableret egen behandling eller indgår i regional institution.
- Dobbelt så mange kommuner har organiseret alkoholbehandlingen i socialforvaltningen i forhold til kommuner, der har organiseret behandlingen i sundhedsforvaltningen.
- En tredjedel af kommunerne har placeret forebyggelse og alkoholbehandling i hver sin forvaltning.
- De fleste kommuner har organiseret alkohol- og stofbehandling i samme forvaltning – halvdelen også geografisk.
- 20% af de adspurgte kommuner svarer, at journaloplysningerne indgår i et fælles kommunalt journalsystem.
- Kun knap 40% af kommunerne har udarbejdet en alkoholpolitisk handleplan.

### BEHANDLING

- Stor variation i antallet af behandlede patienter per 1.000 indbyggere – flest i store kommuner.
- Færre kommuner med egen behandlingsinstitution varetog selv abstinensbehandling i forhold til andre organisationstyper.
- 36% af kommunerne anvender NADA-akupunktur i abstinensbehandlingen – en ikkeevidensbaseret behandlingsmetode – flere blandt kommuner med egen institution og kommuner der anvender private udbydere.
- Antabus anvendes i stort set alle kommuner, men henholdsvis 40% og 70% anvender ikke Acamprosat og Naltrexon – to særdeles veldokumenterede farmakologiske behandlingsprincipper.

### PERSONALE OG UDDANNELSE

- Kun halvdelen af kommunerne har ansat personale med mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, typisk sygeplejerske.
- 90% har ansat socialfagligt personale.

- Kun en fjerdedel af kommunerne har fast læge, og endnu færre (15,6%) havde fast psykiatrisk assistance (flere har lægekonsulent og/eller psykiatrisk konsulent).
- Færre kommuner med egen behandlingsinstitution, eller som anvender private tilbud, har sundhedsfagligt personale.
- Nogle behandlingsorganisationer er meget små, især kommuner der har etableret egen behandlingsinstitution.
- En betydelig andel af behandlerne angives at have kompetencegivende terapeutisk efteruddannelse.

### ØKONOMI

- Der er betydelig variation i de økonomiske ressourcer, kommunerne budgetterer med til alkoholbehandling.
- Der bruges ca. tre gange så mange økonomiske ressourcer på stofbehandling som på alkoholbehandling, mens antallet af alkoholafhængige er ca. fem gange så stort som antallet af stofafhængige.

### SAMARBEJDE

- Mindretallet af kommunerne orienterer egen læge enten ved behandlingsstart eller ved behandlingens afslutning.
- Mange informerer egen læge, men usystematisk.
- De fleste kommuners alkoholbehandlere fandt samarbejdet med egen læge nogenlunde eller nogenlunde med mangler.
- Flere kommuner med egen behandlingsinstitution fandt samarbejdet nogenlunde eller nogenlunde med mangler.
- Mere end tre fjerdedele af alle praktiserende læger har mellem en og fem kontakter om ugen hvor alkohol er et væsentligt problem.
- Cirka 30% af de praktiserende læger fandt udbud og kvalitet af døgnbehandlingen utilstrækkelig og kun knapt 7% fandt udbud og kvalitet rigtigt godt.
- Godt 60% af de praktiserende læger fandt udbud og kvalitet af den ambulante behandling utilstrækkelig eller mangelfuld, mens kun 17% fandt det rigtig godt.
- Alle praktiserende læger har anvendt Antabus inden for det sidste år, mens det kun er tilfældet for en fjerdedels vedkom-

---

mende, når det gælder Acamprosat eller Naltrexon.

Det er foruroligende, at der er så stor variation i behandlingstilbuddene rundt omkring i kommunerne – både kvantitativt og kvalitativt. Kommunalreformen har tilsyneladende medført en glidning over mod det socialfaglige område i modstrid med den faglige evidens på området.

## 6. Referencer

Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.

Alkoholbehandlingen i Danmark 2007 (foreløbige tal). København: Sundhedsstyrelsen, 2008:5.

Becker U. Dokumentation af patientforløb i Alkoholenheden, Hvidovre Hospital. WINALKO en klinisk database. Hvidovre: Hvidovre Hospital, Alkoholenheden, 2004.

Benjaminsen L, Christensen I. Hjemløshed i Danmark. København: Socialforskningsinstituttet – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2007.

Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse M, Eriksen L, Christensen AI, Grønbaek M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Flensborg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *Compr Psychiatry* 2009 ;50:307-14.

Hvidtfeldt UA, Hansen ABG, Grønbaek M, Tolstrup JS. Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2008.

Pedersen MU, Vind L, Miiler M, Grønbaek MN. Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige. København: Center for Rusmiddelforskning og Center for Alkoholforskning, 2004.

Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.