

Novaví

Behandlingstilbud og patientpopulation

Sanne Pagh Møller
Kia Kejlskov Egan
Ulrik Becker

Novaví

Behandlingstilbud og patientpopulation

Sanne Pagh Møller

Kia Kejlskov Egan

Ulrik Becker

Copyright © 2019

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-478-3

Statens Institut for Folkesundhed

Stu­diestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Indhold

| | |
|--|-----------|
| Forord | 4 |
| Læsevejledning | 5 |
| 01 Baggrund | 6 |
| 01.01 Alkohol i Danmark | 6 |
| 01.02 Alkohol som sygdom | 6 |
| 01.03 Dansk lovgivning om alkoholbehandling | 7 |
| 01.04 Alkoholbehandlingens forskrifter | 8 |
| 01.05 Alkohol og psykiatrisk komorbiditet | 9 |
| 01.06 Danskere i alkoholbehandling | 9 |
| 02 Metode | 10 |
| 02.01 Datagrundlag | 10 |
| 03 Alkoholbehandling i Novaví | 14 |
| 03.01 Novaví – organisatoriske rammer | 14 |
| 03.02 Novaví – medarbejdere i alkoholbehandling | 17 |
| 03.03 Novaví – behandlingstilbud | 20 |
| 04 Registrering af behandlingstilbud og patientpopulation | 27 |
| 04.01 Kortlægning af behandlingstilbud | 28 |
| 04.02 Kortlægning af patientpopulation | 39 |
| 05 Referencer | 56 |
| Appendix | 58 |

Forord

Alkoholbehandlingen i Danmark er præget af variation i de kommunale behandlingstilbud. Det gælder de ressourcer, der afsættes til alkoholbehandling, anvendte behandlingsmetoder og personalets uddannelsesmæssige baggrund, herunder især anvendelse af sundhedsfagligt personale. En af årsagerne hertil kan være mangel på systematisk dokumentation, kvalitetssikring og -udvikling. I tillæg udfordres området af, at der i Danmark ikke findes bindende kliniske vejledninger eller minimumsstandarder for alkoholbehandling, og at den nationale statistik og vidensopsamling er sporadisk. Således er det, bortset fra det tilsyn fra de sociale tilsyn, der nyligt er indført, op til den enkelte udbyder af behandling at tilrettelægge og kritisk vurdere egne tilbud. Novaví er den største danske udbyder af ambulans alkoholbehandling og har ønsket at kvalificere sin indsats ved at få Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, til at evaluere Novavís alkoholbehandlingstilbud.

Denne rapport er den første i en serie af tre rapporter, der har til formål at evaluere Novavís alkoholbehandlingstilbud. Rapporten beskriver alkoholbehandlingen i Novaví og kortlægger tilhørende patientpopulation. På denne baggrund identificeres forbedringspotentialer og muligheder, som Novaví kan arbejde videre med for at opkvalificere sine behandlingstilbud. Rapporten er baseret på indsamling af det materiale, der har været tilgængeligt fra administrative kanaler i Novaví, fra de enkelte enheder og fra den systematiske indsamling af data, der finder sted i Novaví.

Rapporten er udarbejdet af *Forskningsafdelingen for sundhed og sygelighed i befolkningen*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet i første halvdel af 2019.

Forskningsafdelingen for sundhed og sygelighed i befolkningen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet er, foruden denne serie af rapporter, involveret i forskningsprojekterne Overkanten.dk og GLP-1, der finder sted i regi af Novaví.

Læsevejledning

Rapporten består af fire afsnit. **Første afsnit** giver en introduktion til udbredelsen af alkohol i den danske befolkning og organiseringen af den offentligt finansierede alkoholbehandling i Danmark. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af alkoholbehandling, som den bør foregå ifølge foreliggende evidens på området. **Andet afsnit** beskriver rapportens datagrundlag. **Tredje afsnit** beskriver alkoholbehandlingen i Novaví, herunder organisatoriske rammer og medarbejderstab. **Fjerde afsnit** kortlægger alkoholbehandlingstilbud og patientpopulation i Novaví baseret på registreringer foretaget i organisationens journalsystem.

Gennem rapporten anvendes betegnelsen 'patient' om de borgere, der har alkoholproblemer og er eller har været indskrevet i alkoholbehandling i Novaví i perioden 2015-2019. Denne patientgruppe er omdrejningspunktet for rapporten.

I alle tabeller udtrykker 'n' den samlede studiepopulation, som de pågældende resultater er opgjort på baggrund af. I nogle tabeller vises resultater opgjort på baggrund af studiepopulationer, som varierer i størrelse, fordi der eksempelvis er variation i antallet af registreringer, hvor der mangler oplysninger. I så fald er det angivne 'n' udtryk for den største studiepopulation i den pågældende tabel. Af hensyn til anonymitet er der for nogle resultater angivet '<' efterfulgt af en værdi. Dette anvendes, hvis der er tale om meget få registreringer.

Efter de enkelte afsnit er der indført kommentarer og anbefalinger til tiltag og ændringer, der kan arbejdes videre med i organisationen.

01 Baggrund

Dette afsnit beskriver indledningsvis udbredelsen af alkoholproblemer i den danske befolkning og de konsekvenser, det har for samfundet. Derefter følger en beskrivelse af de sygdomsklassifikationer, der dominerer på alkoholområdet. Afsnittet rundes af med et oprids af dele af den danske sundhedslov og af et evidensbaseret alkoholbehandlingsforløb.

01.01 Alkohol i Danmark

En stor del af danskerne har et sundhedsskadeligt forbrug af alkohol: Det er anslået, at cirka 860.000 danskere er storforbrugere – de drikker over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse på henholdsvis 14 genstande per uge for kvinder og 21 genstande per uge for mænd. Heriblandt har 620.000 danskere et alkoholforbrug, der medfører en høj risiko for helbredsproblemer eller ulykker, og 140.000 danskere er afhængige af alkohol (1).

I Danmark er alkohol årsag til cirka 4.000 dødsfald om året, hvilket svarer til 9,5 % og 5 % af alle dødsfald hos henholdsvis mænd og kvinder. Halvdelen af dødsfaldene skyldes alkoholrelaterede skader som eksempelvis levercirrose, betændelse i bugspytkirtlen og forgiftning, mens resten udgøres af mere end 200 medicinske tilstande, der er associeret med et stort alkoholforbrug. Et alkoholforbrug over højrisikogrænsen er årligt årsag til 32.000 tabte leveår blandt mænd og 10.000 tabte leveår blandt kvinder samt en middellevetid, der er et år og to måneder lavere for mænd og seks måneder lavere for kvinder end for mænd og kvinder, der drikker under højrisikogrænsen (2).

Herudover forårsager højt alkoholindtag et betydeligt antal ekstra somatiske og psykiatriske indlæggelser. Omtrent 20 % af indlagte patienter på danske hospitaler har et alkoholproblem, mens alkohol er involveret i 30-50 % af alle skadestuebesøg. Samtidig ses det, at uligheden i sundhed de seneste 20 år er øget, og for de fleste sygdomsbyrdemål relateret til alkohol stiger andelen af ekstra tilfælde med fald i uddannelsesniveau (3).

Årligt afgøres over 8.000 sager om spirituskørsel og cirka 10.000 danskere anbringes i detentionerne grundet en alkoholrelateret årsag.

Alkohol koster samlet set det danske samfund mindst 13 milliarder kroner om året (4).

01.02 Alkohol som sygdom

Den internationale sygdomsklassifikation (ICD-10) definerer en række tilstande og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af brug af alkohol og andre rusmidler. De hyppigste alkoholdiagnoser omfatter akut alkoholintoksikation (F10.0), skadeligt brug af alkohol (F10.1), alkoholafhængighedssyndrom (F10.2), alkoholabstinensstilstand (F10.3) og delirøs abstinensstilstand (F10.4). Herudover er der psykotisk tilstand (F10.5), amnestisk syndrom (F10.6) og patologisk rus (F10.07), som optræder under eller umiddelbart efter brug af alkohol, men som ikke kan forklares som akut intoksikation eller abstinensstilstand.

Alkoholafhængighedssyndrom (omtales herfra som alkoholafhængighed) er defineret som en klinisk tilstand, hvor man skal opfylde mindst tre af seks symptomer samtidigt i mindst en måned eller gentagne gange inden for det seneste år. Disse symptomer er:

- Et stærkt ønske om eller følelse af tvang til at indtage alkohol (craving).
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen af alkohol.
- Udvikling af abstinenssymptomer, når alkoholindtagelsen stopper eller nedsættes eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå abstinenssymptomer.
- Indtagelse af større og større mængder alkohol for at opnå den samme effekt (tolerans).
- At alkohol får en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.
- Fortsættelse med brug af alkohol på trods af erkendt skadevirkning eller viden om skadelige konsekvenser (5).

Alkoholafhængighed udvikler sig gradvist med en tydelig ændring af drikkemønster og adfærd, som i højere og højere grad orienteres mod alkoholindtagelsen, der finder sted på stadig flere tidspunkter af døgnet. Personen drikker hurtigere og mere end andre og oplever kontroltab med manglende evne til at holde op med at drikke efter få genstande. Drikkestrangen kan medføre duktur af flere dages varighed og hurtigt tilbagefald efter eventuelle perioder med afholdenhed. Det indebærer tiltagende ligegyldighed over for andre glæder og interesser, og en stor del af tiden bruges på at skaffe alkohol, at drikke alkohol og komme sig over alkoholens virkninger. En naturlig følgevirkning af dette er problemer i forhold til familie, venner, arbejde og økonomi. Personer med alkoholafhængighed er den primære målgruppe for alkoholbehandling (3).

01.03 Dansk lovgivning om alkoholbehandling

Ifølge Sundhedslovens § 141 er alkoholbehandling i Danmark kommunernes ansvar, og kommunerne varetager enten selv behandlingen eller udliciterer behandlingen til eksempelvis en anden kommune eller en privat aktør. Som borger har man ret til gratis og anonym alkoholbehandling samt frit valg blandt landets offentligt finansierede behandlingstilbud. Visitation til et alkoholbehandlingstilbud er ikke nødvendig, så enhver borger kan frit rette henvendelse. Behandlingen skal iværksættes inden for 14 dage efter, at en borger har rettet henvendelse til et offentligt finansieret behandlingstilbud. Alkoholbehandling foregår som regel ambulant, men tilbydes i mindre omfang også som både dag- eller døgnbehandling. Døgnbehandling er i offentligt regi en visiteret ydelse, og den pågældende borger skal således visiteres til døgnbehandling af sin hjemkommune.

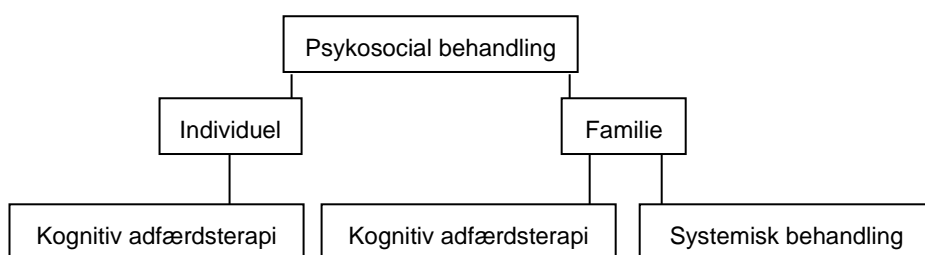
I 2006 udkom en medicinsk teknologivurdering om alkoholbehandling (6), og i 2015 udkom den første nationale kliniske retningslinje med anbefalinger vedrørende behandling af alkoholafhængighed hos voksne (7). Disse er senere fulgt op af en national klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse i 2016 (8), et tillæg til den nationale kliniske retningslinje for farmakologisk behandling af alkoholafhængighed i 2017 (9) og endelig en opdatering af den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed i 2018 (10). Disse nationale kliniske retningslinjer udgør imidlertid ikke en fuldstændig klinisk vejledning, men er punktnedslag på enkelte områder af alkoholbehandling, som er udvalgt, fordi områderne potentielt har stor betydning for udviklingen af dansk

alkoholbehandling. Der findes altså ikke bindende kliniske vejledninger eller minimumsstandarder for alkoholbehandling i Danmark, og de mest omfattende fra udlandet er de engelske NICE guidelines (11). Betydningen heraf er, at behandlingstilbuddenes indhold varierer mellem landets kommuner. En sådan geografisk variation er senest dokumenteret i en undersøgelse foretaget af Alkohol & Samfund i 2018 (12). Dette til trods indledes et behandlingsforløb som regel med eventuel afrusning og abstinensbehandling efterfulgt af en afdækning og diagnostik af alkoholproblemets omfang inklusive psykiatrisk og somatisk komorbiditet. Herefter beslutes det hvilken behandling, patienten skal tilbydes.

01.04 Alkoholbehandlingens forskrifter

Alkoholbehandling bør følge de nationale vejledninger, der eksisterer. Da der i Danmark imidlertid ikke findes en sådan komplet klinisk vejledning, må man henholde sig til rapporten 'Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale' fra 2008 (13), som er baseret på den medicinske teknologivurdering, der blev udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2006, suppleret med de nationale kliniske retningslinjer. Disse foreskriver, at alkoholbehandling skal bestå af psykosocial behandling leveret enten som individuel behandling eller familiebehandling (Figur 1) (11). Begge dele kræver som regel, at man møder fysisk op på et ambulatorium.

Figur 1: Primært anvendte alkoholbehandlingsmetoder



En af de faktorer, der har størst betydning for et godt behandlingsresultat, er en empatisk og ikke-konfronterende holdning og samtalestil (14). Motiverende samtaler kan anvendes som et indledende element i den psykosociale behandling.

Forud for påbegyndelse af psykosocial behandling foretages en grundig kortlægning af såvel misbruget som en række relaterede problemstillinger. Der er mange nyttige og validerede, strukturerede interview-instrumenter, der kan anvendes til dette. Et eksempel er Addiction Severity Index (ASI), som afdækker syv problemområder. ASI kan bruges til at vurdere alkoholproblemets omfang og følge behandlingens gang, men ikke til at stille diagnoser (15).

Herudover skal behovet for afrusning afklares. Afrusning består i at hjælpe patienten med at blive ædru. Alkoholabstinenssymptomer starter sædvanligvis 6-24 timer efter sidste alkoholindtagelse og varer typisk 1-3 døgn, men de kan godt udvikles, mens der stadig er alkohol i blodet. Abstinenssymptomer skal behandles aggressivt, fordi de kan udvikle sig til potentielt livstruende delirium tremens og kramper. De

fleste patienter med abstinenssymptomer kan behandles ambulant. Intensiv overvågning under hospitalsindlæggelse kræves dog hos patienter med svære forgiftninger.

Det samlede behandlingsforløb anbefales at være tidsmæssigt begrænset til en periode på 3-6 måneder efterfulgt af en tilsvarende periode med efterbehandling, hvor hyppighed af samtaler reduceres væsentligt. Den psykosociale behandling kan suppleres med medicin som Acamprosat (Campral®), Naltrexone (Naltrexon®) eller Disulfiram (Antabus®). Førstevalg er i henhold til den nationale kliniske retningslinje Acamprosat (10). Hvis dette ikke har effekt eller utilstrækkelig effekt, anbefales Naltrexon, mens Disulfiram først bør ordineres efter grundig overvejelse – og efter at både Acamprosat og Naltrexon har været afprøvet. Farmakologisk behandling kræver ordination af en læge og administreres oftest af personale med sundhedsfaglige kompetencer. Farmakologisk behandling bør altid gives sideløbende med en form for struktureret samtalebehandling (13).

01.05 Alkohol og psykiatrisk komorbiditet

Psykiatrisk komorbiditet forekommer hyppigt hos patienter med alkoholafhængighed, og derfor bør alkoholbehandleren altid undersøge for dette hos patienter, der er i alkoholbehandling (13). Over 50 % af patienter, der søger behandling for alkoholproblemer, har en anden psykisk lidelse, hvor personlighedsforstyrrelser og affektive sindslidelser er de hyppigst forekomne (16).

01.06 Danskere i alkoholbehandling

I 2016 var 16.465 danskere i offentligt finansieret alkoholbehandling. Heraf blev 9.068 indskrevet i det pågældende år. Størstedelen var indskrevet i ambulant behandling. Antallet af nye indskrivninger i offentligt finansieret alkoholbehandling har ikke ændret sig signifikant siden 2008. I 2013 modtog 20.500 personer medicin mod alkoholafhængighed (17). En væsentlig andel af de personer, som får medicin mod alkoholafhængighed, er ikke i samtalebehandling på et offentligt finansieret alkoholambulatorium, men får udstedt en recept hos deres alment praktiserende læge (18).

Overordnet set anslås det, at cirka 10 % af alkoholafhængige danskere er i behandling på ethvert givent tidspunkt (19). Samtidig forekommer spontan remission hos en betydelig andel af personer med alkoholafhængighed, hvilket betyder, at ikke alle behøver behandling for at blive alkoholen kvit (20).

02 Metode

I dette afsnit præsenteres rapportens datakilder og de metodiske tilgange, der er benyttet i udarbejdelsen af rapporten. Sidstnævnte inkluderer valg truffet undervejs i processen.

02.01 Datagrundlag

Denne rapport er hovedsageligt baseret på data fra to forskellige kilder – henholdsvis interne arbejdsdokumenter og organisationsbeskrivelser rekvireret gennem ledelsen i Novaví samt Novavís interne journalsystem; Lænkens Aktivitets- og Faktureringsystem (LAF). **Tredje afsnit** i rapporten bygger på de interne arbejdsdokumenter og organisationsbeskrivelser udarbejdet af Novaví. Således afdækker denne rapport ikke nødvendigvis de reelle arbejdsgange i praksis på de respektive ambulatorier, men derimod arbejdsgangene, som de bør foregå ifølge Novavís interne retningslinjer. Kvalitetssikring af og tilsyn med det daglige arbejde på ambulatorierne varetages af Socialtilsynet og Styrelsen for Patientsikkerhed. **Fjerde afsnit** i rapporten bygger på data udtrukket fra LAF.

02.01.01 Interne arbejdsdokumenter og organisationsbeskrivelser

Arbejdsdokumenter er primært tilgået via Novavís intranet, hvor organisationens behandlingskoncept står beskrevet. Behandlingskonceptet er udviklet til medarbejderne som en anvisning på og vejledning til, hvordan alkoholbehandling tilrettelægges i Novaví. Behandlingskonceptet består af tre typer dokumenter:

- Behandlingsmanualer
- Behandlingsinstrukser
- Behandlingsvejledninger

Information om organisatoriske forhold og personalets faglige baggrund er skaffet via ledelsen i Novaví og organisationens officielle hjemmeside.

Undervejs i forløbet med tilvejebringelse af grundlaget for rapportens **tredje afsnit** har det dog generelt været vanskeligt at opnå systematisk information om organisatoriske forhold og behandlingsmæssige aktiviteter i Novaví. Eksempelvis rummer intranettet ikke alle relevante dokumenter i henhold til viften af behandlingstilbud.

02.01.02 LAF

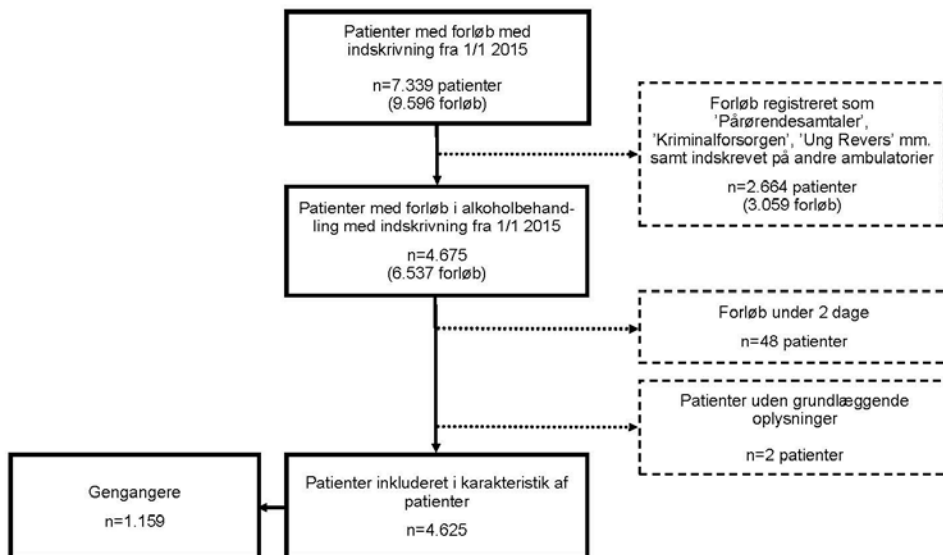
Resultaterne i **fjerde afsnit** af rapporten er baseret på oplysninger i LAF. Her registrerer alkoholbehandlere i Novaví samtlige behandlingsrelaterede oplysninger om patienterne. Ud fra disse registreringer er karakteristika ved Novavís behandlingstilbud og patientpopulation kortlagt. Efter tilladelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed er der blevet udarbejdet et udtræk af LAF. Udtrækket er oparbejdet og leveret af HD Support. Det indeholder informationer om samtlige registrerede patienter hos Novaví og er opdelt i syv forskellige datasæt. Med udgangspunkt i disse datasæt er der identificeret en population af patienter i behandling hos Novaví. Da Novaví har vurderet, at data i LAF er komplet fra 2015, er der udelukkende

anvendt informationer om behandlingsforløb med indskrivningsdato fra 1/1 2015 til og med 31/5 2019, hvor det endelige udtræk fra LAF blev foretaget (perioden benævnes fremadrettet '2015-2019').

I kortlægningen af patientpopulation og behandlingstilbud er der kun anvendt oplysninger om patienter i alkoholbehandling under kategorierne 'Normalt forløb' (offentligt finansieret alkoholbehandling), 'Selvbetalere' og 'Virksomhedsaftaler'. Patienter indskrevet under andre kategorier, såsom 'Ung Revers', 'Kriminalforsorgen' eller 'Pårørendesamtaler', er således ikke inkluderet. Patienter, der ikke har haft et forløb på et alkoholambulatorium, er ikke medtaget i analyserne. Der inkluderes således patienter fra ambulatorierne Amager, Frederikssund, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Køge, Lyngby og Roskilde samt de såkaldte satellitter i Greve, Ishøj og Rødovre. Disse enheder har alle eksisteret på et tidspunkt i perioden 2015-2019.

I kortlægningen af patientpopulationen er patienter med behandlingsforløb under to dages varighed og patienter uden registrering af grundlæggende oplysninger som eksempelvis køn også ekskluderet. De anvendte patientpopulationer og forholdet mellem disse er beskrevet i Figur 2, hvor de stiplede kasser illustrerer de patienter, der er ekskluderet fra analyserne.

Figur 2: Flowdiagram



Resultaterne i kortlægningen af behandlingstilbud og patientpopulation beskrives primært baseret på unikke patienter, hvor der tages udgangspunkt i hver patients første forløb i perioden 2015-2019. Således kan en patient være indskrevet flere gange i perioden, men den unikke patient vil kun blive inkluderet i analysen med oplysninger fra det første forløb. Patienter kan have haft forløb med start før 1/1 2015, som ikke er medtaget.

For resultaterne i kortlægningen af behandlingstilbud gælder det, at de præsenteres ud fra både unikke patienter og samtlige forløb, da patienter kan have haft flere forløb i perioden 2015-2019. Således vil resultater vist på unikke patienter repræsentere deres første forløb i perioden 2015-2019, mens resultater på samtlige forløb vil repræsentere alle forløb, en patient har haft i perioden 2015-2019.

For resultaterne i kortlægningen af patientpopulation gælder det, at de præsenteres ud fra unikke patienter. Ud over den samlede patientpopulation præsenteres der her også resultater for den del af patienterne, der har haft mere end ét behandlingsforløb i perioden 2015-2019 – de benævnes 'gengangere'. Den primære kilde til registreringer om patientpopulationen i LAF er obligatoriske indberetninger til det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB).

Patienter, der indskrives i alkoholbehandling, kan vælge at være anonyme og ikke oplyse deres CPR-nummer til registrering. Ved identifikation af gengangere er der i stedet for CPR således anvendt oplysninger om såkaldt 'klient-id', som er et unikt identifikationsnummer, der tildeles samtlige patienter hos Novaví. Der kan imidlertid være patienter, der ikke har ønsket at oplyse, at de tidligere har været i behandling hos Novaví, og disse kan have fået tildelt forskellige klient-id til deres forskellige forløb. Sådanne patienter kan ikke identificeres som gengangere og vil i stedet indgå med flere 'første' forløb i patientpopulationen. Omfanget af dette kendes ikke.

Da resultaterne i kortlægningen af behandlingstilbud og patientpopulation udelukkende er baseret på de oplysninger, der er registreret i LAF, er validiteten af disse resultater afhængig af kvaliteten af registreringer og praksis for dette. Det er ikke muligt at vurdere i hvilket omfang, der i praksis forekommer afvigelser fra organisationens forskrifter og guidelines i forhold til brugen af LAF.

02.01.03 Kommentarer

Når vi har haft vanskeligheder ved at finde dokumenter og data relevante for Novavís virksomhed, vil personalet og andre også have vanskeligt ved at overskue organisationen og Novavís forskellige aktiviteter.

En anden vanskelighed er, at der både findes informationer, som er centralt placeret, og informationer, som er placeret og kun tilgængelige lokalt på de enkelte ambulatorier. Risikoen herved er, at dokumenter nemt kommer til at foreligge i flere versioner, hvor ingen ved, hvad der er den gældende version. Herudover kan det være vanskeligt at se forskel på forskellige typer af dokumenter – manualer/instrukser og vejledninger.

For så vidt angår data, registreres der mange informationer, og der er ikke altid sammenfald mellem data, der registreres i LAF, og data, der registreres og indberettes til NAB. Herudover lader der til at forekomme registreringer, som kan give anledning til ekstra arbejde for behandlerne. Eksempelvis angives der både ved udfyldelse af startjournal og ved udfyldelse af recidivjournal oplysninger om tidligere somatisk og psykisk sygdom.

Fremadrettet foreslår vi:

- Dokumentstyring
 - Systematisk central og entydig dokumentstyring.
 - Stillingtagen til hvilke dokumenter, der skal eksistere.
 - Systematisk vejledning for og styring af opdateringer.
 - Ingen lokale platforme, biblioteker eller placeringer af dokumenter.
 - Entydig nomenklatur og opdeling i behandlingsrelaterede og administrative dokumenter.
- Data
 - Udvikling af statistikmodul, hvor man mere dynamisk kan fokusere på og analysere særlige områder, der ønskes forbedret.
 - At der som udgangspunkt kun registreres data, som anvendes i behandlingen eller som af administrative og/eller lovmæssige hensyn er nødvendige at registrere.
 - Der bør være en entydig gennemskuelig relevans af de data, der registreres.
 - Større gennemskuelighed af sammenhængen mellem registrerede data.
 - Overensstemmelse mellem data, der registreres i LAF, og data, der indrapporteres til NAB, således at denne registrering kan foregå med større grad af automatik.
 - Regelmæssige og 'automatiske' træk af data (statistikker), som meldes ud til ambulatorierne.

03 Alkoholbehandling i Novaví

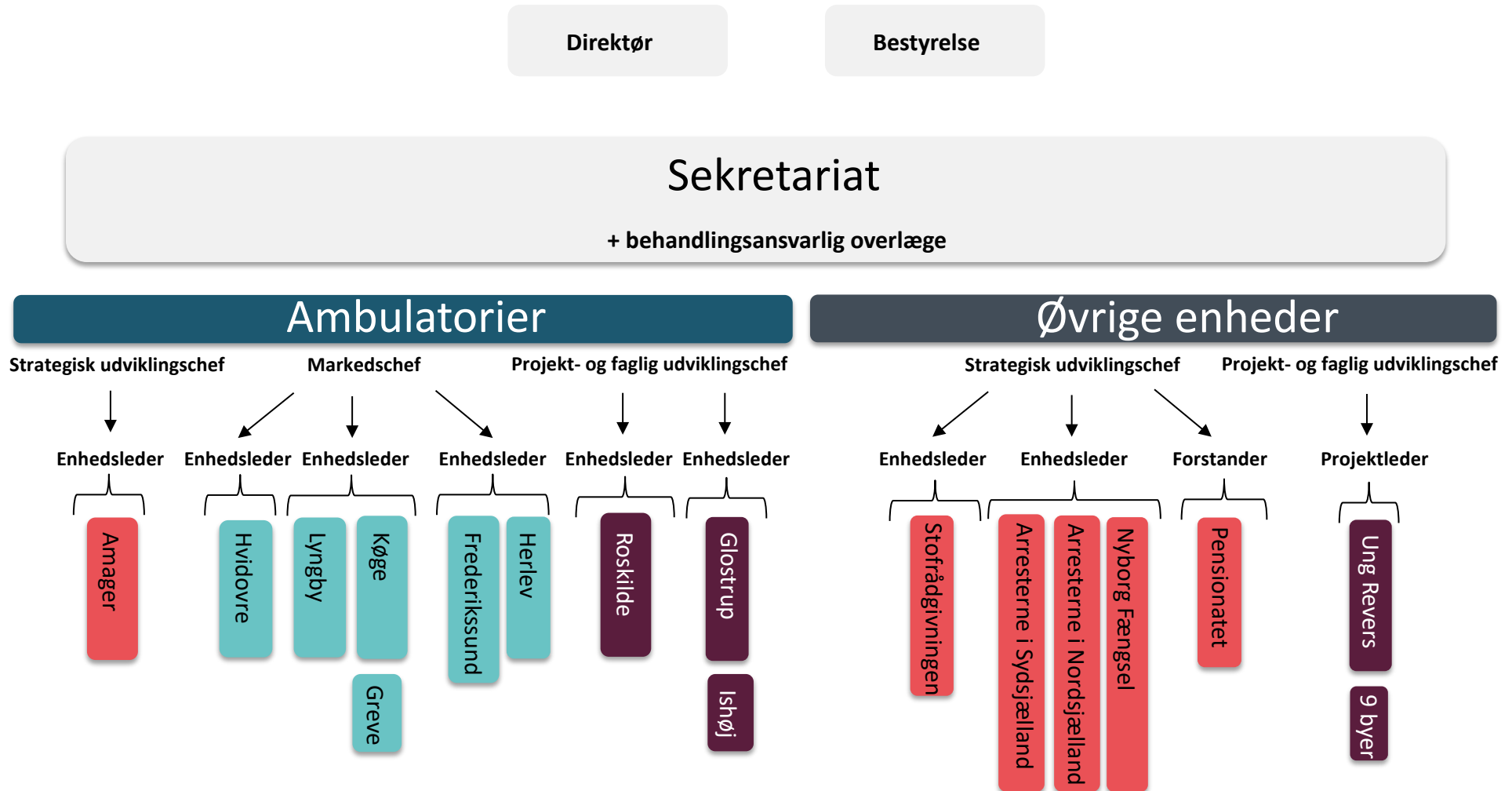
I dette tredje afsnit beskrives organisationen Novaví og alkoholbehandlingstilbud baseret på organisationens interne arbejdsdokumenter og organisationsbeskrivelser. Beskrivelsen af alkoholbehandlingstilbud er altså en fremstilling af, hvordan alkoholbehandlingen i Novaví bør foregå.

03.01 Novaví – organisatoriske rammer

Fonden Novaví er en nonprofit virksomhed, hvis primære aktivitet er alkohol- og stofbehandling. Novaví har arbejdet med alkoholbehandling siden 1960 og varetager i dag alkoholbehandling for en række kommuner fordelt på ti alkoholambulatorier på Sjælland. Novaví tilbyder en bred vifte af alkoholbehandlingsaktiviteter.

Den øverste ledelse i Novaví udgøres af en direktør og en bestyrelse på ti medlemmer (Figur 3). Herunder sidder sekretariatet, som tager sig af alt fra løn og fakturering til HR og projektudvikling i organisationen, samt den behandlingsansvarlige overlæge, der har det overordnede faglige ansvar for den alkohol- og stofbehandling, der leveres i Novaví. Herfra inddeles Novaví i 'ambulatorier' og 'øvrige enheder'. Sidstnævnte er ikke fokus i denne rapport og kommenteres ikke yderligere. Af organisationsdiagrammet fremgår det desuden, at der er i alt ti enheder under 'ambulatorier'. Af disse er otte ambulatorier, hvor der tilbydes forskellige typer af alkoholbehandling, mens de to ambulatorier i Ishøj og Greve er såkaldte satellitter. I Greve tilbydes kun samtaler i tidlige og sene tidsrum, mens Ishøj primært foretager indskrivninger og afslutter behandlingsforløb. Hvert ambulatorium har en enhedsleder, som har ansvaret for den daglige drift og personalet på det respektive ambulatorium. Nogle enhedsledere er tilknyttet mere end ét ambulatorium. De strategiske udviklingschefer, projekt- og faglige udviklingschefer samt markedschefen har foruden de tværgående opgaver, deres titler afspejler, hver især det overordnede ansvar for ét eller flere ambulatorier.

Figur 3: Novavis organisationsdiagram



Behandlingstilbuddene på de respektive ambulatorier fremgår af Boks 1, som Novaví har udarbejdet. Samtlige ambulatorier tilbyder akutbehandling/afrusning, kognitiv adfærdsterapi og familieterapi. Seks ud af otte ambulatorier kan tilbyde deres patienter mindfulness. Fordelingen af de andre tilbud varierer: Nogle ambulatorier huser stort set samtlige behandlingstilbud, mens andre har et mere begrænset udbud. Denne fordeling af tilgængelige behandlingstilbud afspejler ambulatoriernes størrelse og levetid.

VBA-behandling er behandling til voksne børn af alkoholafhængige over 25 år. Ung Revers er et behandlingstilbud til børn og unge under 25 år, som er vokset op i familier med alkohol og stoffer. Som det eneste behandlingstilbud i Novaví findes Ung Revers i ni byer fordelt på både Sjælland og Fyn. Hverken VBA-behandling eller Ung Revers er omdrejningspunktet for denne rapport og kommenteres ikke yderligere. De midlertidige behandlingstilbud er kun kort beskrevet senere i rapporten.

Boks 1: Behandlingstilbud på Novavís ambulatorier

| | Amager | Frederikssund | Glostrup | Herlev | Hvidovre | Køge | Lyngby | Roskilde |
|---|--------|---------------|----------|--------|----------|------|--------|----------|
| Akutbehandling/ Afrusning | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Kognitiv adfærdsterapi (individuel eller gruppe) | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Familieterapi | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Mindfulness (gruppe) | X | X | X | | | X | X | X |
| Motivational Interviewing (gruppe) | | | | | X | | | |
| VBA-behandling | X | | X | | | | | X |
| Ung Revers | | | X | X | | X | X | X |
| Midlertidige behandlingstilbud | | | | | | | | |
| CRAFT | X | | X | X | X | X | X | X |
| Overkanten.dk | | | X | | X | X | X | |
| GLP-1 | | | X | | | X | X | |

03.01.01 Kommentarer

Der er behov for en samlet beskrivelse af behandlingskonceptet i Novaví inklusive organisatoriske rammer, behandlingsforløb og behandlingsmetoder. Det er vigtigt, at alle er klar over, hvilket teoretisk grundlag behandlingen foregår på, at der ikke er metodefrihed, og at der anvendes evidensbaserede metoder.

03.02 Novaví – medarbejdere i alkoholbehandlingen

03.02.02 Medarbejdernes faglige baggrund

Ved rapportens udarbejdelse har Novaví i alt 52 medarbejdere, der dagligt varetager alkoholbehandlingen på tværs af de otte ambulatorier. Det er denne gruppe af medarbejdere, der beskrives i rapporten. Tabel 1 viser den totale fordeling af faggrupper blandt disse medarbejdere, og Tabel 2 viser fordelingen af faggrupper på Novavís forskellige ambulatorier. I opgørelsen er der ikke taget hensyn til eventuelle deltidsansættelser/-tilknytning. Tallene afspejler en stor andel af sygeplejersker og sundhedsfagligt personale. På stort set samtlige ambulatorier består personalegruppen af en eller flere sygeplejersker, socialrådgivere og læger, men den procentvise andel, som de respektive faggrupper udgør af den samlede personalegruppe på et ambulatorium, varierer.

Alkohol & Samfund foretog i januar 2019 en undersøgelse af kommunal alkoholbehandling (12). Her fandt man, at 75 % af alkoholbehandlingsstederne i Danmark har sygeplejersker ansat. Novaví har sygeplejersker ansat på samtlige ambulatorier. Herudover har Novaví socialrådgivere på seks af otte ambulatorier. Det svarer til 75 % af ambulatorierne mod 88 % af behandlingsstederne i Alkohol & Samfunds undersøgelse. På tværs af ambulatorierne i Novaví er der i alt otte læger plus en centralt placeret behandlingsansvarlig psykiater på deltid. Der er 18,5 timers lægedækning om ugen på hvert ambulatorium. I dette antal timer er en læge fysisk til stede på hvert ambulatorium. I den øvrige åbningstid for ambulatorierne opnås der kontakt med en læge via telefon. Undersøgelsen af Alkohol & Samfund viser, at knap halvdelen (46 %) af danske behandlingssteder har en fast læge tilknyttet, og 37 % har en lægekonsulent ansat. To af otte ambulatorier i Novaví har en psykolog ansat, mens det gælder for knap halvdelen af samtlige kommunale behandlingssteder i Danmark.

Tabel 1: Fordeling af faggrupper, der varetager alkoholbehandling, i Novaví

| | n=52 |
|-----------------|---------|
| | n (%) |
| Sygeplejersker | 29 (56) |
| Socialrådgivere | 8 (15) |
| Psykologer | 2 (4) |
| Læger | 8 (15) |
| Andet | 3 (6) |

Tabel 2: Fordeling af faggrupper, der varetager alkoholbehandling, i Novaví, opdelt på ambulatorier

| | Amager n=6 | Frederikssund n=7 | Glostrup n= 11 | Herlev n=4 | Hvidovre n=6 | Køge n=6 | Lyngby n=6 | Roskilde n=6 |
|-----------------|---------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Sygeplejersker | 3 (50) | 5 (71) | 8 (72) | 2 (50) | 2 (33) | 4 (67) | 3 (50) | 2 (33) |
| Socialrådgivere | 2 (33) | 1 (14) | 2 (18) | 1 (25) | 1 (17) | | 1 (17) | |
| Psykologer | | | | | 1 (17) | | | 2 (33) |
| Læger | 1 (17) | 1 (14) | 1 (9) | 1 (25) | 1 (17) | 1 (17) | 1 (17) | 1 (17) |
| Andet | | | | | 1 (17) | 1 (17) | 1 (17) | 1 (17) |

Relevant efteruddannelse og kursusvirksomhed for sygeplejersker, socialrådgivere og pædagoger er vist i Boks 2. For øvrige faggrupper er det vanskeligt at opgøre efteruddannelsesaktivitet på en meningsfuld måde. Det skal her bemærkes, at det ikke været muligt at indsamle informationer om samtlige relevante medarbejdere. En stor del af personalet har en eller anden form for efteruddannelse oveni en sundhedsfaglig, social eller pædagogisk mellemlang videregående grunduddannelse. Hyppigst er kognitiv efteruddannelse (n=26), Motivational Interviewing (n=23) og Sundhedsstyrelsens grunduddannelse (n=19). Diplomuddannelserne dækker over forskelligartede diplomuddannelser i sundhedspleje og misbrugsbehandling. Herudover har nogle behandlere efteruddannelse eller kursus i Mindfulness (n=11) samt NADA (National Acupuncture Dextoxification Association) (n=8). Mindfulness er der lav evidens for i relation til alkoholbehandling, og NADA er der ingen dokumentation for effekt af (11). Ud over de typer af efteruddannelse og kurser, der fremgår af boksen, har en række medarbejdere været på kurser i Kulturel kompetence; Narrativ samtalerapi; Minnesota; Psykoterapeut uddannelsen; Dynamisk Psykoterapi m.fl. Mange af disse har mindre grad af evidens rent metodemæssigt i relation til misbrugsbehandling.

Boks 2: Efteruddannelse og kurser for sygeplejersker, socialrådgivere og pædagoger i Novavi

| | |
|------------------------------------|----|
| Kognitiv efteruddannelse | 26 |
| Motivational Interviewing | 23 |
| Sundhedsstyrelsens grunduddannelse | 19 |
| Familieterapeutisk uddannelse | 13 |
| Dobbeltfokuseret alkoholbehandling | 11 |
| Mindfulness | 11 |
| NADA | 8 |
| Diplomuddannelse | 3 |

Nogle medarbejdere er registreret med mere end én efteruddannelse i boksen

03.02.03 Medarbejdernes anciennitet

Alkoholbehandling er et fagområde, hvor stor grad af efteruddannelse og erfaring har betydning for den faglige kvalitet (6, 11). Den samlede personalestabs anciennitet (års ansættelse i Novavi) fremgår af Tabel 3. Halvdelen (52 %) af medarbejderne har en anciennitet på 0-2 år, 19 % af medarbejderne har været i Novavi i 3-5 år, mens den resterende tredjedel af medarbejderne har en anciennitet på mere end 5 år.

Tabel 3: Anciennitet blandt personale, der varetager alkoholbehandling, på ambulatorierne

| | n = 52 |
|---------|---------|
| | n (%) |
| 0-2 år | 27 (52) |
| 3-5 år | 10 (19) |
| 6-10 år | 9 (17) |
| 11 + år | 5 (10) |
| Ukendt | 1 (2) |

På nogle ambulatorier er personalegruppen relativt ny, mens fordelingen af medarbejdere med henholdsvis kortere og længere ansættelsesperioder er mere jævn på andre ambulatorier (Tabel 4).

Tabel 4: Anciennitet blandt personale, der varetager alkoholbehandling, på ambulatorierne*

| | Amager n=5 | Frederikssund n=6 | Glostrup n=10 | Herlev n=3 | Hvidovre n=5 | Køge n=5 | Lyngby n=5 | Roskilde n=5 |
|---------|---------------|----------------------|------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 0-2 år | 2 (40) | 5 (83) | 2 (20) | 1 (25) | 2 (40) | 5 (100) | 4 (80) | |
| 3-5 år | | | 5 (50) | | 2 (40) | | | 2 (40) |
| 6-10 år | 1 (20) | | 2 (20) | 2 (75) | 1 (20) | | 1 (20) | 1 (20) |
| 10+ år | 2 (40) | 1 (17) | 1 (10) | | | | | 1 (20) |
| Ukendt | | | | | | | | 1 (20) |

*Læger indgår ikke i denne opgørelse.

03.02.04

Kommentarer

Personale

I Novavi er der en stor andel af sundhedsfagligt personale i og med, at 56 % af personalet er sygeplejersker, og der er fast læge på alle enheder. Dette er i overensstemmelse med den udvikling på området, der har været over hele landet i de seneste 10-20 år.

Personalets efteruddannelse er for de flestes vedkommende meget relevant og følger også de principper og metoder, der anbefales i relation til Sundhedsstyrelsens grunduddannelse og tilvalgsmoduler.

Enkelte efteruddannelser, som for eksempel NADA, er der dog ikke dokumenteret effekt af, ligesom mindfulness heller ikke hører til behandlingsmetoder, der er rekommanderet i alkoholbehandling.

I forbindelse med en revision af organisatorisk beskrivelse og manualer m.m., vil vi foreslå, at man udarbejder en beskrivelse af:

- Hvilket personale, man ansætter, med definition af krav til grunduddannelse.
- Personalets efteruddannelse, som løbende opdateres, så man til alle tider har et overblik over personalets kompetenceprofil.
- Hvilke opgaver, personalegrupperne har.
- Hvilke efteruddannelser, organisationen støtter, og hvilke efteruddannelser, der ikke anvendes (kunne for eksempel være psykoanalyse, kropsterapeutisk uddannelse eller NADA).

Godt halvdelen af personalet i Novavi har en anciennitet på 2 år eller derunder med variationer mellem ambulatorierne. Det kan være udtryk for stor udskiftning og/eller en hurtigt ekspanderende organisation.

03.03 Novaví – behandlingstilbud

I Novaví anses et alkoholproblem for at bestå af en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige, kognitive og relationelle forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor alkohol for både den enkelte og familien indtager en dominerende plads. Alkoholbehandlingen i Novaví tilrettelægges ud fra denne forståelse og læner sig desuden op ad Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed. Novavís behandlingstilbud omfatter hovedsageligt psykosocial behandling i form af kognitiv adfærdsterapi og familierapi, som kan suppleres med farmakologisk behandling. Disse tilbud henvender sig til borgere, der ønsker at ændre alkoholvaner. Det indbefatter således både borgere, der ønsker at stoppe med at drikke alkohol og eventuelt bryde med en afhængighed, borgere, der ønsker at opnå eller bibeholde et mere kontrolleret alkoholforbrug, samt borgere, som allerede har brudt med alkohol og ønsker hjælp til at fastholde dette. I udgangspunktet er enhver behandlingsform hos Novaví familieorienteret i den forstand, at familien fra behandlingsstart og undervejs i behandlingen søges inddraget – både i form af pårørendesamtaler, hvor patienten ikke deltager, samt par- og familiesamtaler, hvor patienten deltager.

03.03.05 Behandlingsforløbets faste form

Den overordnede struktur af et behandlingsforløb er uafhængig af den individuelle alkoholproblematik, behandlingsmetode og mål med behandling. Strukturen beskrives i det følgende som trin 1-4.

Trin 1. Indledning af alkoholbehandling

Den enkelte borgers første møde med alkoholbehandling i Novaví finder sted ved modtagelsen – enten telefonisk eller ved personligt fremmøde – og i løbet af cirka tre individuelle samtaler indledes behandlingsforløbet. Her igangsættes et indledende motivationsarbejde, og der foregår visitation af behandling og eventuel afrusning samt abstinensbehandling. De indledende samtaler finder sted over fire uger.

1a. Første samtale og anden samtale

Afrusning og abstinensbehandling

Alle patienter tilses af en læge, som vurderer patientens behov for afrusning og abstinensbehandling, og hvis ikke der er en læge til stede, træder en sygeplejerske til og konfererer telefonisk med en læge undervejs. I de tilfælde, hvor afrusning og abstinensbehandling iværksættes, skal patienten dog tilses af en læge hurtigst muligt og senest den følgende dag. Alkoholpromille, anamnese samt fysiske og psykiske symptomer danner grundlag for vurderingen. Lægen afgør, hvorvidt en eventuel afrusning og abstinensbehandling kan foregå ambulant eller skal ske i hospitalsregi.

Indskrivningssamtale og startjournal

Patienten indskrives til behandling og i den forbindelse udfyldes en startjournal. Startjournalen består af to dele: 1) borgerens stamdata (kontaktoplysninger) og 2) informationer om borgerens drikkemønster, somatisk og psykisk helbred samt sociale forhold, herunder eventuelle børn. Det vides ikke, om startjournalens indhold har baggrund i validerede redskaber til indhentning af information som for eksempel det tidligere nævnte ASI. Startjournalen udfyldes af en læge eller en sygeplejerske. Stamdata udfyldes altid

ved patientens indledende kontakt med Novaví, hvorimod den resterende del kan vente til første samtale med en behandler, hvis ressourcerne ikke kan findes på ambulatoriet på det pågældende tidspunkt. Patienten kan vælge at lade sig registrere anonymt bortset fra situationer, hvor der ordineres receptpligtig medicin. Foreløbig behandlingsplan registreres.

Indberetningspligt

Samtlige patienter bliver spurgt til eventuelle børn herunder alder og hvorvidt, disse bor sammen med patienten eller ej. I de tilfælde, hvor patienten har børn under 18 år, og behandleren får kendskab til forhold, der giver formodning om, at barnet er negativt påvirket af patientens alkoholproblemer, træder der en skærpet indberetningspligt til kommunen i kraft. Dette gælder uagtet patientens ønske om anonymitet.

Behandlingsplan

Ved patienten og hovedbehandlerens første sessioner udarbejder de i fællesskab en behandlingsplan. I behandlingsplanen beskrives patientens mål med behandlingen. Behandlingsplanen danner udgangspunkt for den terapeutiske behandling og fungerer som et dynamisk værktøj, der konstant refererer til patientens aktuelle situation. Behandlingsplanen skal udarbejdes højst to uger efter indskrivning og revideres minimum hver fjerde måned. En læge skal involveres i udarbejdelsen, uanset om medicinsk behandling er en del af planen eller ej.

Samtykke og NAB

Under de indledende sessioner udfyldes en samtykkeerklæring, hvor patienten tager stilling til, om behandleren må 1) 'Indhente oplysninger omkring patienten, som er relevante for behandlingen.' og 2) 'Videregive oplysninger til andre myndigheder eller personer, der er relevante for behandlingen.'. Samtykkeerklæringen giver behandleren retsmæssigt belæg til at få og videregive den fornødne viden, som skal sikre den bedst mulige behandling for patienten. Derudover indsendes oplysninger om patientens stamoplysninger, alkoholforbrug, sociale forhold m.m. til NAB. Denne registrering er påkrævet ved lov af alle offentlige alkoholbehandlingsinstitutioner samt private, selvejende og foreningsejede institutioner, som det offentlige visiterer klienter til.

1b. Behandlingskonference

Ved førstkommande behandlingskonference efter patientens indskrivning fremlægges patientens startjournal, og hovedbehandler besluttet endeligt. Så snart en behandlingsplan er på plads, fremlægges og drøftes denne også på en behandlingskonference.

Trin 2. Hovedbehandlingsforløb

I hovedbehandlingsforløbet møder patienten cirka op hver 14. dag – typisk til individuel eller gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi. Varigheden af denne del af behandlingen er 3-6 måneder. Foruden samtaler med hovedbehandleren har patienten også mulighed for at deltage i forskellige andre gruppeforløb (se beskrivelser nedenfor).

Familieterapi

Hovedbehandlingsforløbet kan også bestå af familieterapi. Her forenes den systemiske og den kognitive adfærdsteori med særligt fokus på, at afhængigheden skaber sit eget system i familien. Et sådan forløb består af individuelle samtaler mellem patienten og behandleren, individuelle samtaler mellem partner og behandler, parsamtaler, forældresamtaler og familiesamtaler. Varigheden af de respektive samtaler varierer fra mellem én time til halvanden.

Farmakologi

Den farmakologiske behandling hos Novaví supplerer og understøtter den psykosociale behandling. Der anvendes præparater til behandling af abstinenssymptomer og præparater til behandling af afholdenhed samt fastholdelse i psykosocial behandling.

Trin 3. Efterbehandling

I efterbehandlingen møder patienten op med 2-4 måneders interval, og den totale varighed af forløbet er maksimalt 12 måneder. Det primære fokus i denne periode er vedligeholdelse af opnåede mål og forebyggelse af tilbagefald.

Trin 4. Afslutning af alkoholbehandling

På nuværende tidspunkt foreligger der ikke i Novaví skriftlig dokumentation, som beskriver afslutningen af et alkoholbehandlingsforløb.

03.03.06 Supplerende behandlingstilbud

Samtlige patienter, der drikker, starter i enten individuel eller gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi eller familieterapi. Hertil kan der suppleres med to andre typer af gruppeforløb: Mindfulness og Motivational Interviewing.

Mindfulness – gruppebehandling

Mindfulness Based Relapse Prevention er et struktureret otte-ugers program specielt udformet til at forebygge tilbagefald hos personer i behandling for misbrug af rusmidler. Programmet integrerer mindfulnessmeditation med traditionel kognitiv adfærdsterapeutisk tilbagefaldforebyggelse. De otte sessioner har hver en varighed på to en halv timer. Ideelt set afvikles sessionerne i otte på hinanden følgende uger. Patienter med en alkoholafhængighed kan indgå i et forløb.

Motivational Interviewing – gruppebehandling

Samtlige nye indskrevne patienter tilbydes et fem-ugers program med Motivational Interviewing, hvor der arbejdes med afklaring af mål og bevæggrunde for behandlingen, der skal opstartes. Desuden gives

tilbuddet til patienter, hvis forløb står i stampe. Mens en patient deltager i dette gruppeforløb, møder vedkommende ikke til individuelle samtaler med hovedbehandleren. Hver session varer to timer. Forløbet afsluttes med udarbejdelsen af en forandringsplan, som er udgangspunktet for patientens videre individuelle forløb hos hovedbehandleren. Skriftlig dokumentation for dette tilbud har ikke været tilgængeligt under udarbejdelsen af rapporten.

03.03.07 Midlertidige behandlingstilbud

Novaví er involveret i en række forskningsprojekter, hvor nye alkoholbehandlingstilbud efterprøves. På nuværende tidspunkt drejer det sig om projekterne CRAFT, Overkanten.dk og GLP-1, som alle er beskrevet nedenfor. Disse tre projekter er som udgangspunkt midlertidige og underlagt særlige rammer grundet forskningsmæssige krav. Således anses de ikke for en fast bestanddel af Novavís behandlingstilbud og kommenteres ikke yderligere i rapporten.

CRAFT

Formål: At få folk, der har et problematisk alkoholforbrug, i behandling via en pårørende. Pårørende tilbydes et individuelt samtaleforløb, hvor der arbejdes hen mod at få deres pårørende i behandling.

Varighed af behandling: Forløbet for den pårørende strækker sig over seks uger. Ved individuelle forløb modtager den pårørende én session af en times varighed om ugen, mens grupperne også mødes ugentligt, men har sessioner af to timers varighed.

Målgruppe: Pårørende over 18 år, der er i regelmæssig kontakt med den, som drikker (og ikke er i behandling). Den pårørende skal desuden have et betydeligt niveau af face-to-face kontakt med vedkommende, der drikker, på ugentlig basis og være villig til at bevare denne kontakt og støtte vedkommende i henhold til behandling i 90 dage fra, at den pårørende starter i projektet.

Rekruttering: Rekruttering foregår blandt pårørende, der henvender sig i et Novaví-ambulatorium.

Projektets tidsramme: Fra april 2018 og indtil tilstrækkeligt antal deltagere er opnået.

Overkanten.dk

Formål: At tilbyde alkoholbehandling i form af individuel kognitiv adfærdsterapi via videokonference.

Varighed af behandling: Projektet har ikke fastsat en ramme for struktur og varighed af et behandlingsforløb, så det fastsættes af patient og behandler i fællesskab.

Målgruppe: Voksne (minimum 18 år) med et problematisk alkoholforbrug defineret ved en score på otte eller derover på en test om alkoholvaner (Alcohol Use Disorder Test).

Rekruttering: Rekruttering foregår online via hjemmesiden www.overkanten.dk.

Projektets tidsramme: Januar 2018-april 2021.

GLP-1

Formål: At behandle alkoholafhængighed hos folk ved at mindske deres drikketrang via injektioner med præparatet Exenatis (Bydureon®), mens de går i et behandlingsforløb med individuel kognitiv adfærdsterapi.

Varighed af behandling: Den medicinske behandling strækker sig over 26 uger, men der er ingen fastlagt ramme for samtaleforløbet.

Målgruppe: Voksne i alderen 18-70 år, der har diagnosen alkoholafhængighedssyndrom.

Rekruttering: Rekruttering foregår blandt de borgere, der henvender sig til et Novaví-ambulatorium og lider af en alkoholafhængighed.

Projektets tidsramme: Januar 2018-januar 2021.

03.03.08

Kvalitetssikring i behandlingen

Novaví har adskillige aktiviteter, der har til formål at sikre, at den behandling, der leveres på ambulatorierne, er ensartet og af høj kvalitet. I Boks 3 er de forskellige aktiviteter præsenteret og beskrevet i form af deltagere, formål med aktiviteten samt interval og varighed.

Boks 3: Aktiviteter til sikring af kvalitet og ensartethed i behandlingen

| Aktivitet | Deltagere | Formål | Varighed og interval |
|---|---|---|--|
| Behandlingskonference | Enhedsleder, sekretær og behandlere på et ambulatorium | Tildeling af behandlere til nye patienter, drøftelse af behandlingsplaner | 2 timer, ugentligt |
| Supervision – ekstern | Behandlere og læge(r) på et ambulatorium | Faglig sparring med psykolog | Månedligt |
| Supervision – ekstern | Enhedsledere | Faglig sparring med ekstern faglighed | Månedligt |
| Audit | En behandler og én enhedsleder fra hvert ambulatorium, behandlingsansvarlig overlæge, udviklingssygeplejerske | Drøftelse af udvalgte temaer, der er aktuelle på ambulatorierne | Hver anden måned |
| Fagligt forum for socialrådgivere | Socialrådgivere på tværs af ambulatorier | Faglig sparring | 2 timer, hvert kvartal |
| Fagligt forum for sundhedsfagligt personale | Sygeplejersker og læger på tværs af ambulatorier | Faglig sparring | 2 timer, hvert kvartal |
| Fagligt forum for sekretærfagligt personale | Sekretærer på tværs af ambulatorier | Faglig sparring | 3 timer, to gange årligt |
| Fælles fagligt forum | Alle ansatte | Drøftelse af fagligt tema | 3 timer, årligt |
| Virksomhedskonference | Alle ansatte | Drøftelse af fagligt eller organisatorisk tema | 8 timer, årligt |
| Ledelsesseminar | Direktør, chefer, enhedsledere | ... | Årligt |
| Lægemøde | Læger på tværs af ambulatorier | Faglig sparring | Månedligt |
| Fælles chef- og ledermøde | Chefer og enhedsledere | ... | Månedligt |
| Tilsyn (Socialstyrelsen) | Enhedsleder, sundhedsfagligt personale inkl. læge på hvert ambulatorium | Godkendelse og driftsorienteret tilsyn med behandlingen | Intet fast interval |
| Tilsyn (Styrelsen for Patient-sikkerhed) | Enhedsleder, sundhedsfagligt personale inkl. læge på hvert ambulatorium | Fagligt og organisatorisk tilsyn af sundhedsfaglig virksomhed inkl. håndtering af medicin | Intet fast interval. Udvælges på baggrund af årlige temaer |

03.03.09**Kommentarer***Screening*

Novaví anvender ikke systematisk screening eller kortlægningsinstrumenter, hvilket ellers normalt anbefales. Anvendelse af et kortlægningsinstrument som ASI eller alternativt MATE sikrer, at man får afdækket patienternes problemer på en række relevante områder. De data, der indrapporteres til NAB, er en delmængde af ASI.

Komorbiditet

På alkoholområdet generelt har der gennem flere år været fokus på psykiatrisk komorbiditet, og det anbefales, at der anvendes systematisk screening. Det vides, at op mod halvdelen af patienter i alkoholbehandling har en psykiatrisk problematik af én eller anden grad. Det kan imidlertid være svært at opdage, så et screeningsinstrument (for eksempel Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) eller andre) kan kvalificere en mistanke om psykiatrisk sygdom og dermed kvalificere brugen af sparsomme

psykiatriske ressourcer i alkoholbehandlingen og kvalificere den kontakt, der eventuelt skal etableres med regionspsykiatrien.

Afslutning af faser og behandling

Det er uklart, hvad indikationen er for patienternes overgang mellem faser i et behandlingsforløb. Desuden vil det være hensigtsmæssigt, hvis der foreligger kriterier for afslutning af behandling.

Indikationer

Vi har ikke fundet en beskrivelse af kriterierne for forskellige behandlingsmodaliteter. Det gælder både psykosociale behandlingsmetoder og farmakologisk behandling. Hvilke patienter skal for eksempel starte behandling med Antabus, og hvem skal tilbydes Campral eller begge dele? Hvordan beslutes det, hvorvidt en patient bør indgå i individuel eller gruppebaseret behandling?

Standarder og kvalitetsudvikling

Standarder er yderst anvendelige i henhold til kvalitetsudvikling, fordi man hele tiden kan måle sin aktivitet mod de fastsatte standarder og dermed udvikle kvaliteten af sin aktivitet i en dynamisk proces. Det er en god idé, at Novaví i stor udstrækning har involveret sig i forskningsprojekter som en måde at kvalitetsudvikle organisationen. Det er også godt, at der er så mange kvalitetssikringsaktiviteter, men det ville være hensigtsmæssigt at formulere kvalitetsstandarder.

Opsamling

På baggrund af ovenstående foreslår vi, at:

- Indføre et systematisk kortlægningsinstrument eller beskrivelse af en metode, der sikrer, at patienterne får afdækket relevante problemfelter, og at disse indbygges i behandlingsplanen.
- Indføre systematisk screening for psykiatrisk komorbiditet.
- Definere kriterier for overgang mellem behandlingsfaser og afslutning af et behandlingsforløb.
- Definere indikationer for behandlingstype, herunder mødefrekvens, medicin etc.
- Indføre kvalitetsstandarder

04 Registrering af behandlingstilbud og patientpopulation

Dette afsnit kortlægger alkoholbehandlingstilbud og patientpopulation i Novaví ud fra registreringer foretaget i organisationens journalsystem, LAF. Der indledes med resultater relateret til behandlingstilbud efterfulgt af resultater om patientpopulationen i Novaví.

Tabel 5 illustrerer den store patientpopulation, som resultaterne i dette afsnit er trukket ud fra. Tabellen viser fordelingen af samtlige patienter indskrevet i forskellige behandlingstilbud hos Novaví. I kolonnen for patienter er det kun hver patients første indskrivning i perioden 2015-2019, der er repræsenteret. Den største andel af første indskrivninger er sket som kommunalt finansieret alkoholbehandling under kategorien 'Normalt forløb' (63 %). Dernæst er 'Pårørendesamtaler' (12 %), 'Kriminalforsorgen' (12 %) og 'Ung Revers' (9 %) de mest hyppige ydelser, patienterne indskrives til.

Tabel 5: Indskrivninger hos Novaví i 2015-2019

| | Patienter n=7.339 n (%) | Forløb n=9.596 n (%) |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| Normalt forløb | 4.620 (63) | 6.508 (68) |
| Selvbetalere | 11 (0) | 37 (0) |
| Virksomhedsaftaler | <8 (0) | <10 (0) |
| Pårørende samtaler | 913 (12) | 1.035 (11) |
| Visiterede ydelser | 73 (1) | 104 (1) |
| Kriminalforsorgen | 855 (12) | 903 (9) |
| Ung Revers | 644 (9) | 727 (8) |
| Substitution | 50 (1) | 61 (1) |
| V/U - Hash og centralstimulerende | 125 (2) | 157 (2) |
| V/U - Dobb.diagnose, hash, centralstimulerende | 30 (0) | 37 (0) |
| Ung - Hash og centralstimulerende | 8 (0) | <10 (0) |
| Ukendt | <8 (0) | 15 (0) |

Afsnittets følgende resultater er imidlertid kun baseret på patienter indskrevet i alkoholbehandling under kategorierne 'Normalt forløb', 'Selvbetalere' eller 'Virksomhedsaftaler'. Det drejer sig om **4.675 unikke patienter** med i alt **6.537 forløb**.

Summen af *patienter* indskrevet under disse kategorier i Tabel 5 er imidlertid mindre end 4.675. Forskellen skyldes, at der i de følgende analyser er anvendt oplysninger om patienters første forløb i alkoholbehandling. Eksempelvis er det muligt for en patient indledningsvist at være indskrevet i et forløb under 'Kriminalforsorgen' og herefter blive indskrevet i et almindeligt alkoholbehandlingsforløb på et af Novavís ambulatorier. Her vil patienten være kategoriseret under 'Kriminalforsorgen' i Tabel 5, men være

inkluderet med sit første forløb på et ambulatorium i de videre analyser. Ligeledes ses det, at summen af *forløb* registreret som enten 'Normalt forløb', 'Selvbetalere' eller 'Virksomhedsaftaler' i Tabel 5, summerer til mere end 6.537. Det skyldes, at 12 forløb er ekskluderet i de videre analyser, da de ikke er registreret på et ambulatorium for alkoholbehandling.

04.01 Kortlægning af behandlingstilbud

Nedstående kortlægning af behandlingstilbud hos Novaví baseres primært på unikke patienter, men et udpluk af resultaterne præsenteres også ud fra forløb. Når både patienter og forløb fremstilles i en tabel, kommenteres resultaterne for patienter altid, mens resultaterne for forløb kun kommenteres, når de adskiller sig nævneværdigt fra patienternes resultater.

04.01.01 Indskrivning i alkoholbehandling

I Tabel 6 ses fordelingen af patienters første forløb på Novavís forskellige ambulatorier. Denne fordeling er blandt andet en refleksion af ambulatoriernes størrelse, men også af ambulatoriernes alder. Der mangler oplysninger om ambulatorium hos syv patienter. Langt de fleste patienter er kun registreret på ét ambulatorium i løbet af deres behandlingsforløb, men der er registreret skift mellem ambulatorier i løbet af et forløb hos i alt 190 patienter. Af disse har 173 patienter skiftet ambulatorium én gang i forløbet, mens 17 har skiftet to gange, og seks har skiftet mere end to gange.

Tabel 6: Fordeling af patienter på ambulatorier

| | Patienter n=4.675 |
|---------------|----------------------|
| | n (%) |
| Amager | 643 (14) |
| Frederikssund | 291 (6) |
| Glostrup | 893 (19) |
| Greve | 66 (1) |
| Herlev | 266 (6) |
| Hvidovre | 625 (13) |
| Ishøj | 18 (0) |
| Køge | 639 (14) |
| Lyngby | 707 (15) |
| Roskilde | 501 (11) |
| Rødovre | 19 (0) |
| Ukendt | 7 (0) |

Blandt patienter i alkoholbehandling hos Novaví finansieres 99 % ved offentlig betaling. Dette er en større andel end de 92 %, der er opgjort på baggrund af nationale opgørelser fra NAB (19). Blandt

patienterne har 5 % valgt at være indskrevet som anonyme og dermed være registreret uden CPR-nr. På landsplan udgør denne andel 13,5 % (19).

Ser man på det årlige antal personer indskrevet i alkoholbehandling hos Novavi i perioden 2015-2018, fremgår det af Tabel 7, at der i 2015 blev indskrevet 1.333 patienter, mens der i årene 2016-2018 kun blev indskrevet 965-990 patienter. Ser man derimod på forløb, har der i alle årene været omkring 1.500 opstartede forløb. Den store forskel mellem antal af patienter i 2015 og de følgende år kan forklares med metoden, der er anvendt til opgørelsen: Da alle patienter er identificeret ved deres første forløb fra 2015 og frem, vil der for den del af patienterne, der også har haft forløb før 2015, ikke være tale om deres reelle første forløb. I alle årene kan der altså være tale om en blanding af patienter med reelle første forløb og patienter, der har haft forløb før 2015. Denne ophobning af patienter med forløb før 2015 vil være stærkest i 2015, og derfor er antallet af såkaldte unikke patienter kunstigt højt i dette år.

Da der ved rapportens udarbejdelse fortsat indskrives patienter i år 2019, er det foreløbige antal af patienter og forløb for dette år ikke præsenteret i Tabel 7. Pr. juni 2019 er der indskrevet 401 patienter, mens 621 forløb er blevet opstartet.

Tabel 7: Antal indskrivninger i alkoholbehandling i årene 2015-2018

| | Patienter n=4.274 | Forløb n=5.916 |
|------|-----------------------------|--------------------------|
| | n | n |
| 2015 | 1.333 | 1.501 |
| 2016 | 986 | 1.479 |
| 2017 | 965 | 1.462 |
| 2018 | 990 | 1.474 |

I perioden 2015-2019 har 75 % af alle patienter haft ét behandlingsforløb (Tabel 8). Blandt patienter indskrevet i år 2015, hvis risiko for at blive indskrevet igen er størst, falder andelen med kun ét forløb til 59 %. Andelen, der har været indskrevet to eller tre gange, stiger fra henholdsvis 16 % og 5 % til 21 % og 10 %.

Tabel 8: Antal forløb pr. patient indskrevet i årene 2015-2019

| | Perioden 2015-2019 n=4.675 | År 2015 n=1.333 |
|----|--------------------------------------|---------------------------|
| | n (%) | n (%) |
| 1 | 3.516 (75) | 788 (59) |
| 2 | 746 (16) | 284 (21) |
| 3 | 245 (5) | 139 (10) |
| 4 | 99 (2) | 67 (5) |
| 5+ | 69 (1) | 55 (4) |

04.01.02 Afslutningsårsager

Knap en fjerdedel (23 %) af alle patienter afsluttes med udskrivningsårsagen 'Færdigbehandlet' (Tabel 9). En ligeså stor andel (23 %) afslutter forløbet efter eget ønske – i disse tilfælde vurderer behandleren ikke, at den pågældende patient er færdigbehandlet. Blandt patienterne ophører behandlingen for 37 %, fordi patienterne udebliver, og 10 % udskrives til anden institution. Andelen af færdigbehandlede udgør på landsplan 31 % (19), og i Københavns Kommunes alkoholbehandling udgør de 28 % (21).

Tabel 9: Afslutningsårsag for afsluttede forløb med i årene 2015-2019

| | Patienter n=3.757 | Forløb n=5.255 |
|---------------------------------|----------------------|-------------------|
| | n (%) | n (%) |
| Færdigbehandlet | 850 (23) | 1.034 (20) |
| Afsluttet efter eget ønske | 861 (23) | 1.185 (23) |
| Udeblevet | 1.375 (37) | 2.101 (40) |
| Død | 19 (1) | 34 (1) |
| Fraflyttet | 37 (1) | 40 (1) |
| Udskrevet til anden institution | 371 (10) | 530 (10) |
| Udskrevet til egen læge | 55 (1) | 76 (1) |
| Udskrevet til hospital | 33 (1) | 54 (1) |
| Andet | 156 (4) | 201 (4) |

Antallet af forløb afsluttet ved død er større end antallet af patienter afsluttet ved død, da en del af de forløb, der afsluttes ved død, er for patienter, der har haft tidligere forløb hos Novavi og således er repræsenteret med andre afslutningsårsager i kolonnen for patienter.

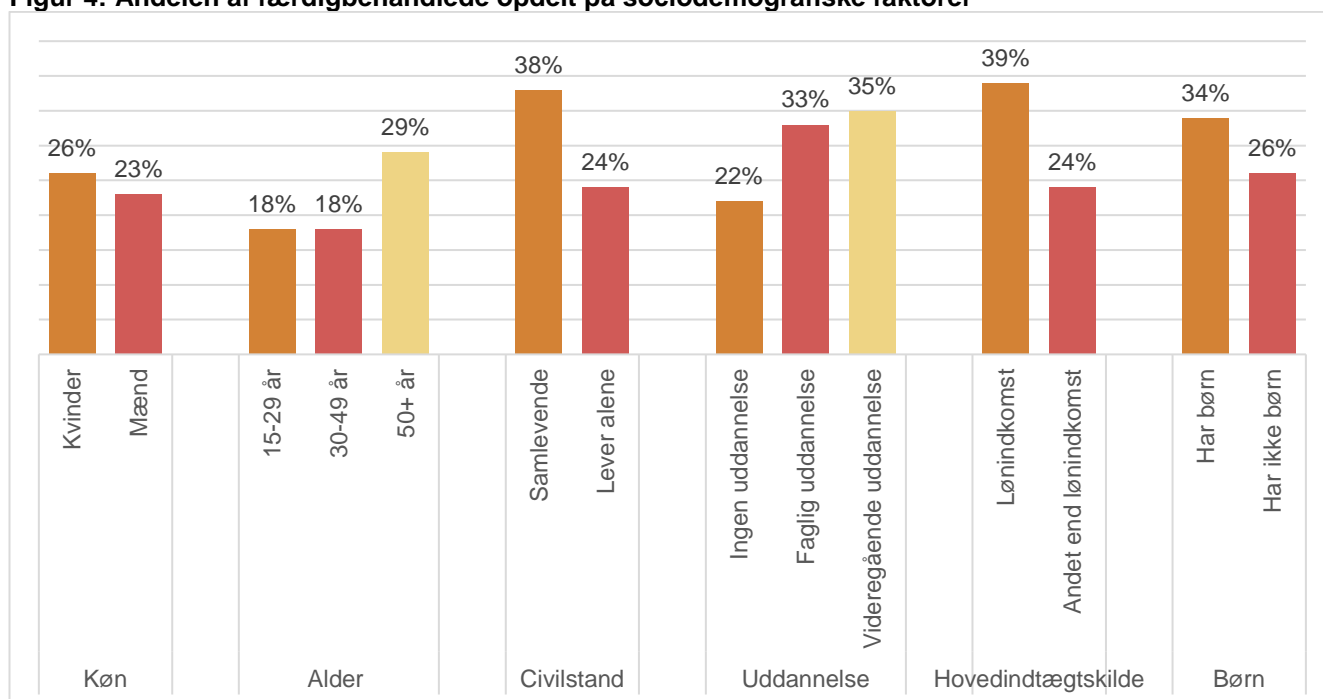
I Tabel 10 ses de registrerede afslutningsårsager opdelt på udskrivningsår. Af denne ses det, at andelen af færdigbehandlede stiger mellem 2015 og 2019, og at andelen af udeblevne falder i samme periode.

Tabel 10: Afslutningsårsag for afsluttede patienter i årene 2015-2019. Opdelt på udskrivningsår

| | 2015 n=688 | 2016 n=925 | 2017 n=807 | 2018 n=947 | 2019 n=390 |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Færdigbehandlet | 80 (12) | 157 (17) | 182 (23) | 300 (32) | 131 (34) |
| Afsluttet efter eget ønske | 169 (25) | 181 (20) | 185 (23) | 224 (24) | 102 (26) |
| Udeblevet | 290 (42) | 435 (47) | 306 (38) | 261 (28) | 83 (21) |
| Død | 5 (1) | 6 (1) | <6 (1) | 3 (0) | 0 |
| Fraflyttet | 8 (1) | 10 (1) | 11 (1) | 5 (1) | 3 (1) |
| Udskrevet til anden institution | 73 (11) | 85 (9) | 75 (9) | 95 (10) | 43 (11) |
| Udskrevet til egen læge | 11 (2) | 5 (1) | 10 (1) | 22 (2) | 7 (2) |
| Udskrevet til hospital | 8 (1) | 10 (1) | <6 (0) | 8 (1) | 5 (1) |
| Andet | 44 (6) | 36 (4) | 31 (4) | 29 (3) | 16 (4) |

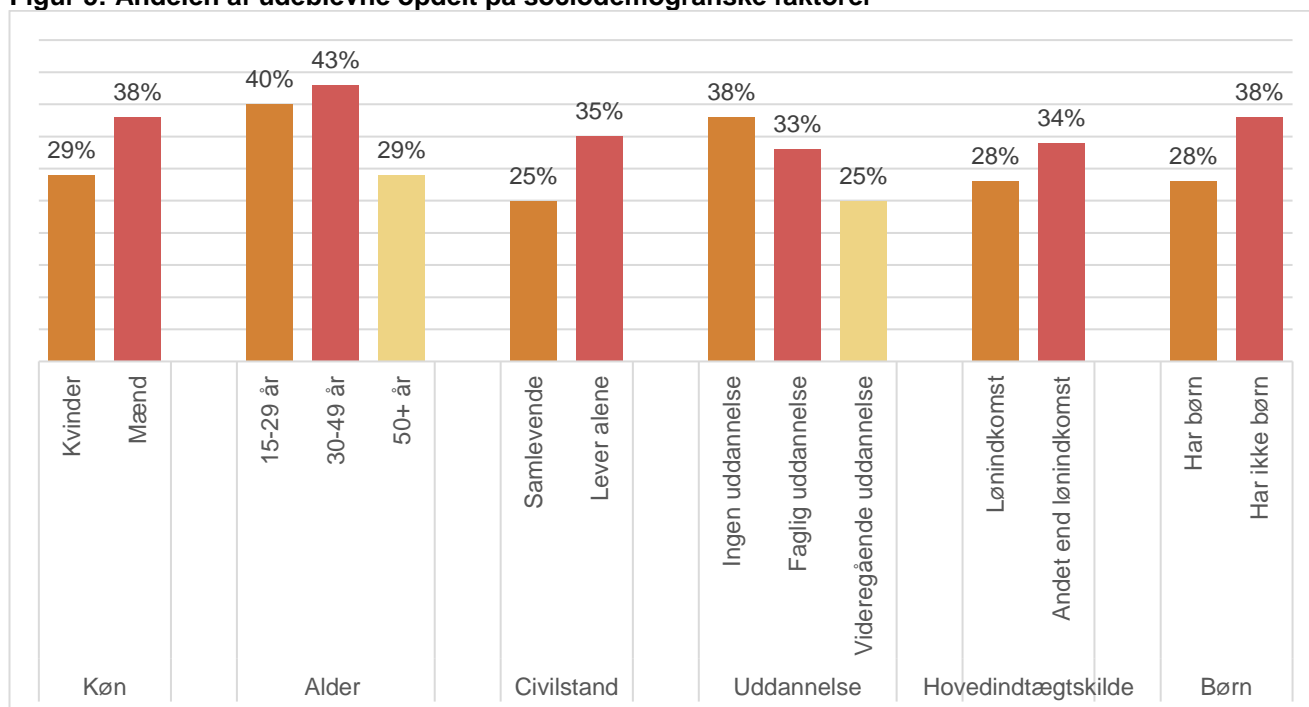
I Figur 4 og Figur 5 præsenteres andelen af færdigbehandlede og udeblevne opdelt på sociodemografiske faktorer. Andelen af færdigbehandlede er større blandt kvinder end blandt mænd og er størst blandt de 50+-årige. Den største andel færdigbehandlede ses desuden blandt samlevende og personer med videregående uddannelse. Personer med lønindkomst og med børn er også oftere færdigbehandlede sammenlignet med henholdsvis personer med andet end lønindkomst og personer uden børn.

Figur 4: Andelen af færdigbehandlede opdelt på sociodemografiske faktorer



I Figur 5 ses det, at andelen af udeblevne er mindre blandt kvinder end blandt mænd. Andelen af udeblevne er mindst blandt de 50+-årige og blandt samlevende. Det ses også, at andelen af udeblevne er mindre blandt patienter med videregående uddannelse, med lønindkomst og med børn sammenlignet med patienter med henholdsvis kortere uddannelse, ingen lønindkomst og ingen børn.

Figur 5: Andelen af udeblevne opdelt på sociodemografiske faktorer



04.01.03 Varighed af forløb

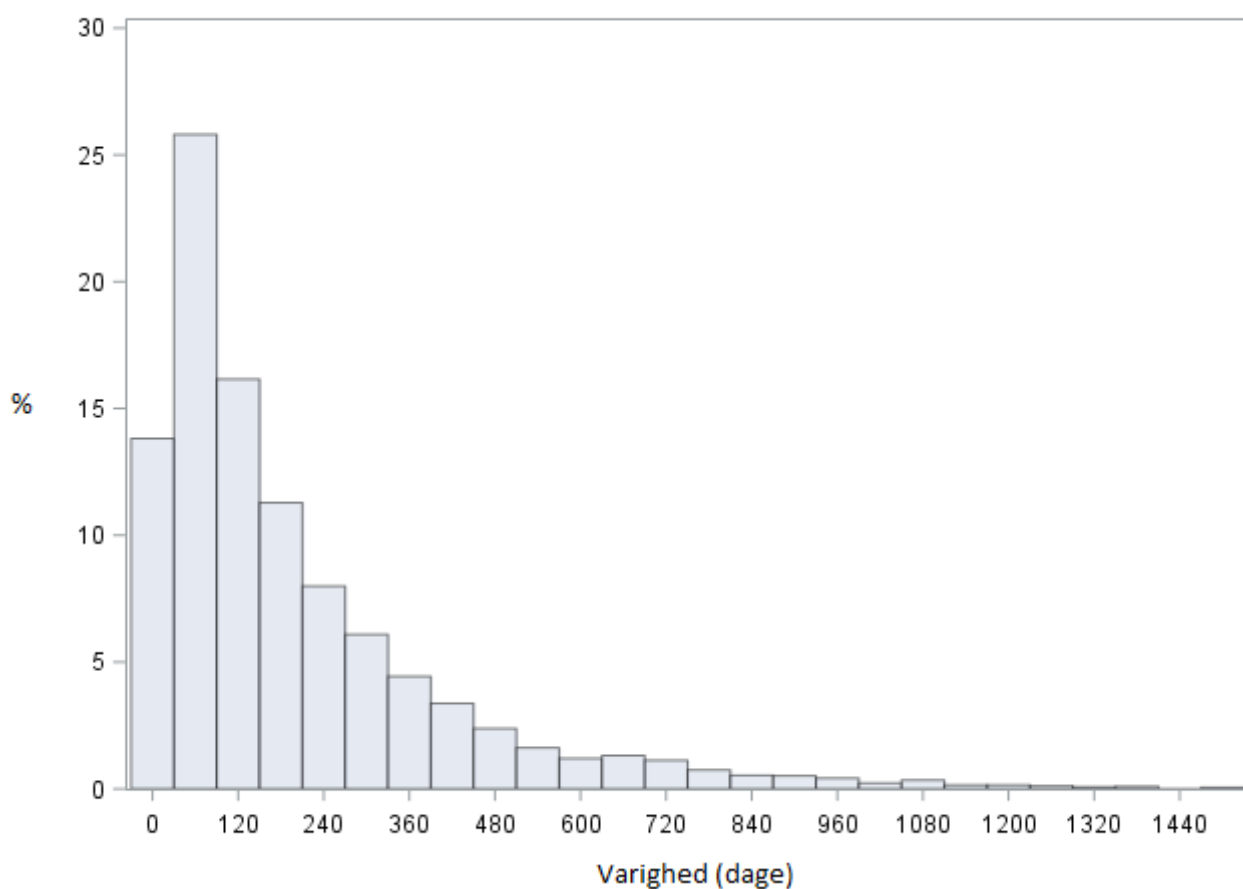
Blandt patienterne er den gennemsnitlige varighed af afsluttede forløb (uanset afslutningsårsag) 217 dage, hvilket svarer til cirka syv måneder (Tabel 11). Halvdelen af patienterne har behandlingsforløb af en varighed på 138 dage eller kortere. Blandt patienter med afsluttede forløb har 687 haft forløb, der har varet mere end ét år, og 37 har haft forløb, der har varet mere end tre år.

Tabel 11: Varighed i dage af afsluttede forløb

| | Patienter n=3.757 | Forløb n=5.255 |
|-----------------|----------------------|-------------------|
| Gennemsnit (sd) | 217 (231) | 200 (0-217) |
| Median (q1;q3) | 138 (59;294) | 125 (55;269) |

I Figur 6 er fordelingen af varighed af afsluttede forløb illustreret.

Figur 6: Varighed i dage af afsluttede forløb



9 forløb har en varighed på 0 dage

Blandt patienter indskrevet i år 2015 (Tabel 12) er den gennemsnitlige varighed af afsluttede forløb længere (248 dage). Det skyldes, at en større andel af disse forløb inklusive forløb af lang varighed er blevet afsluttet; blandt patienter med afsluttede forløb indskrevet i 2015 har 285 haft forløb, der har varet mere end ét år, mens 34 har haft forløb, der har varet mere end tre år.

Tabel 12: Varighed af afsluttede forløb blandt patienter indskrevet i 2015

| | |
|-----------------|----------------|
| | n=1.294 |
| Gennemsnit (sd) | 248 (281) |
| Median (q1;q3) | 141 (61;326) |

04.01.04 Samtaler registreret i NAB

Tabel 13 viser antal af registrerede misbrugsdiagnostiske udredende samtaler samt behandlingssamtaler pr. patient. I hver af de fire beregninger er der udelukkende inkluderet patienter, der har haft minimum én af den pågældende samtalestype. Det skal understreges, at resultatet er opgjort pr. patient, og samtalerne kan derfor være fordelt over flere forløb. Ved flere registreringer af samme type samtale på samme dag er kun den ene samtale inkluderet i beregningen.

Patienterne har i gennemsnit haft 20 behandlingssamtaler af individuel karakter, mens det gennemsnitlige antal er en del lavere for patienter, der modtager behandlingssamtaler i henholdsvis gruppe (4,6) og familie (1,3). Det skal her tilføjes, at kun 45 patienter overhovedet har en registrering med behandlingssamtaler i familiebehandling.

Tabel 13: Gennemsnitligt antal samtaler pr. patient, der har haft minimum én af den aktuelle type samtale

| | n |
|---|-----|
| Misbrugsdiagnostisk – udredende samtale | 3,3 |
| Behandlingssamtaler – individuel behandling | 20 |
| Behandlingssamtaler – gruppebehandling | 4,6 |
| Behandlingssamtaler – familiebehandling | 1,3 |

04.01.05 Faser

I den følgende præsenteres resultater af analyser af faser i et alkoholbehandlingsforløb. Faserne dækker tilsammen over et helt behandlingsforløb og benævnes fase 1-3. Faserne anvendes i forbindelse med fakturering, men indikerer også indhold og intensitet i et behandlingsforløb. Disse oplysninger er angivet i Figur 7. Patienter flyttes automatisk fra fase 1 til fase 2 fire uger efter indskrivning. Resultaterne er baseret på forløb, der indledes med fase 1.

Figur 7: Overblik over intensitet, længde og indhold af behandling i faser

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 |
|-------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| Intensitet | Høj: Samtale ugentligt | Mellem: Samtale hver 2. uge | Lav: Samtale hver 2. måned |
| Længde | 4 uger Ved tilbagefald i fase 2 og 3: typisk 2 uger | 3-6 måneder | 12 måneder |
| Indhold | Akut behandling/Afrusning Udredning | Hovedbehandlingsforløb | Efterbehandling |

Ved forlængelse af en fase angiver behandleren en begrundelse. I Tabel 14 ses en opgørelse over de anvendte begrundelser for forlængelse. Den hyppigst anvendte begrundelse er 'Andet' (40 %), mens den anden mest anvendte begrundelse er 'Gentagne recidiver' (23 %).

Tabel 14: Angivne begrundelser for forlængelse af fase

| | Forlængede faser n=834 |
|--|-----------------------------------|
| | n (%) |
| Fortsatte abstinenser | 16 (2) |
| Det har ikke været muligt at udrede pga. patientens tilstand | 7 (1) |
| Koordinering af flere behandlingsindsatser i forbindelse med udredning | 13 (2) |
| Gentagne recidiver | 190 (23) |
| Psykiatrisk komorbiditet | 128 (15) |
| Børn | 101 (12) |
| Andet | 379 (46) |

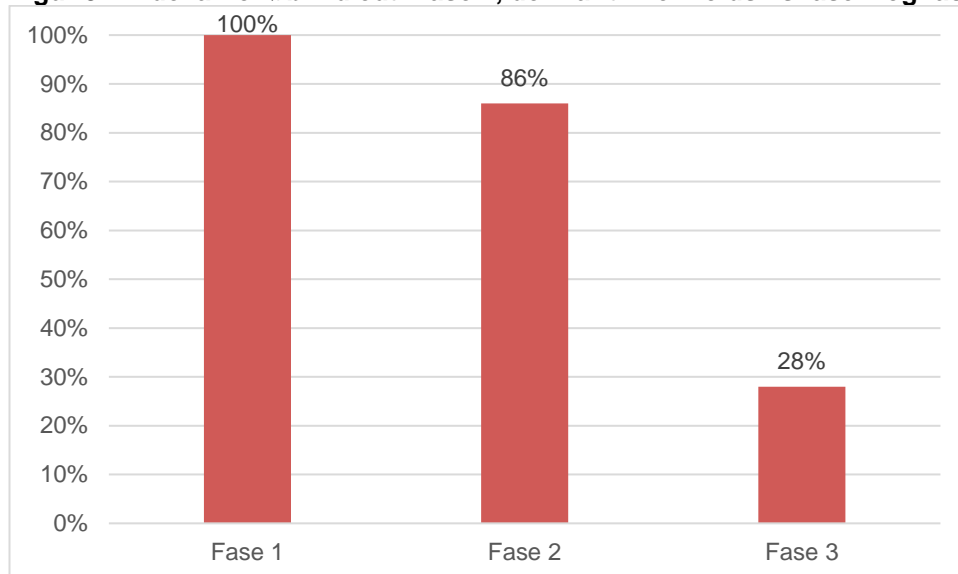
Af de forlængede faser er det i 80 % af tilfældene fase 2, der er blevet forlænget, i 16 % af tilfældene er det fase 1, og i 4 % af tilfældene er det fase 3, der er blevet forlænget. Behandleren har også mulighed for at rykke patienter tilbage i fasesystemet. Dette er blevet registreret for 3.404 faser, hvoraf 66 % er blevet rykket tilbage til fase 1 fra enten fase 2 eller fase 3, mens de resterende er rykket tilbage til fase 2 fra fase 3.

Tabel 15 viser varigheden af afsluttede faser. Resultaterne er opdelt på de tre faser. I tilfælde af, at en fase forlænges, vil dette tælle som to faser og ikke som én samlet fase. Den gennemsnitlige varighed af fase 1 er 23 dage. Værdierne for median, q1 og q3 viser dog, at fordelingen er meget skæv, således at hovedparten har haft en varighed på 28 dage, mens 25 % har haft en varighed på under 14 dage. Der ses større variation i varigheden af fase 2 og af fase 3, hvor halvdelen har haft en varighed på over 96 dage i fase 2 og på over 61 dage i fase 3.

Tabel 15: Varighed af afsluttede faser

| | Fase 1 n=7.830 | Fase 2 n=8.063 | Fase 3 n=2.569 |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Gennemsnit (sd) | 23 (8) | 105 (79) | 114 (147) |
| Median (q1;q3) | 28 (14;28) | 96 (36;180) | 61 (20;149) |

I Figur 8 ses andelen af forløb, der når til henholdsvis fase 2 og fase 3. Der er i denne opgørelse udelukkende anvendt informationer fra forløb, som er afsluttet. Af denne ses det, at 86 % af forløbene når til fase 2, mens kun 28 % af forløbene når til fase 3.

Figur 8: Andel af forløb indledt i fase 1, der når til henholdsvis fase 2 og fase 3

04.01.06 Registreringer i startjournal

Blandt de 4.675 inkluderede patienter er der registreret brug af startjournal for 2.103 patienter. Denne patientgruppe og samtlige af deres registrerede startjournaler udgør således datagrundlaget for de følgende resultater. Det er uvist nøjagtigt, hvornår brug af den nuværende skabelon til startjournal er blevet indført, men det ses, at andelen med en registreret startjournal er steget fra 19 % i 2015 til 86 % i 2018. Patienter med meget korte forløb indgår også i disse beregninger.

Mål med behandling

I Tabel 16 ses formålet med patienters henvendelse til alkoholbehandling. Andelen, opgivet ud for hvert af de beskrevne formål, udgør andelen af patienter med en startjournal. Disse andele summerer ikke til 100 %, da hver patient kan være registreret med forskellige formål i forskellige startjournaler. Fire patienter med startjournaler har ingen registreringer i denne del af startjournalen. Da kategorierne ikke er gensidigt udelukkende, er det umiddelbart vanskeligt at uddrage entydige konklusioner om patienternes motiv for at henvende sig.

Tabel 16: Formål med henvendelse til alkoholbehandling

| | n (%) |
|--|------------|
| Patient henvender sig med henblik på at komme i alkoholbehandling samt abstinensbehandling | 639 (30) |
| Patient henvender sig med henblik på afholdenhed i en længere periode | 1.146 (54) |
| Patient henvender sig med henblik på afklaring af evt. afhængighedstilstand | 153 (7) |
| Patient henvender sig med henblik på at få hjælp til at reducere forbrug | 413 (20) |

Dispositioner og diagnoser

Tabel 17 viser patienters familiære dispositioner ved opstart i alkoholbehandling. Andelen med de angivne dispositioner udgør andelen af patienter med oplysninger i dette afsnit af startjournalen. Andelen summerer således til 100 %. Det ses af tabellen, at 46 % udelukkende har opgivet dispositioner i form af alkohol eller andet misbrug, mens 28 % i tillæg har opgivet psykiatriske dispositioner. Blandt patienter med startjournaler har 303 af dem ingen registreringer i denne del af startjournalen.

Tabel 17: Dispositioner ved opstart af alkoholbehandling

| | n (%) |
|--|----------|
| Alkohol eller andet misbrug | 733 (46) |
| Alkohol eller andet misbrug samt somatisk | 132 (8) |
| Alkohol eller andet misbrug samt psykiatrisk | 460 (28) |
| Alkohol eller andet misbrug samt somatisk og psykiatrisk | 281 (18) |

I Tabel 18 ses eventuel registreret diagnose for patienterne. Andelen summerer ikke til 100 %, da den enkelte patient kan have flere diagnoser registreret. Af tabellen ses det, at den hyppigst forekommende diagnose er alkoholafhængighedssyndrom (44 %). Herudover viser registreringerne, at det for halvdelen af alle patienter har været registreret i startjournalen, at diagnose må afgøres ved lægesamtale. Blandt patienter med startjournaler har 209 ingen registreringer i denne del af startjournalen.

Tabel 18: Registreret diagnose

| | n (%) |
|--|----------|
| Må afgøres ved lægesamtale | 993 (50) |
| F 10.3 Abstinensstilstand som følge af alkoholbrug | 186 (9) |
| F 10.0 Akut alkoholintoksikation | 26 (1) |
| F 10.1 Skadelig brug af alkohol med følgende kriterier opfyldt | 90 (4) |
| F 10.2 Alkoholafhængighedssyndrom med følgende kriterier opfyldt | 924 (44) |
| F 10.9 Psykisk eller adfærdsmæssig lidelse eller forstyrrelse, uspecificeret, fremkaldt af alkohol | 22 (1) |

Alkoholabstinenser

Abstinensstilstand angives ligeledes i startjournalen, hvor der kan angives tilstedeværelse af symptomer samt ingen symptomer på abstinenser. Andelen af patienter med registrerede alkoholabstinenser er 26 %. Blandt patienter med startjournaler har 114 af dem ingen registreringer i denne del af startjournalen.

I et andet afsnit af startjournalen angives udlevering af Risolid, som anvendes i abstinensbehandling. Baseret på disse oplysninger kan det ses, at 20 % af patienter med en startjournal har fået udleveret Risolid i varierende dosis. Blandt patienter med startjournaler har 28 ingen registreringer i denne del af startjournalen.

04.01.07 Behandling med Antabus

Det er i LAF muligt at identificere flere kilder til oplysninger om brug af Antabus i behandlingen hos Novaví. Andelen af patienter, der har modtaget behandling med Antabus er imidlertid ikke identisk på tværs af disse forskellige kilder, og derfor præsenteres resultaterne fra henholdsvis NAB, startjournal og registrering af fremmøde på ambulatorier med formålet 'Antabus og puste' separat i det følgende.

NAB-indberetning om medicinsk behandling

Resultaterne i Tabel 19 er baseret på indberetninger til NAB. Af disse ses det, at den hyppigst registrerede medicinske behandling er Antabus, da 22 % af patienterne er registreret med denne. Henholdsvis 3 %, 0 % og 1 % af patienterne er i behandling med henholdsvis Campral, Naltrexon eller Benzodiazepiner.

Tabel 19: Indberetning til NAB om medicinsk behandling

| | Patienter n=4.625 n (%) |
|-----------------|-------------------------------|
| Antabus | 1.022 (22) |
| Campral | 144 (3) |
| Naltrexon | 4 (0) |
| Benzodiazepiner | 41 (1) |

I Tabel 20 ses andelen af patienter, der har fået registreret brug af Antabus og Campral opdelt på indskrivningsår (2019 indgår ikke i tabellen). Naltrexon og Benzodiazepiner indgår ikke i tabellen, da få har fået registreret behandling med disse præparater. Af opgørelsen fremgår det, at andelen med registreringer for Antabus er 20 % i 2018.

Tabel 20: Indberetning til NAB om medicinsk behandling opdelt på indskrivningsår

| | 2015 n=1.001 n (%) | 2016 n=935 n (%) | 2017 n=1.029 n (%) | 2018 n=1.182 n (%) |
|---------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Antabus | 229 (23) | 210 (22) | 283 (28) | 232 (20) |
| Campral | 12 (1) | 18 (2) | 44 (4) | 50 (4) |

Registrering af Antabus i startjournal

Registreringer i startjournaler viser, at der er blevet registreret udlevering af Antabus til 37 % af de patienter, der har en registreret startjournal i LAF.

Fremmøde registreret som 'Antabus og puste'

En tredje kilde til registrering af behandling med Antabus er registreringer af fremmøde på ambulatorier med formålet 'Antabus og puste'. Opgørelse af disse registreringer er illustreret i Tabel 21. Her fremgår antal af patienter, indskrevet i henholdsvis 2015, 2016, 2017 og 2018, for hvem der er registreret 'Antabus og puste'. Andelen med denne registrering er faldet fra 75 % i 2015 til 50 % 2018. Det bør dog

nævnes, at patienter, der er indskrevet første gang i 2015, har haft en længere periode med mulighed for denne type registrering end patienter, der er indskrevet første gang i 2018.

Tabel 21: Registreringer med 'Antabus og puste' opdelt på patienters indskrivningsår

| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------|----------|----------|----------|
| n=1.333 | n=986 | n=965 | n=990 |
| n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1.001 (75) | 740 (75) | 642 (67) | 492 (50) |

04.02 Kortlægning af patientpopulation

Dette afsnit er primært baseret på de oplysninger, som det er obligatorisk for Novaví at indberette til NAB. Patientpopulationen kortlægges i relation til en række demografiske forhold samt drikkemønster. Den samlede patientpopulation i afsnittet udgør 4.625 patienter, men der præsenteres også resultater for subpopulationen af patienter, der har haft flere forløb i perioden – denne subpopulation benævnes 'gen-gangere' og består af 1.144 patienter. For disse patientpopulationer er der blevet ekskluderet forløb af mindre end to dages varighed.

04.02.08 Kompletthed af NAB-registreringer

Af de 6.537 forløb i alkoholbehandling med indskrivning i perioden 2015-2019 har 1.066 (16%) ingen eller få oplysninger registreret i NAB. For de flestes vedkommende findes disse oplysninger registreret i forbindelse med andre af patientens forløb.

I de resultater, der er baseret på oplysninger registreret i indberetningsskemaet til NAB, er der som udgangspunkt anvendt oplysninger, der er registreret ved patientens første indskrivning i alkoholbehandling fra 2015 og frem. For de patienter, hvor der mangler registrering af oplysninger i dette forløb, er der anvendt grundlæggende oplysninger fra senere forløb.

I Tabel 22 angives omfanget af yderligere manglende oplysninger i indberetningsskemaet blandt de 4.625 patienter, dette afsnit baserer sig på. Disse oplysninger mangler fuldstændig for den pågældende patient, og der er således ikke tale om registreringer, som er 'Uoplyst' eller 'Vil ikke oplyse'.

Tabel 22: Patienter med manglende oplysninger i NAB-indberetningsskema

| | n=4.625 |
|---|---------|
| | n |
| Alder | 23 |
| Region | <4 |
| Henvielse på opfordring af | 843 |
| Tidligere behandlet | 1.094 |
| Har biologiske eller adoptivbørn | 1.094 |
| Har andre børn tilknyttet husstand | 1.094 |
| Uddannelse | 1.094 |
| Hovedindtægtskilde | 949 |
| Civilstand | 941 |
| Boligsituation | 1.094 |
| Drikkemønster de seneste 6 måneder | 1.094 |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | 1.305 |
| Gennemsnitligt antal genstande pr. dag i det sidste halve år under intensive drikkeperioder | 1.299 |
| Gennemsnitligt antal genstande pr. dag i det sidste halve år under moderate drikkeperioder | 1.304 |
| Alkoholforbrug | 1.094 |
| Alkoholoverforbrug | 1.094 |
| Brugt stoffer de sidste 30 dage | <4 |
| Rygestatus | 1.094 |
| Modtaget Antabus den seneste måned | 1.094 |

Som tidligere beskrevet har alle inkluderede patienter en indskrivningsdato, og blandt patienter med en udskrivningsdato er der også registreret en afslutningsårsag i alle tilfælde. For de fleste oplysninger er der over tid en trend for manglende oplysninger, således at andelen af patienter, der mangler oplysninger i indberetningsskemaet, falder mellem 2015 og 2018. Dog er der patienter med manglende oplysninger indskrevet i alle årene.

04.02.09

Behandling

Opfordring til henvendelse

Langt størstedelen af patienterne er selvhenvendere (71 %), hvilket vil sige, at patienten på eget initiativ har valgt at starte i behandling (Tabel 23). Det samme gælder for 80 % af gengangere. Derudover er en mindre andel henvist af familie (5 %), Socialforvaltningen (4 %), praktiserende læge (4 %) eller Kriminalforsorgen (3%). Der er 5 %, som ikke oplyser deres henvisningsvej og dermed heller ikke hvem, der mener, at de har et behandlingskrævende alkoholproblem. Tilsvarende nationale tal er 55 % selvhenvendere, 7,4 % er henvist af familie, 4,9 % og 5,8 % kommer fra henholdsvis Socialforvaltningen og praktiserende læger (19).

Tidligere behandling

58 % af patienterne har tidligere været i alkoholbehandling (Tabel 23). Dette omfatter foruden behandling på kommunale institutioner også behandling hos praktiserende læge, hospital, private institutioner, fængsel, udlandet etc.. Dette tal svarer til andelen beskrevet på landsplan (19). Blandt gengangere er dette tal 86 % – her er der tale om, hvorvidt gengangerne ved deres første indskrivning i perioden 2015-2019 oplyser at have været i behandling før.

Antabus i måneden op til indskrivning

I måneden op til indskrivning har 38 % af patienter modtaget Antabus, og i gennemsnit har disse patienter været under Antabus-behandling i 12 ud af de 30 dage (Tabel 23). De tilsvarende tal blandt gengangere er 46 % og 11 ud af 30 dage. Angivelse af dage med Antabus den seneste måned på over 31 dage er ekskluderet fra disse analyser. På landsplan har 28 % af patienter i alkoholbehandling oplyst, at de har modtaget Antabus i måneden inden indskrivning (19).

Tabel 23: Opfordring til henvendelse, tidligere behandling og behandling med Antabus den seneste måned

| | Patienter n=3.782 n (%) | Gengangere n=842 n (%) |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Henvendelse på opfordring af | | |
| Selvhenvender | 2.692 (71) | 677 (80) |
| Socialforvaltning | 140 (4) | 32 (4) |
| Skadestue/hospital | 49 (1) | 6 (1) |
| Psykiatrisk hospital | 87 (2) | 16 (2) |
| Alkoholambulatorium | 7 (0) | <4 (0) |
| Alkoholbehandlingshjem | 9 (0) | <4 (0) |
| Praktiserende læge | 138 (4) | 13 (2) |
| Kriminalforsorg | 123 (3) | 15 (2) |
| Politi | <4 (0) | <4 (0) |
| Krisecenter | <4 (0) | - |
| §110 Boform | 10 (0) | <4 (0) |
| Stofmisbrugsinstitution | <4 (0) | - |
| Familie | 184 (5) | 21 (2) |
| Venner | 44 (1) | 8 (1) |
| Arbejdsgiver | 45 (1) | <4 (0) |
| Skole | <4 (0) | - |
| Andet | 62 (2) | 9 (1) |
| Vil ikke oplyse | 184 (5) | 38 (5) |
| Tidligere behandlet | | |
| Ja | 2.036 (58) | 667 (86) |
| Nej | 1.207 (34) | 54 (7) |
| Vil ikke oplyse | 288 (8) | 51 (7) |
| Modtaget antabus den seneste måned | | |
| Ja | 1.330 (38) | 352 (46) |
| Nej | 1.902 (54) | 349 (45) |
| Vil ikke oplyse | 299 (8) | 71 (9) |
| Antal dage med antabus den seneste måned | | |
| Gennemsnit (sd) | 12 (10) | 11 (9) |
| Median (q1;q3) | 8 (4;16) | 7 (4;14) |

04.02.10 Demografi

Af Tabel 24 fremgår fordelingen af patienter opdelt på en række demografiske faktorer. Af de 4.625 patienter er 31 % kvinder, hvilket er sammenligneligt med det nationale gennemsnit på 32,5 % (19). Gennemsnitsalderen er 50 år, og aldersgrupperne 40-49 år og 50-59 år er hyppigst repræsenteret. Sammenlignet med det nationale gennemsnit er gennemsnitsalderen blandt patienter lidt højere hos Novaví (19). Andelen, der bor alene, er på 52 %, hvoraf størstedelen er fraskilt, hvilket svarer til fordelingen på landsplan (19). Civilstand er uoplyst for 9 %. Andelen af patienter, der bor i selvstændig bolig (ejet eller lejet), er 83 %. Knap tre ud af fire (73 %) patienter bor i Region Hovedstaden. Stort set samtlige patienter angiver dansk nationalitet, og fordelingen fremgår derfor ikke af tabellen.

Hovedparten af de 4.625 patienter har enten en lærlinge-, EFG- eller HG-uddannelse (15 %), en mellem-lang videregående uddannelse (21 %) eller slet ingen uddannelse (16 %). Patienter med lang videregående uddannelse udgør 11 %, og andelen er således større hos Novaví sammenlignet med det nationale gennemsnit, som ligger på 6,7 %. I den nationale opgørelse har 24,7 % af patienterne ingen uddannelse (19).

Lønindkomst som hovedindtægtskilde angives af 40 %. Derudover er der flest, som modtager henholdsvis førtidspension/pension (21 %), kontanthjælp (16 %), sygedagpenge (5%) eller arbejdsløshedsdagpenge (4 %). På landsplan opgiver kun 27 % at have lønindkomst som hovedindtægtskilde (19), og en opgørelse fra Københavns Kommune viser, at 20-25 % af deres patientpopulation i alkoholbehandling er i arbejde (19).

Tabel 24: Demografiske karakteristika hos patientpopulationen

| | Patienter n=4.625 n (%) | Gengangere n=1.144 n (%) |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Køn | | |
| Kvinder | 1.442 (31) | 323 (28) |
| Mænd | 3.183 (69) | 821 (72) |
| Alder, gennemsnit (sd), år | 50 (13) | 50 (12) |
| 15-19 | 18 (0) | <6 (0) |
| 20-29 | 322 (7) | 60 (5) |
| 30-39 | 587 (13) | 150 (13) |
| 40-49 | 1.127 (24) | 311 (27) |
| 50-59 | 1.447 (31) | 387 (34) |
| 60-69 | 820 (18) | 169 (15) |
| 70-79 | 262 (6) | 60 (5) |
| >79 | 19 (0) | <6 (0) |
| Civilstand | | |
| Samlevende | 1.450 (39) | 266 (33) |
| Lever alene | 1.915 (52) | 485 (59) |
| Vil ikke oplyse | 319 (9) | 66 (8) |
| Boligsituation | | |
| Selvstændig bolig (ejet eller lejet) | 2.922 (83) | 637 (83) |
| Lejet bolig (værelse) | 90 (3) | 19 (2) |
| Hos familie/venner | 126 (4) | 32 (4) |
| Støttebolig/bofællesskab/halvvejshus | 28 (1) | <10 (1) |
| Herberg/pensionat | 79 (2) | 14 (2) |
| Fængsel | <8 (0) | - |
| Anden institution | <8 (0) | - |
| Gaden/ingen bolig | 25 (1) | <10 (1) |
| Andet | 14 (0) | <10 (0) |
| Vil ikke oplyse | 238 (7) | 50 (6) |
| Region | | |
| Sjælland | 1.208 (26) | 300 (26) |
| Hovedstaden | 3.368 (73) | 841 (74) |
| Syddanmark | 21 (0) | <4 (0) |
| Midtjylland | 19 (0) | <4 (0) |
| Nordjylland | 7 (0) | - |
| Uddannelse | | |
| Ingen uddannelse | 556 (16) | 136 (18) |
| Specialarbejderuddannelse | 121 (3) | 28 (4) |
| Handelsskolernes grunduddannelse, basisår EFG | 103 (3) | 20 (3) |
| Lærlinge-, EFG- eller HG-uddannelse | 536 (15) | 115 (15) |
| Anden faglig uddannelse | 366 (10) | 98 (13) |
| Kort videregående uddannelse | 335 (9) | 74 (10) |
| Mellemlang videregående uddannelse | 737 (21) | 145 (19) |
| Lang videregående uddannelse | 401 (11) | 77 (10) |
| Vil ikke oplyse | 376 (11) | 79 (10) |
| Hovedindtægtskilde | | |
| Lønindkomst | 1.462 (40) | 275 (34) |
| SU | 62 (2) | 7 (1) |

| | | |
|---------------------------------|----------|----------|
| Arbejdsløshedsdagpenge | 137 (4) | 28 (3) |
| Aktivering/løn med tilskud | 34 (1) | 13 (2) |
| Sygedagpenge | 186 (5) | 45 (6) |
| Kontanthjælp | 580 (16) | 173 (21) |
| Revalideringsydelse | 29 (1) | 8 (1) |
| Førtidspension/pension | 754 (21) | 179 (22) |
| Fra familie, venner og lignende | 23 (1) | <4 (0) |
| Andet | 130 (4) | 25 (3) |
| Vil ikke oplyse | 279 (8) | 59 (7) |

I Tabel 25 ses fordelingen på uddannelse og hovedindtægtskilde opdelt på indskrivningsår. Af denne ses det, at der ikke lader til at være sket en udvikling i patientpopulationen henover årene med hensyn til disse parametre. Udviklingen er imidlertid kun beskrevet over en årrække på fire år, og det vides ikke, om der har været en udvikling i de foregående år.

Tabel 25: Fordeling af uddannelse og hovedindtægtskilde opdelt på indskrivningsår

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Uddannelse | | | | |
| Ingen uddannelse | 123 (17) | 90 (13) | 130 (16) | 167 (17) |
| Faglig uddannelse | 257 (37) | 219 (33) | 266 (32) | 296 (29) |
| Videregående uddannelse | 274 (39) | 274 (41) | 342 (41) | 423 (42) |
| Hovedindtægtskilde | | | | |
| Lønindkomst | 258 (36) | 264 (39) | 338 (40) | 438 (43) |
| Andet end lønindkomst | 435 (61) | 354 (52) | 444 (53) | 484 (47) |

04.02.11

Børn

Andelen af patienter med biologiske børn eller adoptivbørn er 65 % (Tabel 26), og 4 % har andre børn end biologiske børn eller adoptivbørn tilknyttet husstanden. Af de 4.625 patienter vil 10 % ikke oplyse, hvorvidt de har biologiske børn, adoptivbørn eller andre børn tilknyttet husstanden.

Tabel 26: Fordeling af patienter med og uden børn

| | Patienter n=3.531 | Gengangere n=772 |
|---|----------------------|---------------------|
| | n (%) | n (%) |
| Har biologiske eller adoptivbørn | | |
| Ja | 2.287 (65) | 471 (61) |
| Nej | 885 (25) | 220 (29) |
| Vil ikke oplyse | 359 (10) | 81 (10) |
| Har andre børn tilknyttet husstand | | |
| Ja | 152 (4) | 37 (5) |
| Nej | 3.015 (85) | 658 (85) |
| Vil ikke oplyse | 364 (10) | 77 (10) |

Børn under 18 år

Blandt patienter, der har egne børn eller børn tilknyttet husstanden, har 71 % ingen hjemmeboende børn under 18 år, mens 26 % oplyser, at de har hjemmeboende børn under 18 år ved indskrivningen (Tabel 27). På landsplan oplyser 69,8 %, at de ikke har børn under 18 år tilknyttet husstanden. Det er kun 2 % af patienter med børn, der ikke vil oplyse, om de har hjemmeboende børn. Af patienter med børn angiver 2 %, at de har børn under 18 år, som er anbragt uden for hjemmet, mens 3 % ikke vil oplyse dette.

Patienter med børn under 18 år skal tage stilling til i hvor høj grad, deres børn oplever dem påvirket af rusmidler. Her oplyser 54 %, at spørgsmålet ikke er relevant, og 5 % ønsker ikke at svare. Herudover angiver 12 % 'Lidt', og 2 % angiver 'Meget'. Nationalt angiver kun 11,6 %, at spørgsmålet om påvirkning af barn/børn ikke er relevant.

Blandt patienter, der har angivet, at de har børn, angiver 7 %, at de har børn, som de ikke har kontakt med (Tabel 27).

Tabel 27: Bopæl for patienters børn og børns oplevelse af patientens alkoholmisbrug. Blandt patienter med egne børn eller børn tilknyttet husstanden

| | Patienter n=2.317 n (%) | Gengangere n=480 n (%) |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Antal hjemmeboende børn under 18 år | | |
| 0 | 1.646 (71) | 363 (76) |
| 1 | 316 (14) | 52 (11) |
| 2 | 240 (10) | 44 (9) |
| 3+ | 64 (2) | 13 (2) |
| Vil ikke oplyse | 51 (2) | 8 (2) |
| Børn under 18 år, anbragt | | |
| Nej | 2.204 (95) | 455 (95) |
| Ja | 52 (2) | 15 (3) |
| Vil ikke oplyse | 61 (3) | 10 (2) |
| Børn under 18 år, oplever alkoholmisbrug | | |
| Slet ikke | 293 (13) | 61 (13) |
| Lidt | 284 (12) | 54 (11) |
| Noget | 196 (8) | 45 (9) |
| En del | 121 (5) | 27 (6) |
| Meget | 55 (2) | 19 (4) |
| Ikke relevant | 1.248 (54) | 250 (52) |
| Vil ikke svare | 120 (5) | 25 (5) |
| Børn man ikke har kontakt med | | |
| Nej | 2.081 (90) | 420 (88) |
| Ja | 171 (7) | 49 (10) |
| Vil ikke oplyse | 65 (3) | 11 (2) |

04.02.12 Alkoholforbrug og alkoholoverforbrug

I NAB registreres oplysninger om alkoholforbrug og alkoholoverforbrug, hvor alkoholoverforbrug defineres som et af følgende:

- fem eller flere alkoholiske genstande pr. dag i mindst tre dage om ugen
- der indtages alkohol, så der opnås svær beruselse mindst to dage i træk om ugen (i et omfang, hvor der optræder psykiske eller somatiske symptomer, og/eller det griber ind i almindelige aktiviteter, såsom arbejde, skole, familieliv, anden fritidsbeskæftigelse, eller almindelige hverdagsaktiviteter, såsom at køre bil osv.) (22)

Debutalder for forbrug og overforbrug

I Tabel 28 ses det, at den gennemsnitlige debutalder for alkoholforbrug er 16 år, og gennemsnitlig debutalder for alkoholoverforbrug er 34 år. Halvdelen af patienterne har haft deres alkoholdebut, da de var 15 år eller yngre. Tilsvarende for alkoholoverbruget gælder det, at halvdelen af patienterne har haft deres debut i en alder af 32 år eller yngre.

I disse analyser er angivelse af debutalder under syv år ekskluderet og år i livet er ligeledes ekskluderet, hvis det indebærer en debutalder under syv år.

Forbrug og overforbrug gennem livet

I gennemsnit har patienter i alkoholbehandling hos Novaví haft et alkoholforbrug i 32 år, når de indskrives. Gennemsnitligt har deres alkoholoverforbrug stået på i 15 år, men medianen er 12 år. Halvdelen af patienterne har således haft et alkoholoverforbrug i minimum 12 år, inden de starter alkoholbehandling. Dog skal der tages forbehold for, at alkoholbehandling ved Novaví inden 2015 samt alkoholbehandling i andet regi kan have været aktuelt for nogle af disse patienter.

Forbrug og overforbrug den seneste måned

I henhold til forbrug af alkohol den seneste måned op til indskrivning har patienterne i gennemsnit haft et alkoholforbrug i 11 dage, og de oplyser, at de har haft et alkoholoverforbrug i 12 dage (Tabel 28). Medianen for antal dage med alkoholforbrug den seneste måned og antal dage med alkoholoverforbrug den seneste måned er henholdsvis 7 og 10. Angivelse af forbrug på over 31 dage den seneste måned er ekskluderet.

Tabel 28: Varighed af alkoholforbrug og -overforbrug

| | Patienter n=2.736 | | Gengangere n=573 | |
|---------------------------|----------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholforbrug | | | | |
| Debutalder | 16 (4) | 15 (14;16) | 16 (4) | 15 (14;16) |
| Antal år i livet | 32 (13) | 33 (22;42) | 32 (13) | 34 (24;42) |
| Antal dage seneste måned | 11 (12) | 7 (0;20) | 11 (12) | 6 (0;21) |
| Alkoholoverforbrug | | | | |
| Debutalder | 34 (14) | 32 (23;44) | 33 (12) | 30 (22;41) |
| Antal år i livet | 15 (12) | 12 (5;23) | 17 (12) | 15 (7;24) |
| Antal dage seneste måned | 12 (11) | 10 (0;22) | 13 (12) | 10 (0;24) |

Alkoholvaner seks måneder op til indskrivning

Af Tabel 29 fremgår patienternes alkoholvaner de seneste seks måneder op til indskrivning i behandling. Knap en tredjedel (31 %) af patienterne har drukket hver dag i de seks måneder, mens 23 % har drukket flere dage i ugen. Der er 5 %, som har angivet, at de har været fuldstændig ædru. Denne fordeling er sammenlignelig med den oplyste fordeling i opgørelsen af NAB (19). I moderate drikkeperioder de seneste seks måneder, har patienterne gennemsnitligt drukket syv genstande om dagen.

I intensive drikkeperioder de seneste seks måneder har patienterne gennemsnitligt drukket 17 genstande om dagen. Generelt er der dog stor variation i størrelsen på patienternes alkoholforbrug. Det totale antal genstande om ugen i måneden op til indskrivning ligger i gennemsnit på 47 genstande, hvilket svarer til 6,7 genstande om dagen. Tilsvarende tal for gengangere ligger på 57 genstande ugentligt og 8,1 genstande dagligt. Øl er den mest anvendte type af alkohol.

Tabel 29: Drikkemønster seks måneder op til indskrivning samt gennemsnitligt antal genstande indtaget i henholdsvis moderate og intensive drikkeperioder samt den seneste måned op til indskrivning

| | Patienter n=3.531 | | Gengangere n=772 | |
|--|-------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| | n (%) | | n (%) | |
| Drikkemønster de seneste seks måneder | | | | |
| Drukket hver dag | 1.079 | (31) | 212 | (27) |
| Drukket flere dage i ugen | 816 | (23) | 170 | (22) |
| Drukket hovedsageligt i weekend. Ikke påvirket arbejde | 276 | (8) | 36 | (5) |
| Haft drukture. Mere end 7 dage i træk | 260 | (7) | 83 | (11) |
| Drukket nogle dage. Mindre end 7 dages varighed | 333 | (9) | 90 | (12) |
| Har lejlighedsvist drukket én dag | 159 | (5) | 38 | (5) |
| Har været fuldstændig ædru | 170 | (5) | 47 | (6) |
| Vil ikke oplyse | 438 | (12) | 96 | (12) |
| | Gen- nemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennem- snit (sd) | Median (q1;q3) |
| Gennemsnitligt antal genstande pr. dag i det seneste halve år under <u>moderate</u> drikkeperioder | | | | |
| Øl | 4 | (7) | 0 | (0;5) |
| Vin | 3 | (10) | 0 | (0;3) |
| Spiritus | 2 | (8) | 0 | (0;0) |
| Samlet antal genstande | 7 | (13) | 4 | (0;10) |
| Gennemsnitligt antal genstande pr. dag i det seneste halve år under <u>intensive</u> drikkeperioder | | | | |
| Øl | 8 | (13) | 4 | (0;12) |
| Vin | 6 | (13) | 0 | (0;8) |
| Spiritus | 5 | (12) | 0 | (0;5) |
| Samlet antal genstande | 17 | (18) | 13 | (8;20) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | |
| Øl | 25 | (42) | 3 | (0;35) |
| Vin | 16 | (35) | 0 | (0;16) |
| Spiritus | 14 | (40) | 0 | (0;5) |
| Samlet antal genstande | 47 | (59) | 28 | (2;70) |
| | 34 | (51) | 14 | (38) |
| | 6 | (0;62) | 19 | (51) |
| | 0 | (0;8) | 0 | (0;10) |
| | 35 | (0;85) | | |

04.02.13**Alkoholoverforbrug og indtag den seneste måned opdelt på sociodemografi**

I de følgende tabeller vises alkoholoverforbrug og det samlede antal genstande om ugen for den seneste måned opdelt på udvalgte demografiske faktorer. I Tabel 30 ses opdelingen på køn. Medianalderen for debut (alkoholoverforbrug) er lidt højere hos Novaví sammenlignet med den nationale median på 35 år og 28 år for henholdsvis kvinder og mænd. Medianen for antal genstande pr. uge den seneste måned er lavere hos Novaví sammenlignet med de nationale medianer på 34 og 49 for henholdsvis kvinder og mænd (19).

Tabel 30: Alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned opdelt på køn

| | Kvinder n=816 | | Mænd n=1.835 | |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholoverforbrug | | | | |
| Debutalder | 38 (13) | 38 (28;47) | 33 (13) | 30 (21;42) |
| Antal år i livet | 14 (11) | 11 (5;20) | 16 (12) | 13 (6;24) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | |
| Samlet antal genstande | 40 (48) | 24 (5;60) | 50 (63) | 30 (0;70) |

Alkoholoverforbrug og det samlede antal genstande om ugen den seneste måned op til indskrivning fremgår af følgende tabeller opdelt på alder (Tabel 31), civilstand (Tabel 32), uddannelse (Tabel 33), indtægtskilde (Tabel 34) og børn (Tabel 35).

Tabel 31 viser, at debutalderen for alkoholoverforbrug stiger med alderen – de ældre aldersgrupper oplyser en højere debutalder end de yngre. Det gennemsnitlige ugentlige antal genstande er højest blandt de 30-49-årige (52 genstande), mens medianen for både denne aldersgruppe og patienter på 50 år eller ældre indikerer, at halvdelen af patienterne i begge grupper har drukket mere end 29-30 genstande om ugen i den seneste måned op til indskrivningen.

Tabel 31: Alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned opdelt på alder

| | 15-29 år n=175 | | 30-49 år n=945 | | 50+ år n=1.531 | |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholoverforbrug | | | | | | |
| Debutalder | 20 (4) | 20 (16;23) | 28 (9) | 28 (20;35) | 39 (14) | 40 (29;50) |
| Antal år i livet | 6 (4) | 5 (2;8) | 12 (8) | 11 (5;19) | 18 (13) | 16 (7;29) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | | | |
| Samlet antal genstande | 43 (51) | 25 (1;70) | 52 (65) | 29 (4;75) | 45 (56) | 30 (0;70) |

Af Tabel 32 fremgår det, at patienter, der bor alene, debuterer tidligere (i trediveerne) end patienter, der er samlevende. Derudover drikker patienter, der bor alene, i gennemsnit markant flere genstande om ugen end samlevende patienter.

Tabel 32: Alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned opdelt på civilstatus

| | Samlevende n=1.117 | | Bor alene n=1.496 | |
|---|-----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholoverforbrug | | | | |
| Debutalder | 36 (14) | 35 (25;47) | 33 (13) | 30 (22;42) |
| Antal år i livet | 15 (12) | 12 (5;22) | 16 (12) | 13 (6;23) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | |
| Samlet antal genstande | 38 (43) | 24 (2;60) | 54 (68) | 30 (0;80) |

Opdeles alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned på uddannelsesniveau (Tabel 33), ses det, at debutalder for alkoholoverforbrug stiger med uddannelsesniveau. Det gennemsnitlige antal år med alkoholoverforbrug varierer imidlertid ikke med uddannelsesniveau. Gennemsnitligt antal genstande om ugen i måneden op til indskrivning falder med stigning i uddannelsesniveau.

Tabel 33: Alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned opdelt på uddannelse

| | Ingen uddannelse n=470 | | Faglig uddannelse n=949 | | Videregående uddannelse n=1.205 | |
|---|---------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholoverforbrug | | | | | | |
| Debutalder | 29 (12) | 25 (20;35) | 34 (14) | 31 (22;43) | 37 (13) | 36 (27;47) |
| Antal år i livet | 15 (12) | 12 (5;23) | 16 (12) | 14 (6;25) | 15 (11) | 12 (5;21) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | | | |
| Samlet antal genstande | 58 (65) | 30 (5;92) | 51 (62) | 34 (1;70) | 40 (52) | 24 (1;57) |

Opdeles alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned på indtægtskilde, er debutalderen for alkoholoverforbrug uændret (Tabel 34). Tabellen viser også, at patienter med en anden indtægtskilde end løn har haft flere år i livet med et alkoholoverforbrug end patienter med lønindkomst. Ligeledes drikker patienter med en anden indkomst end løn mest.

Tabel 34: Alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned opdelt på indtægtskilde

| | Lønindkomst n=1.139 | | Andet end lønindkomst n=1.450 | |
|---|------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholoverforbrug | | | | |
| Debutalder | 34 (12) | 33 (24;42) | 35 (15) | 33 (23;45) |
| Antal år i livet | 14 (1) | 10 (5;20) | 17 (13) | 15 (7;26) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | |
| Samlet antal genstande | 39 (50) | 24 (2;58) | 53 (65) | 32 (1;77) |

Tabel 35 opdeler patienter i to grupper – dem med børn og dem uden børn. I henhold til debutalder for alkoholoverforbrug ser det ud til, at patienter med børn i gennemsnit debuterer senere (36 år) end dem uden børn (29 år). Til gengæld har patienter med børn i gennemsnit et alkoholoverbrug i 16 år, før de starter behandling, mens patienter uden børn har et alkoholoverforbrug i 14 år. Patienter uden børn drikker mere i tiden op til behandlingsstart end patienter med børn.

Tabel 35: Alkoholoverforbrug og alkoholindtag den seneste måned opdelt på børn

| | Har børn n=1.922 | | Har ikke børn n=708 | |
|---|---------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) | Gennemsnit (sd) | Median (q1;q3) |
| Alkoholoverforbrug | | | | |
| Debutalder | 36 (14) | 35 (25;46) | 29 (12) | 26 (20;35) |
| Antal år i livet | 16 (12) | 13 (6;24) | 14 (11) | 11 (5;21) |
| Gennemsnitligt antal genstande om ugen (den seneste måned) | | | | |
| Samlet antal genstande | 43 (53) | 25 (1;65) | 60 (71) | 35 (6;84) |

04.02.14**Anden sundhedsadfærd****Rygning**

I Tabel 36 ses det, at knap halvdelen af patienterne ryger dagligt (49 %), 4 % ryger lejlighedsvist, og 19 % er eks-rygere. Således er der i patientpopulationen betydeligt flere rygere end i baggrundspopulationen (23). Rygere udgør en større andel af gengangerne end den samlede patientpopulation.

Tabel 36: Rygestatus

| | Patienter n=3.531 n (%) | Gengangere n=764 n (%) |
|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Rygestatus | | |
| Ryger dagligt | 1.729 (49) | 424 (55) |
| Ryger lejlighedsvist | 141 (4) | 20 (3) |
| Eks-ryger | 677 (19) | 125 (16) |
| Aldrig røget | 507 (14) | 96 (12) |
| Vil ikke oplyse | 477 (14) | 107 (14) |

Andre stoffer

Andelen af patienter, der angiver, at de har brugt stoffer de seneste 30 dage op til deres indskrivning, er 11 %, og andelen, der ikke vil oplyse eventuel brug af stoffer, er 9 % (Tabel 37). Blandt patienter, der angiver at have brugt stoffer, er cannabis det hyppigst anvendte (50 %) efterfulgt af kokain (27 %). Patienter kan have angivet brug af flere forskellige slags stoffer, og andelen af de forskellige typer summerer således ikke til 100 %.

Tabel 37: Indtag af stoffer de seneste 30 dage inden indskrivning

| | Patienter n=3.653 n (%) | Gengangere n=811 n (%) |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Brugt stoffer de seneste 30 dage | | |
| Ja | 398 (11) | 73 (9) |
| Nej | 2.931 (80) | 659 (81) |
| Vil ikke oplyse | 324 (9) | 79 (10) |
| Blandt de, der har taget stoffer | | |
| Cannabis | 196 (50) | 37 (51) |
| Kokain | 105 (27) | 23 (32) |
| Ordinerede og/eller illegale farmakologiske præparater | 57 (14) | 8 (11) |
| Andre | 62 (16) | 14 (19) |

04.02.15

Kommentarer

Behandlingstilbud

Organisering

Novaví er stort set udelukkende finansieret af offentlige midler, og der er stort set ingen selvbetalere. Herudover er der en meget lav andel af patienterne, der ønsker at være anonyme.

Behandlingsresultater

Det er vanskeligt at gennemskue behandlingsresultaterne. Det fremgår af Tabel 9, at cirka 20 % afsluttes som færdigbehandlet – dette er mindre end de 31 %, der på nationalt plan er registreret som 'færdigbehandlet' i 2016. I alt afsluttes 23 % efter eget ønske, og 40 % afsluttes på grund af udeblivelse. Man

kan definere færdigbehandlet på mange måder, og i denne opgørelse anvendes definitionen af færdigbehandlet, som den fremgår af NAB's fællesindhold ("Det vurderes, at der ikke længere er behov for behandling i forhold til klientens alkoholmisbrug. Der kan dog stadig være behov for anden social støtte"). Uanset hvordan man definerer vil det være en markør for om patienten har fået det bedre. Og vil med rimelighed kunne anvendes til at sammenligne sig med andre som anvender den samme definition. Det er uvist, hvor mange af de, der er afsluttet efter eget ønske, som har opnået et godt resultat. Det bemærkes også, at andelen af færdigbehandlede er steget mellem 2015 og 2019. Andelen af færdigbehandlede er størst blandt kvinder, 50+-årige, samlevende, patienter med en videregående uddannelse, patienter med lønindkomst og patienter med børn.

Behandlingsforløb

Medianen for varighed af forløb er på 138 dage. De nationale kliniske retningslinjer anbefaler, at struktureret alkoholbehandling som udgangspunkt planlægges med en varighed af tre måneder. Herefter vurderes behov for yderligere struktureret behandling. Det kan være faktorer som afhængighedens sværhedsgrad, psykiatrisk comorbiditet, sociale problemer og andet. I Novavi har mere end halvdelen af patienterne altså forløb, der varer længere end anbefalet. Fremadrettet kunne man analysere baggrunde for forlængelse blandt for eksempel de 25 % længste forløb.

Registrering

For nogle registreringer kan man overveje, om kategorierne er meningsfulde og tilstrækkelige. For eksempel bliver en betydelig andel (46%) i Tabel 14 klassificeret under kategorien 'Andet'. I Tabel 16 er kategorierne ikke gensidigt udelukkende. I Tabel 18 giver det mindre mening, at 50% af diagnoserne er uklassificerede ('må afklares ved lægesamtale') – det må være muligt at registrere en diagnose på hovedparten af patienter i et forløb.

Medicinsk behandling

Det er registreret, at kun 20 % af patienter med en startjournal har fået udleveret Risolid – umiddelbart et lavt tal. Det er stadig et betydeligt antal patienter, som får Antabus, mens det er meget få patienter, der får Campral og Naltrexon. Udviklingen fra 2015 til 2018 er meget beskeden. Dette er ikke i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer.

Patientpopulation

Henvendelse og demografi

Overraskende få opgiver at være opfordret til henvendelse fra almen praksis og sygehuse, men det er muligt, at mange af disse skjuler sig i andelen af selvhenvendere.

Fordelingen af køn hos patienterne svarer stort set til de nationale opgørelser. Det samme gælder for andelen af patienter, der er samlevende og har selvstændig bolig, mens der ser ud til at være flere ældre og færre uden uddannelse blandt Novavis patienter. Alkoholforbrugets karakteristika svarer nogenlunde til landsgennemsnittet.

Der er en stor andel af patienterne, der også ryger (53 %, Tabel 36), og 11 % (Tabel 37) har brugt stoffer inden for den seneste måned.

Opsamling

På baggrund af ovenstående foreslår vi, at:

- Definere standarder, man hele tiden kan måle kvaliteten op mod – eksempelvis hvor stor en andel, man ønsker, har nedsat deres alkoholforbrug med xx %, er holdt op med at drikke eller har reduceret antallet af dage med stort indtag af alkohol.
- Se nærmere på indsatser, der kan bedre resultater hos særligt udsatte.
- Se nærmere på patienter med meget lange forløb – eksempelvis alle, der har forløb, som varer længere end et halvt år.
- Gennemgå kategorier i de forskellige registreringer og konkretiser hvad, I vil bruge de indsamlede data til.
- Se nærmere på medicinsk behandling med henblik på at reducere anvendelsen af Antabus og i stedet øge brugen af Campral og/eller Naltrexon i behandling.
- Se nærmere på patienter, der ryger eller anvender stoffer, med henblik på at øge behandlingseffekten til disse områder.

05 Referencer

1. Hansen AB, Hvidtfeldt UA, Gronbaek M, Becker U, Nielsen AS, Tolstrup JS. The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scand J Public Health*. 2011;39(2):128-36.
2. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark RISIKOFAKTORER København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
3. Becker U, Tolstrup JS. Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. København: Munksgaard; 2016.
4. Kjellberg J, Poulsen CA. Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug. København: KORA; 2014.
5. World Health Organization. The IC-D 10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
6. Nielsen AS, Becker U, Højgaard B, Lassen AB, Willeman M, Søjgaard J, et al. ALKOHOLBEHANDLING - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006.
7. Sundhedsstyrelsen. Behandling af alkoholafhængighed. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
8. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
9. Sundhedsstyrelsen. Tillæg til den nationale retningslinje for behandling af alkoholafhængighed: valg af farmakologisk behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
10. Sundhedsstyrelsen. Behandling af alkoholafhængighed. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
11. National Collaborating Centre for Mental Health. Alcohol-use disorders - the nice guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2011.
12. Øllgaard IF, Elholm BS, Linde E, Nielsen AS. Kommunal alkoholbehandling 2018 – landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende. . København: Alkohol & Samfund; 2018.
13. Becker U, Bygholm H, Broholm K, Nielsen AS, Nielsen P. KVALITET I ALKOHOLBEHANDLING - et rådgivningsmateriale. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
14. Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav*. 2013;27(3):878-84.
15. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict*. 2006;15(2):113-24.
16. Flensburg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbaek M. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *Compr Psychiatry*. 2009;50(4):307-14.
17. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut; 2015.
18. Askgaard G, Grønlykke T. Alkoholafhængighed skal behandles. *Rationel Farmakoterapi*. 2015;2(Februar 2015).
19. Sundhedsdatastyrelsen. Alkoholbehandling i Danmark. 2016.
20. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(7):830-42.
21. Center for Rusmiddelbehandling København. Årsrapport 2018. 2019.
 22. Sundhedsstyrelsen. Fællesindhold for registrering af alkoholmisbrugere i behandling. 2010.
 23. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed-Den Nationale Sundhedsprofil 2017. 2018.

Appendix

Kortlægning af patientpopulation opdelt på ambulatorier

For at illustrere forskelle i patientpopulationer mellem ambulatorier er fordelingen på udvalgte demografiske faktorer opgjort i nedenstående tabel. Af denne ses, at der er væsentlige forskelle mellem ambulatoriernes patientpopulationer med hensyn til både køn, alder, civilstand, uddannelse, hovedindtægtskilde og andel med børn. Resultater er ikke vist for satellitter i Rødovre samt i Ishøj, da der kun er oplysninger om henholdsvis 16 og 20 patienter på disse enheder.

Demografiske faktorer ved patientpopulation opdelt på ambulatorier

| | Amager n=624 n (%) | Frederikssund n=291 n (%) | Glostrup n=890 n (%) | Greve n=64 n (%) | Herlev n=261 n (%) | Hvidovre n=618 n (%) | Køge n=641 n (%) | Lyngby n=698 n (%) | Roskilde n=496 n (%) | Total n=4.619 n (%) |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Køn | | | | | | | | | | |
| Kvinder | 185 (30) | 97 (33) | 273 (31) | 14 (22) | 82 (31) | 195 (32) | 206 (32) | 252 (36) | 131 (26) | 1.442 (31) |
| Mænd | 439 (70) | 194 (67) | 617 (69) | 50 (78) | 179 (69) | 423 (68) | 435 (68) | 446 (64) | 365 (74) | 3.177 (69) |
| Alder | | | | | | | | | | |
| 15-29 | 46 (7) | 36 (12) | 81 (9) | 4 (6) | 11 (4) | 49 (8) | 48 (8) | 30 (4) | 33 (7) | 340 (7) |
| 30-49 | 249 (40) | 101 (35) | 335 (38) | 25 (39) | 78 (30) | 257 (42) | 259 (41) | 215 (31) | 177 (36) | 1.711 (37) |
| 50+ | 326 (53) | 154 (53) | 472 (53) | 35 (55) | 170 (66) | 312 (50) | 332 (52) | 444 (64) | 281 (57) | 2.545 (55) |
| Civilstand | | | | | | | | | | |
| Samlevende | 180 (40) | 89 (42) | 266 (38) | 24 (39) | 71 (32) | 175 (35) | 256 (48) | 201 (37) | 179 (41) | 1.448 (39) |
| Lever alene | 271 (59) | 116 (54) | 346 (49) | 37 (61) | 118 (53) | 274 (55) | 243 (46) | 247 (46) | 237 (54) | 1.911 (52) |
| Vil ikke oplyse | 6 (1) | 8 (4) | 88 (13) | - | 32 (14) | 46 (9) | 29 (5) | 89 (17) | 19 (4) | 319 (9) |
| Uddannelse | | | | | | | | | | |
| Ingen uddannelse | 59 (14) | 42 (20) | 125 (18) | 11 (26) | 25 (11) | 99 (20) | 70 (15) | 56 (11) | 60 (15) | 556 (16) |
| Faglig uddannelse | 151 (35) | 89 (42) | 210 (30) | 25 (58) | 62 (28) | 167 (34) | 199 (41) | 105 (20) | 106 (26) | 1.123 (32) |
| Videregående uddannelse | 211 (49) | 73 (34) | 270 (39) | 7 (16) | 90 (41) | 180 (37) | 164 (34) | 261 (49) | 210 (52) | 1.471 (42) |
| Vil ikke oplyse | 12 (3) | 8 (4) | 84 (12) | - | 42 (19) | 42 (9) | 47 (10) | 107 (20) | 31 (8) | 375 (11) |
| Hovedindtægtskilde | | | | | | | | | | |
| Lønindkomst | 193 (43) | 81 (38) | 261 (38) | 19 (32) | 81 (37) | 205 (42) | 213 (41) | 227 (43) | 171 (40) | 1.461 (40) |
| Andet end lønindkomst | 246 (55) | 121 (57) | 345 (50) | 40 (68) | 111 (51) | 247 (51) | 277 (53) | 220 (42) | 241 (57) | 1.868 (52) |
| Vil ikke oplyse | 7 (2) | 9 (4) | 79 (12) | - | 26 (12) | 34 (7) | 30 (6) | 80 (15) | 13 (3) | 279 (8) |
| Har børn | | | | | | | | | | |
| Ja | 254 (59) | 160 (75) | 428 (62) | 25 (58) | 132 (60) | 321 (66) | 340 (71) | 309 (58) | 298 (73) | 2.282 (65) |
| Nej | 148 (34) | 44 (21) | 183 (27) | 13 (30) | 59 (27) | 123 (25) | 94 (20) | 129 (24) | 83 (20) | 884 (25) |
| Vil ikke oplyse | 31 (7) | 8 (4) | 78 (11) | 5 (12) | 28 (13) | 44 (9) | 46 (10) | 91 (17) | 26 (6) | 359 (10) |