

Identifikation af patientgrupper i alkoholbehandling hos Novavi

Sanne Pagh Møller
Janne S. Tolstrup
Ulrik Becker

Identifikation af patientgrupper i alkoholbehandling hos Novavi

Sanne Pagh Møller
Janne S. Tolstrup
Ulrik Becker

Internt review: Amalie Timmermann

Copyright © 2022
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-570-4

Statens Institut for Folkesundhed
Stu­diestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Forord

Novavi er den største danske udbyder af ambulans alkoholbehandling og har ønsket at kvalificere sin indsats ved at få Statens Institut for Folkesundhed, SDU, til at evaluere Nova-vis alkoholbehandlingstilbud. Novavi har finansieret evalueringen og udarbejdelsen af tre rapporter. Dette er den tredje af disse rapporter.

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 (1). I tillæg er området udfordret 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 de sociale tilsyn, der nyligt er indført, op til den enkelte udbyder af behandling at tilrettelægge og kritisk vurdere egne tilbud.

Det overordnede formål med de tre rapporter er at levere data, som kan anvendes af Novavi til kvalitetssikring og udvikling af den tilbudte alkoholbehandling. Formålet med første rapport *"Novavi – behandlingstilbud og patientpopulation"* var at beskrive de behandlingstilbud, der leveres af Novavi, og kortlægge patientkarakteristika, herunder drikkemønstre blandt patienter, der har været i behandling i Novavi. Rapporten mundede ud i en række forslag og anbefalinger til temaer, der kunne arbejdes videre med vedrørende organisatoriske og administrative forhold, uddannelse af medarbejdere samt både overordnede og mere specifikke forhold omkring behandling.

Formålet med anden rapport var at foretage en registerbaseret opfølgning af patienterne med hensyn til forbrug af sundhedsydelser og sociale ydelser blandt patienter, der har været i behandling i Novavi. Vi fandt i rapport 2, *"Alkoholbehandling hos Novavi – efterfølgende arbejdsmarkedstilknøytning og forbrug af sundhedsydelser"*, at de, der har størst risiko for at opleve tidligere død og øget brug af sundhedsydelser, er mænd samt de, der har kort uddannelse, bor alene, ikke har egen bolig, ryger, tager andre stoffer, har et mere destruktivt drikkemønster, har et stort langvarigt alkoholforbrug, tidligere har været i behandling, og de, der afsluttes uden at være færdigbehandlet. Ved sammenligning af patienter registreret i Novavi med patienter registreret i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister fandt vi ingen forskelle i risikoen for død, antallet af kontakter til praktiserende læge og antallet af indløste recepter med psykofarmaka. Patienter indskrevet ved Novavi har imidlertid mindre risiko for at blive tilkendt førtidspension eller have langvarig sygemelding sammenlignet med patienter indskrevet i anden alkoholbehandling. Samtidig har patienter indskrevet ved Novavi større risiko for somatisk alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt og for psykiatrisk hospitalskontakt sammenlignet med patienter indskrevet i anden alkoholbehandling. Ved sammenligning af patienter registreret i Novavi med patienter registreret i Landspatientregisteret fandt vi, at patienter indskrevet ved Novavi har lavere risiko for samtlige af de undersøgte udfald sammenlignet med en population af patienter med en alkoholrelateret diagnose i sundhedsvæsenet.

De to beskrevne rapporter er udarbejdet med data fra 2008 til og med 2018 og har ligget til grund for planlægningen af denne tredje og sidste fase af det samarbejde, der er etableret mellem Statens Institut for Folkesundhed og Novavi.

Denne rapport 3 beskriver analyser af patienter, der har været i behandling ved Novavi, med henblik på at identificere grupper af patienter, der ligner hinanden på en række faktorer. Novavi ønsker at få identificeret disse grupper med henblik på at kunne tilrette deres tilbud, så de i højere grad matcher sådanne grupper af patienter. Herudover er det undersøgt, om de identificerede grupper adskiller sig fra hinanden på en række parametre som drikkemønster og alkoholforbrug ved henvendelse, og om disse grupper har forskellig risiko for afbrudt behandling, død og forbrug af sundhedsydelser. Dette undersøges ved at koble informationer om disse udfald fra Novavis eget journalsystem (LAF) og fra nationale registre med personerne i de identificerede grupper.

Rapporten er udarbejdet for Novavi og gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af ph.d.-studerende Sanne Pagh Møller, professor Janne S. Tolstrup og professor Ulrik Becker. Rapporten henvender sig særligt til ansatte samt bestyrelse i Novavi.

Forskningsafdelingen for sundhed og sygelighed i befolkningen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, er, foruden denne serie af rapporter, involveret i forskningsprojekterne Overkanten.dk og andre forskningsprojekter, der finder sted i samarbejde med Novavi.

Indhold

Læsevejledning	6
1. Baggrund	7
Formål.....	10
2. Metode	12
Studiepopulation	12
Identifikation af grupper, der ligner hinanden	13
Udvalgte udfald i de identificerede grupper	14
3. Resultater	17
Identificerede grupper	17
Drikkemønster, tidligere alkoholbehandling og afslutningsårsag i de identificerede grupper	22
Udvalgte udfald i de identificerede grupper	26
Patienter indskrevet i perioden 2019-2020	31
4. Sammenfatning.....	36
Referencer.....	40

Læsevejledning

Rapporten består af fire kapitler. Første kapitel giver en generel introduktion til alkoholproblematikken og resultaterne af de første faser af det kvalitetsudviklingsarbejde, Statens Institut for Folkesundhed har foretaget i samarbejde med Novavi. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af selve baggrunden for de aktuelle analyser og formålet hermed. I andet kapitel beskrives rapportens datagrundlag og de anvendte metoder, ikke mindst latent klasseanalyse og fortolkningen heraf. Tredje kapitel beskriver resultaterne, og i fjerde kapitel gives en sammenfatning af resultaterne.

Gennem rapporten anvendes betegnelsen 'patient' om de borgere, der har alkoholproblemer og er eller har været indskrevet i alkoholbehandling i Novavi. I alle tabeller udtrykker 'n' den samlede studiepopulation, som de pågældende resultater er opgjort på baggrund af.

Eksempel på kommentering

I tabellerne i rapporten er resultaterne vist som relativ risiko med tilhørende konfidensintervaller. I nedenstående eksempel på en tabel er vist, hvorledes resultaterne i tabellen skal aflæses.

Tablet x: Sammenhæng mellem patientkarakteristika og død op til fem år efter indskrivning.

	Antal dødsfald	Relativ risiko [95%CI]	Relativ risiko [95%CI] ¹
1	215	4,92 [3,14;7,70]	3,69 [2,35;5,81]
2	74	2,42 [1,49;3,92]	2,60 [1,52;4,42]
3	21	1,00 Reference	1,00 Reference
4	215	5,07 [3,24;7,94]	1,72 [1,03;2,85]
5	138	2,62 [1,66;4,15]	2,06 [1,30;3,27]
6	38	1,88 [1,10;3,20]	4,03 [2,31;7,03]

¹ Justeret for køn og alder.

Tallet angiver, at der i gruppe 1 har været 215 dødsfald i opfølgningstiden.

Tallet angiver, at der i gruppe 1 sammenlignet med gruppe 3 er en relativ risiko for død på 4,92. Da referencegruppen altid har en relativ risiko på 1, svarer dette til, at der i gruppe 1 er næsten fem gange større risiko for død sammenlignet med gruppe 3.

Konfidensintervallet er udtryk for usikkerheden på den estimerede relative risiko. Hvis dette interval indeholder værdien 1, er der ikke en statistisk signifikant forskel mellem de sammenlignede grupper, selvom den relative risiko har en anden værdi end 1. I dette tilfælde indeholder intervallet ikke værdien 1, og resultatet er således statistisk signifikant.

Resultaterne fortolkes som den foregående kolonne, men der er i resultaterne taget højde for forskelle i køn og alder mellem de sammenlignede grupper.

1. Baggrund

Alkoholproblemer i Danmark

En stor del af danskerne har et sundhedsskadeligt forbrug af alkohol. Det er anslået, at cirka 860.000 danskere er storforbrugere – det vil sige, at de drikker mere end Sundhedsstyrelsens tidlige højrisikogrænse på henholdsvis 14 genstande per uge for kvinder og 21 genstande per uge for mænd. Baseret på en undersøgelse fra 2005 blev det anslået, at 585.000 danskere havde et skadeligt alkoholforbrug, heraf var 140.000 alkoholafhængige (1). Den seneste nationale opgørelse af danskernes alkoholforbrug fra 2021 viser, at 23 % af mændene og 8,8 % af kvinderne har et gennemsnitligt alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 10 genstande per uge for både mænd og kvinder (2). Heraf vil knapt 1/4 gerne reducere deres forbrug (2). På trods af at antallet af personer med et højt alkoholforbrug i Danmark er faldet (2), er antallet af personer i alkoholbehandling steget og udgjorde i 2018 godt 17.000 personer (3). Dog er der fortsat en stor gruppe, som ikke får behandling, selv om de har et behandlingskrævende alkoholforbrug (4).

I Danmark forårsager alkohol 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 og altså 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 (5). Herudover forårsager højt alkoholindtag et betydeligt antal indlæggelser, og omtrent 20 % af indlagte patienter på danske hospitaler har et alkoholproblem, mens alkohol er involveret i 30-50 % af alle skadestuebesøg. Uligheden i sundhed er vokset de seneste 20 år, og det samme er uligheden i de fleste alkoholrelaterede sygdomsbyrdemål (6). I alt koster alkohol samfundet mindst 13 milliarder kroner om året (7).

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), alkoholabstinenstilstand (F10.3) og delirøs abstinenstilstand (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 abstinenstilstand. Alkoholafhængighedssyndrom er 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, hvoraf flere er udtryk for en neurobiologisk ændring i hjernen (8).

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 (9). Over 50 % af patienter, der søger behandling for alkoholproblemer, har en anden psykisk lidelse, hvor personlighedsforstyrrelser og affektive sindslidelser er de hyppigst forekommende (10).

Lovgivning og vejledninger 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 ambulant 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 (3). Hovedparten af de behandlingssøgende modtager ambulant behandling (11), mens en mindre del modtager dag- eller døgnbehandling (12). Sidstnævnte kræver visitation fra bopælskommunen (11).

Der findes ikke nogen bindende kliniske vejledninger eller minimumsstandarder for alkoholbehandling i Danmark, og de mest omfattende fra udlandet er de engelske NICE guidelines (13). Behandlingstilbuddenes indhold varierer derfor mellem landets kommuner (14).

Det offentlige alkoholbehandlingstilbud er beskrevet af Sundhedsstyrelsen i henholdsvis 'Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale' fra 2008 (15) samt i de nationale kliniske retningslinjer (16) og følges i de fleste tilfælde, ligesom der nyligt er foretaget et servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling, som dokumenterer den store variation, der er i kvaliteten af behandlingen i den offentligt finansierede alkoholbehandling, de strukturelle faktoreres betydning for kvalitet i alkoholbehandling samt betydningen af personalets kompetencer (11).

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 (17).

Indholdet i behandling tilpasses den enkelte borgers behov og kan bestå af afrusning, systematisk udredning og kortlægning af problemets omfang, strukturerede samtaler typisk i form af Motivational Interviewing og kognitiv adfærdsterapi, medicin, efterbehandling mv. Afhængigt af patientens baggrund og præferencer kan behandlingen ske individuelt eller som gruppe- eller familiebehandling. Dag- eller døgnbehandling er mere intensive forløb, hvor der ud over terapi også kan ydes hjælp til at mestre tilværelsen, identificere risikosituationer mv. (18).

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®), der øger effekten af den øvrige behandling med cirka 10 %. Førstevalg er i henhold til den nationale kliniske retningslinje Acamprosat (16). 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 (9).

Prædiktorer for alkoholbehandling

Der er lavet flere studier af, hvilke faktorer der har betydning for alkoholbehandlingens effekt. Studierne anvender forskellige mål for behandlingseffekt, herunder (dage med) afholdenhed, antallet af genstande per dag, samlet alkoholforbrug og antal dage inden tilbagefald/alkoholindtag (19-29). Få studier undersøger afledte effekter af alkoholafhængighed som alkoholrelaterede kontakter til sundhedsvæsenet (21, 22) og generel funktionsevne (26). Brugen af forskellige effektmål betyder, at resultaterne ikke kan sammenlignes direkte på tværs af studierne.

En af de mest fremtrædende prædiktorer for et gunstigt behandlingsudbytte er en empatisk og ikke-konfronterende holdning og samtalestil (30-32). De fleste studier af prædiktorer for alkoholbehandling undersøger betydningen af sociodemografi. Nogle studier har fundet højere gavnlige effekt af alkoholbehandling blandt kvinder (21, 33), mens andre studier finder højere gavnlige effekt blandt mænd (19, 22, 29, 34, 35). Blandt de studier, der har undersøgt sammenhængen mellem alder og effekt af alkoholbehandling, viser de fleste, at der er større sandsynlighed for at opleve en gavnlige virkning med stigende alder (25, 33, 34), mens nogle få viser det modsatte (29, 36).

Studier af beskæftigelse og alkoholbehandling viser overvejende en positiv sammenhæng. Sammenlignet med personer uden for arbejdsmarkedet er sandsynligheden for at gennemføre og opnå effekt af alkoholbehandling højere blandt personer i beskæftigelse (21, 27, 34, 37). Samme mønster ses for uddannelse, hvor patienter med længerevarende uddannelser har højere sandsynlighed for at have gavn af alkoholbehandling end patienter med kort uddannelse (26, 27, 33, 37). Studier af sammenhængen mellem hjemløshed og alkoholbehandling viser, at hjemløse er mindre tilbøjelige til at påbegynde behandling og oftere falder fra (38-40).

Betydningen af civilstand og familiesituation er undersøgt i en række studier. Her finder nogle en negativ sammenhæng mellem at være gift og effekten af alkoholbehandling (29), mens andre studier finder en højere effekt af alkoholbehandling hos patienter, der er gift (26, 27) eller har hjemmeboende børn (41). De modstridende resultater kan muligvis skyldes forskelle i, om familien fungerer som en støtte for den alkoholafhængige eller ej. I de kliniske retningslinjer for alkoholbehandling er inddragelse af familien fremhævet som et vigtigt element, der kan være med til at øge effekten af alkoholbehandlingen i de tilfælde, hvor kun én af forældrene er alkoholafhængig (16). En række studier undersøger sammenhængen mellem effekt af alkoholbehandling og patienternes tidligere brug af rusmidler. De fleste studier finder, at patienter, der har et højt indtag af alkohol og/eller stoffer i perioden op til behandlingens start, har en lavere sandsynlighed for at opleve en positiv effekt af behandlingen (19-22, 24, 27, 34, 37, 42). Samme mønster gælder rygning (23). Varighed af alkoholmisbruget og alvorligheden af alkoholmisbruget er ligeledes faktorer, der er negativt relateret til virkningen af alkoholbehandling (19, 24, 26, 33, 34). Endelig er tidligere

deltagelse i alkoholbehandling forbundet med en lavere sandsynlighed for at have effekt af alkoholbehandling (19, 37).

Blandt de faktorer, som har vist den mest konsistente sammenhæng med effekten af alkoholbehandling, er psykologiske faktorer som motivation og tiltro til egne evner, hvor langt hovedparten af studierne finder en positiv sammenhæng (33, 34, 42-44). Omvendt har flere studier fundet en negativ sammenhæng mellem psykiatriske diagnoser, herunder depression, og effekten af alkoholbehandling (19, 22, 24, 26-28, 37, 45).

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. I 2013 modtog 20.500 personer medicin mod alkoholafhængighed (46). 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 (47). Overordnet set anslås det, at cirka 10 % af alkoholafhængige danskere er i behandling på ethvert givent tidspunkt (48). Samtidig forekommer spontan remission hos en betydelig andel af personer med alkoholafhængighed, hvilket betyder, at ikke alle behøver behandling for at blive alkoholen kvit (49).

Formål

Begrebet "persona" er et udtryk, der stammer fra markedsføringsverdenen, idet en persona er en karakterisering eller personificering af en målgruppe, som gør målgruppen tydeligere, så det er lettere at kommunikere de rette budskaber på den rette måde. Novavi har overordnet ønsket at identificere udviklingspotentialer i deres alkoholbehandling, og til dette formål er det relevant at identificere grupper af patienter, der adskiller sig fra hinanden på indskrivningstidspunktet. Ligledes er det relevant at afdække forskelle i forhold til eksempelvis afslutningsårsag, dødelighed og brug af sundhedsydelser efter påbegyndt behandling for disse grupper. Novavi ønsker altså at identificere disse grupper med henblik på at kunne tilrette deres tilbud, så de i højere grad matcher de grupper af patienter, der indskrives ved Novavi.

Ved at kombinere information om køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn under 18 år, indkomstgrundlag og boligsituation ved indskrivning kan man identificere grupper af patienter med fælles træk. Når disse grupper af patienter er identificeret, er det muligt efterfølgende at undersøge, om de adskiller sig fra hinanden på en række parametre som drikkemønster og alkoholforbrug ved henvendelse samt afslutningsårsag. Efterfølgende er det muligt at undersøge, om disse grupper har forskellig risiko for død samt forbrug af sundhedsydelser og sociale ydelser.

Formålet med rapporten er derfor at undersøge, om:

- undergrupper af patienter kan identificeres blandt Novavis patienter i alkoholbehandling, og hvad der i særlig grad karakteriserer disse identificerede grupper?
- de identificerede grupper adskiller sig fra hinanden, for så vidt angår drikkemønster, alkoholforbrug, andel med tidligere alkoholbehandling og afbrudt behandling?

- de identificerede grupper har forskellig risiko død, brug af sundhedsydelser og brug af sociale ydelser efter den påbegyndte alkoholbehandling?

2. Metode

Følgende kapitel beskriver studiepopulationen, de undersøgte udfald og de anvendte statistiske metoder.

Studiepopulation

Baseret på oplysninger fra Novavis journalsystem LAF er patienter indskrevet i alkoholbehandling i perioden 2008-2018 identificeret. Der er inkluderet 7.384 personer i denne population. LAF indeholder blandt andet de informationer, der registreres ved påbegyndelse af behandling og indrapporteres til Nationalt Alkoholbehandlingsregister (NAB). I tabel 1 ses oplysninger om køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn under 18 år, indtægtskilde og boligsituation blandt patienterne, og det er disse oplysninger, der anvendes til at identificere grupper af patienter, som har fælles træk. I analyserne inkluderes der oplysninger om patienterne fra den *første* indskrivning i perioden.

Tabel 1: Køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn under 18 år, indkomstgrundlag og boligsituation blandt patienter i alkoholbehandling ved Novavi. 2008-2018, n=7.384.

	n	(%)
Køn		
Mand	5.175	(70%)
Kvinde	2.209	(30%)
Alder		
15-39 år	1.446	(20%)
40-59 år	4.311	(58%)
60+ år	1.627	(22%)
Samlivsstatus		
Samlevende	2.983	(40%)
Lever alene	4.401	(60%)
Uddannelse		
Ingen uddannelse	1.615	(22%)
Faglig uddannelse	2.682	(36%)
Videregående uddannelse	3.087	(42%)
Børn under 18 år		
Ingen børn under 18 år	6.052	(82%)
Har børn under 18 år	1.332	(18%)
Indtægtskilde		
Lønindkomst/SU	2.940	(40%)
Dagpenge m.m.	1.045	(14%)
Kontanthjælp	1.336	(18%)
Pension/førtidspension	1.683	(23%)
Familie/venner/illegal/prostitution/andet	380	(5%)
Bolig		
Selvstændig bolig	6.532	(88%)
Lejet værelse	266	(4%)
Andet	586	(8%)

Identifikation af grupper, der ligner hinanden

Imputation

Da der for nogle patienter mangler nogle oplysninger, er der foretaget en såkaldt imputation af manglende oplysninger. Imputation er en metode til at erstatte manglende data i et datasæt med henblik på at kunne udnytte hele datasættet optimalt. Imputationen er foretaget ved hjælp af en analyse kaldet K-means clustering. Ved denne analyse anvendes de kendte oplysninger om en given patient til at estimere de manglende oplysninger. Denne estimering er baseret på oplysninger fra andre patienter, der ligner den givne patient på de kendte oplysninger. Det er særligt oplysninger om børn under 18 år og uddannelse, der mangler blandt patienterne. Således mangler der oplysninger om børn under 18 år for 8 %, mens der mangler oplysninger om uddannelse for 5 %.

Latent klasseanalyse

Til at identificere grupper af patienter, der ligner hinanden, anvendes metoden latent klasseanalyse, der gør det muligt at identificere mønstre i data, som det kan være vanskeligt at se (50). Metoden er således særdeles anvendelig til mønstergenkendelse. Mønstrene identificeres på baggrund af informationerne om sociodemografi (køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn, indtægtskilde og boligsituation), og det vil være muligt efterfølgende at vurdere, hvilke af disse informationer der i særlig grad karakteriserer de identificerede grupper. Resultatet af analysen er, at hver patient tildeles en sandsynlighed for at tilhøre hver af de identificerede grupper. Den enkelte patient placeres herefter i den gruppe, som den pågældende med størst sandsynlighed tilhører.

Ved udførelse af latent klasseanalyse laves der flere analyser, hvor antallet af identificerede grupper varierer i hver analyse. Således blev der i denne rapport udført separate latente klasseanalyser med to til syv grupper. For at bestemme det optimale antal af grupper anvendes en række modelbaserede test-størrelser (Akaike's Information Criteria (AIC) og Bayesian Information Criteria (BIC)). Disse indikerer, hvor godt de identificerede grupper passer på det anvendte data. Herudover bestemmes antallet af grupper ud fra en vurdering af, om de dannede grupper er meningsfulde og om forskellene mellem grupperne er mulige at fortolke i relation den kliniske praksis, de skal anvendes i.

Patienter indskrevet i perioden 2019-2020

Da der ikke har været adgang til registerinformation om patienter indskrevet ved Novavi i perioden 2019-2020, er der foretaget separate latent klasseanalyser på disse patienter. Formålet med dette er at sammenligne disse resultater med resultaterne af latent klasseanalyser foretaget på patienter indskrevet i perioden 2008-2018.

Udvalgte udfald i de identificerede grupper

Efter grupper af patienter, der ligner hinanden, er blevet identificeret, er det muligt at undersøge, om disse grupper har forskellig risiko for at opleve en række udfald efter indskrivning i alkoholbehandling. Dette undersøges ved at koble informationer om disse udfald fra nationale registre med personerne i de identificerede grupper. Herefter sammenlignes risikoen for de undersøgte udfald i hver af de identificerede grupper.

Død

Udfaldet død er baseret på registeret om døde i Danmark (DOD) (51). Herfra er der anvendt oplysninger om dato for eventuelle dødsfald blandt de personer, der er inkluderet i analyserne. Der er anvendt data fra perioden 2008-2018, og der er ikke skelnet mellem dødsårsager.

Førtidspension

Udfaldet førtidspension er baseret på DREAM-databasen, der indeholder oplysninger om udbetalinger af offentlige overførselsindkomster (52). Herfra er der anvendt oplysninger om tidspunkt for første udbetaling af førtidspension blandt personer inkluderet i analyserne. Alle analyser på udfaldet førtidspension er udelukkende foretaget blandt personer i aldersgruppen 16-65 år, der ikke havde modtaget førtidspension ved baseline (indskrivning i alkoholbehandling eller dato for alkoholrelateret kontakt til hospitalsvæsenet). Der er anvendt data fra perioden 2008-2018.

Langvarig sygemelding

Sygemeldinger, der er længere end den arbejdsgiverbetalte periode (15 dage frem til 2012 og herefter 30 dage), udløser udbetaling af sygedagpenge, hvilket registreres i registeret for Sygedagpenge (SGDD). Dette register har således været anvendt til at identificere udbetaling af sygedagpenge blandt de personer, der er inkluderet i analysen. Sygedagpenge til barsel, barns sygdom og arbejdsskade er ikke inkluderet. Alle analyser på udfaldet udbetaling af sygedagpenge er udelukkende foretaget blandt personer i aldersgruppen 16-65 år, der ifølge registeret Arbejdsmarkeds-klassifikationsmodulet var i arbejde (selvstændige, medarbejdende ægtefælle, lønmodtagere) eller på dagpenge ved baseline (indskrivning i alkoholbehandling eller dato for alkoholrelateret kontakt til hospitalsvæsenet). Der er anvendt data fra perioden 2008-2018.

Alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt

Udfaldet alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt er baseret på Landspatientregisteret (LPR), der indeholder oplysninger om alle kontakter til det somatiske hospitalsvæsen (53). Disse oplysninger er anvendt til at identificere tidspunkt for første kontakt, der er enten alkoholrelateret eller akut (defineret som kontakt til skadestue). Alkoholrelaterede kontakter er defineret som følgende:

- F10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (med undtagelse af F10.0 Akut alkoholintoksikation)
- G31.2: Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol
- G62.1: Alkoholisk polyneuropati
- G72.1: Alkoholisk myopati
- I42.6: Alkoholisk kardiomyopati
- K29.2: Alkoholisk gastritis

- K70.0: Alkoholisk fedtlever
- K70.1: Alkoholisk leverbetændelse
- K70.2: Alkoholisk leverfibrose
- K70.3: Alkoholisk levercirrose
- K70.4: Alkoholisk leverinsufficiens
- K70.9: Alkoholisk leversygdom, uspecificeret
- K85.2: Akut alkoholisk pankreatitis
- K86.0: Kronisk alkoholisk pankreatitis

Der er anvendt data fra perioden 2008-2018.

Psykiatrisk hospitalskontakt

Udfaldet psykiatrisk hospitalskontakt er baseret på Landspatientregisteret psykiatri (LPER PSYK), der indeholder oplysninger om alle kontakter til det psykiatriske hospitalsvæsen (54). Disse oplysninger er anvendt til at identificere tidspunkt for første kontakt til det psykiatriske sundhedsvæsen. Der er anvendt data fra perioden 2008-2018.

Praktiserende læge

Udfaldet kontakter til praktiserende læge er baseret på oplysninger fra Sygesikringsregisteret (SSSY), hvor kontakter til det primære sundhedsvæsen er registreret (55). Disse oplysninger er anvendt til at identificere antallet af kontakter til praktiserende læge blandt de personer, der er inkluderet i analysen. Der er anvendt data fra perioden 2008-2018.

Psykofarmaka

Udfaldet psykofarmaka er baseret på Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), der indeholder oplysninger om recepter, der er blevet indløst på apoteker i Danmark (56). Disse oplysninger er anvendt til at identificere antallet af indløste recepter på psykofarmaka (defineret som lægemidler med ACT-koderne N05, N06 og N07) blandt de personer, der er inkluderet i analysen. Vi har kun fået tilladelse til udtræk af lægemiddelforbrug på et overordnet niveau, det vil sige niveau 1 og 2, men ikke niveau 3,4, og 5, som ville have muliggjort detaljerede analyser af specifikke lægemidler til behandling af afhængighed. Der er anvendt data fra perioden 2008-2018.

Statistiske modeller

I rapporten er der anvendt to forskellige metoder til at beskrive sammenhænge med de udvalgte udfald. Den ene metode er en Cox-regressionsmodel, som anvendes til analyser af overgangen fra én tilstand til en anden. Det kan være at gå fra at være i live til at være død eller fra ikke at have haft en psykiatrisk hospitalskontakt til at have haft en psykiatrisk hospitalskontakt. Den underliggende tid i analysen er dage siden indskrivning i alkoholbehandling. I en Cox-regressionsmodel estimeres en såkaldt hazard-funktion, som udtrykker risikoen for, at en person inden for et givent tidsinterval vil opleve en given hændelse under forudsætning af, at personen endnu ikke har oplevet den givne hændelse. Ved sammenligning af hazard-funktionen i to eller flere grupper estimeres en hazard-ratio. I denne undersøgelse omtales den estimerede hazard-ratio som en relativ risiko.

Den anden metode er en negativ binomial regression, som anvendes til optælling af antallet af gange, et udfald forekommer i løbet af opfølgningstiden. Denne model anvendes altså til analyser af udfald, der er hyppige og ofte vil forekomme flere gange i løbet af opfølgningstiden. I en negativ binomial regression tages der i modsætning til en almindelig lineær regression højde for, at udfaldet ikke er normalfordelt, og at en vis andel af personerne altså ikke oplever udfaldet i løbet af opfølgningstiden. Ved sammenligning af det forventede antal gange, udfaldet forekommer i to eller

flere grupper, estimeres en incidensrateratio. I denne undersøgelse omtales den estimerede incidensrateratio som en relativ risiko.

Udfaldene død, førtidspension, udbetaling af sygedagpenge, somatiske hospitalskontakter og psykiatriske hospitalskontakter opgøres ved Cox-regressionsmodel, mens udfaldene kontakt med praktiserende læge og indløste psykofarmakarecepter opgøres ved negativ binomial regression. For alle udfald gælder det, at den relative risiko udtrykker den forøgede eller formindskede risiko, som en gruppe har i forhold til en referencegruppe.

Opfølgningstid

I alle analyser indgår der opfølgningstid, der er udtryk for den periode, som en person er under risiko for at opleve det analyserede udfald. I analyserne begynder denne opfølgningstid på dagen for indskrivning i alkoholbehandling.

For alle analyser gælder det, at opfølgningstiden stopper, når ét af følgende forekommer: 1) død; 2) udvandring fra Danmark; 3) når der er gået fem år; 4) 31. december 2018. I analyser med Cox regression stopper opfølgningstiden også, hvis udfaldet forekommer. I analyser af sygedagpenge stopper opfølgningstiden i midten af året for udbetaling af sygedagpenge, og opfølgningstiden stopper desuden, hvis en person går på førtidspension, da personen så ikke længere er i risiko for at modtage sygedagpenge. I samtlige analyser er den maksimale opfølgningstid således fem år.

Justeringer

I analyser, hvor man sammenligner risikoen hos én gruppe med risikoen hos en anden gruppe, kan det være relevant at justere disse sammenhænge for andre faktorer. Denne justering foretages for at gøre grupperne sammenlignelige i forhold til de faktorer, der justeres for. I alle analyser i rapporten præsenteres der således både resultater, der ikke er justeret for andre faktorer, samt resultater, der er justeret for køn og alder.

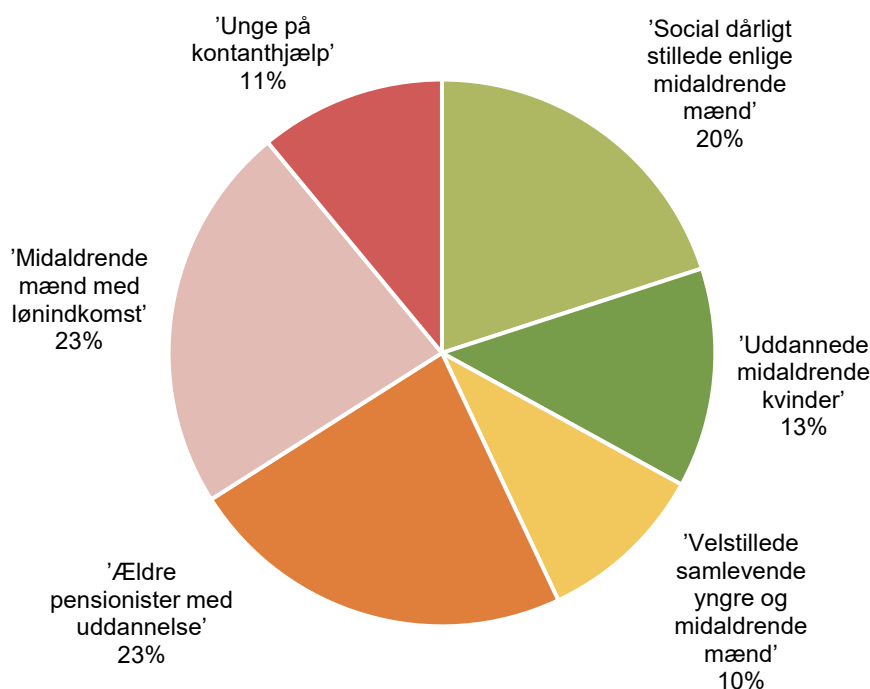
3. Resultater

I det følgende afsnit beskrives de identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi. Herefter sammenlignes de identificerede grupper med hensyn til drikkemønster, alkoholforbrug ved indskrivning, tidligere alkoholbehandling og på afslutningsårsag ved ophør af alkoholbehandling. Efterfølgende præsenteres sammenhænge mellem de identificerede grupper og udfaldene død, førtidspension, langvarig sygdom, alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt, psykiatrisk hospitalskontakt, brug af praktiserende læge samt brug af psykofarmaka. Endelig sammenlignes de identificerede grupper blandt patienter indskrevet i perioden 2008-2018 med grupper identificeret blandt patienter indskrevet i perioden 2019-2020.

Identificerede grupper

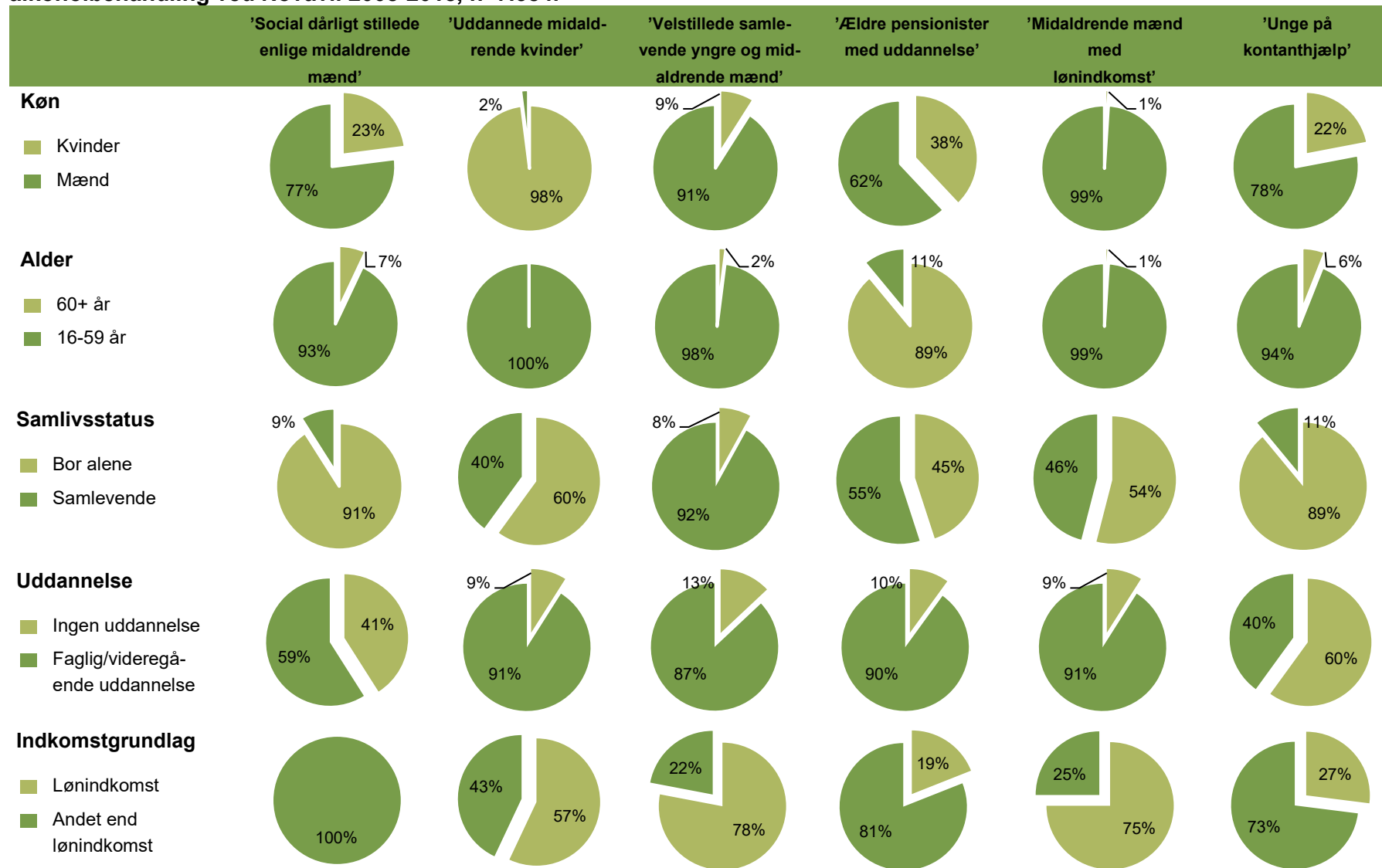
Ved brug af latent klasseanalyse blev der identificeret seks grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi, som hver især udgør mindst 10 % af patienterne. Grupperne er navngivet med udgangspunkt i de træk, der særligt adskiller grupperne fra hinanden, også selvom trækkene ikke er gældende for alle i grupperne. Disse navne anvendes i resten af rapporten. I figur 1 ses de seks identificerede grupper samt, hvor stor en andel hver gruppe udgør af patientpopulationen. De seks grupper er identificeret som 'Socialt dårligt stillede enlige midaldrende mænd', der udgør 20 % af patienterne, 'Uddannede midaldrende kvinder', der udgør 13 % af patienterne, 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', der udgør 10 % af patienterne, 'Ældre pensionister med uddannelse', der udgør 23 % af patienterne, 'Midaldrende mænd med lønindkomst', der udgør 23 % af patienterne, og 'Unge på kontanthjælp', der udgør 11 % af patienterne.

Figur 1: Identificerede grupper blandt patienter i alkoholbehandling ved Novavi. 2008-2018, n=7.384.



Figur 2 illustrerer forskellene mellem de seks grupper på henholdsvis køn, alder, samlivsstatus, uddannelse og indtægtskilde. Det er disse forskelle, der har bidraget til navngivningen af de identificerede grupper. Det ses af figuren, at kvinder udgør en mindre andel af gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' (9 %) og en meget lille del af gruppen 'Midaldrende mænd med lønindkomst' (1 %), mens de udgør en stor andel af gruppen 'Uddannede midaldrende kvinder' (98 %). Ældre på 60 år eller derover udgør en stor andel af gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' (89 %), men udgør en lille andel af de resterende grupper. Samlevende udgør en stor andel af gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' (92 %), men kun en lille andel af grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' (91 %) og 'Unge på kontanthjælp' (89 %). Andelen uden uddannelse er særligt stor i gruppen 'Unge på kontanthjælp' (60 %) og i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' (41 %). Endelig ses det, at andelen med lønindkomst er særligt stor i gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' (78 %) og gruppen 'Midaldrende mænd med lønindkomst' (75 %). Som det ses af figuren, resulterer en latent klasseanalyse i grupper, der har nogle karakteristika, men der identificeres ikke grupper, hvor alle patienter i gruppen er ens. De valgte navne til grupperne skal således læses i lys af dette. For eksempel udgør mænd en meget stor andel af gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', men samtidig ses det også, at 9 % af gruppen faktisk er kvinder.

Figur 2: Fordeling af køn, alder, samlivsstatus, uddannelse og indkomstgrundlag i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi. 2008-2018, n=7.384.



Tabel 2 viser en mere detaljeret beskrivelse af forskellene mellem de seks identificerede grupper. Her vises forskellene mellem de seks grupper på henholdsvis køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn under 18 år, indtægtskilde og boligform. Tabellen viser således, at gruppen, der er navngivet 'Socialt dårligt stillede enlige midaldrende mænd', i høj grad er midaldrende mænd på overførselsindkomst og uden uddannelse. Gruppen, der er navngivet 'Uddannede midaldrende kvinder', er i høj grad midaldrende kvinder med videregående uddannelse, hvoraf en del er på overførselsindkomst. Gruppen, der er navngivet 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd,' er i høj grad yngre og midaldrende mænd, der er samlevende, har en uddannelse, har børn under 18 år og har en lønindkomst. Gruppen, der er navngivet 'Ældre pensionister med uddannelse', er i høj grad ældre mænd og kvinder på pension med en uddannelse. Gruppen, der er navngivet 'Midaldrende mænd med lønindkomst', er i høj grad midaldrende mænd, der bor alene, ikke har børn under 18 år og har en lønindkomst. Endelig er gruppen, der er navngivet 'Unge på kontanthjælp', i høj grad yngre mænd, der bor alene, ikke har en uddannelse, er på overførselsindkomst (særligt kontanthjælp) og hverken bor i en selvstændig bolig eller på lejet værelse.

Tabel 2: Fordeling af køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn under 18 år, indkomstgrundlag og boligsituation i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi. 2008-2018, n=7.384.

	'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' (20%)	'Uddannede midaldrende kvinder' (13%)	'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' (10%)	'Ældre pensionister med uddannelse' (23%)	'Midaldrende mænd med lønindkomst' (23%)	'Unge på kontanthjælp' (11%)
Køn						
Mand	77%	2%	91%	62%	99%	78%
Kvinde	23%	98%	9%	38%	1%	22%
Alder						
15-39 år	0%	15%	37%	0%	18%	85%
40-59 år	93%	85%	61%	11%	81%	15%
60+ år	7%	0%	2%	89%	1%	0%
Samlivsstatus						
Samlevende	9%	40%	92%	55%	46%	11%
Lever alene	91%	60%	8%	45%	54%	89%
Uddannelse						
Ingen uddannelse	41%	9%	13%	10%	9%	60%
Faglig uddannelse	38%	23%	33%	35%	49%	29%
Videregående uddannelse	21%	68%	54%	55%	41%	11%
Børn under 18 år						
Ingen børn under 18 år	96%	69%	1%	99%	90%	92%
Har børn under 18 år	4%	31%	99%	1%	10%	8%
Indtægtskilde						
Lønindkomst/SU	0%	57%	78%	19%	75%	27%
Dagpenge m.m.	15%	24%	9%	5%	21%	11%
Kontanthjælp	52%	7%	8%	1%	1%	50%
Pension/førtidspension	30%	7%	0%	66%	0%	7%
Familie/venner/illegal/prostitution/andet	3%	6%	4%	9%	3%	6%
Bolig						
Selvstændig bolig	76%	97%	98%	98%	95%	60%
Lejet værelse	7%	2%	1%	1%	4%	8%
Andet	18%	1%	1%	1%	2%	32%

Drikkemønster, tidligere alkoholbehandling og afslutningsårsag i de identificerede grupper

I tabel 3 ses drikkemønsteret opgjort i hver af de seks grupper. Af tabellen ses det, at de fleste har svaret, at de enten har drukket hver dag eller flere dage i ugen, i alle grupperne. Der ses dog også forskelle på tværs af grupperne. Således er dagligt alkoholindtag hyppigst i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og i gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse', hvor det i begge grupper er 42 %, der har drukket alkohol hver dag. Drukture er ligeledes hyppigst i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd', hvor 13 % har haft druktur.

Tabel 3: Fordeling af drikkemønstre det seneste halve år i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2008-2018, n=7.219.

	'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	'Uddannede midaldrende kvinder'	'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Midaldrende mænd med lønindkomst'	'Unge på kontanthjælp'
Drukket hver dag	42%	31%	29%	42%	36%	34%
Drukket flere dage i ugen	18%	29%	29%	19%	22%	26%
Hovedsageligt drukket i weekenden	3%	7%	12%	4%	8%	9%
Haft drukture	13%	6%	4%	8%	9%	8%
Drukket nogle dage	8%	11%	10%	11%	9%	7%
Har lejlighedsvist drukket én dag	4%	7%	8%	4%	5%	5%
Har været fuldstændig ædru	6%	4%	5%	6%	5%	7%
Vil ikke svare	5%	6%	4%	6%	5%	5%

Tabel 4 viser, at det gennemsnitlige ugentlige alkoholindtag adskiller sig mellem grupperne. Det er således lavest i gruppen 'Uddannede midaldrende kvinder' med 42 genstande om ugen og højest i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' med 80 genstande om ugen.

Andelen af patienter, der oplyser, at de tidligere har været i alkoholbehandling, ses i tabel 5. Af denne ses det, at den laveste andel findes i gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', hvor 53 % tidligere har været i behandling, mens den højeste andel findes i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd', hvor 78 % tidligere har været i behandling.

I tabel 6 ses afslutningsårsager opgjort i hver af de seks grupper. Det ses, at de højeste andele, der er færdigbehandlede, findes i grupperne 'Uddannede midaldrende kvinder', 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', 'Ældre pensionister med uddannelse' og 'Midaldrende mænd med lønindkomst' (21-28 %), mens andelen af færdigbehandlede er på henholdsvis 9 % og 10 % i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og i gruppen 'Unge på kontanthjælp'. Det er således også i grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp', at de højeste andele udeblevne ses (henholdsvis 33 % og 36 %).

Tabel 4: Ugentligt alkoholindtag de seneste seks måneder i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2008-2018, n=5.283.

	'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	'Uddannede midaldrende kvinder'	'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Midaldrende mænd med lønindkomst'	'Unge på kontanthjælp'
Ugentligt alkoholindtag i genstande	80	42	47	48	57	66

Tabel 5: Andel, der tidligere har været i alkoholbehandling, i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2008-2018, n=6.912.

	'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	'Uddannede midaldrende kvinder'	'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Midaldrende mænd med lønindkomst'	'Unge på kontanthjælp'
Har tidligere været i alkoholbehandling	78%	56%	53%	66%	64%	61%

Tabel 6: Fordeling af afslutningsårsag i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2008-2018, n=6.695.

	'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	'Uddannede midaldrende kvinder'	'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Midaldrende mænd med lønindkomst'	'Unge på kontanthjælp'
Færdigbehandlet	9%	21%	24%	28%	23%	10%
Afsluttet efter eget ønske	14%	17%	17%	18%	13%	13%
Udeblevet	33%	25%	26%	20%	29%	36%
Udskrevet til anden institution	8%	9%	6%	9%	6%	10%
Udskrevet til egen læge	36%	28%	27%	24%	29%	32%

Udvalgte udfald i de identificerede grupper

Død

I tabel 7 ses den relative risiko for død op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper. I den sidste kolonne i tabellen ses risikoen opgjort, når der tages højde for forskelle i køn og alder i de seks grupper. Af tabellen fremgår det, at gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' har den laveste risiko for død. Særligt gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' og gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' har højere risiko for død end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Når der tages højde for forskellene i køn og alder i grupperne ses det imidlertid, at det særligt er grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp', der har højere risiko for død end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'.

Tabel 7: Relativ risiko for død op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=7.384. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Antal dødsfald	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	215	4,92	[3,14;7,70]	3,69	[2,35;5,81]
'Uddannede midaldrende kvinder'	74	2,42	[1,49;3,92]	2,60	[1,52;4,42]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	21	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	215	5,07	[3,24;7,94]	1,72	[1,03;2,85]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	138	2,62	[1,66;4,15]	2,06	[1,30;3,27]
'Unge på kontanthjælp'	38	1,88	[1,10;3,20]	4,03	[2,31;7,03]

¹ Justeret for alder og køn.

Tilkendte førtidspensioner blandt 16-65-årige

I tabel 8 ses den relative risiko for førtidspension op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper både før og efter justering for forskelle i køn og alder i de seks grupper. Analysen er kun foretaget blandt 16-65-årige, der ikke har modtaget førtidspension inden indskrivning. Af tabellen fremgår det, at gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' har den laveste risiko for at få tilkendt førtidspension. Særligt gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' har højere risiko for førtidspension end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Når der tages højde for forskellene i køn og alder i grupperne, ses det, at gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' fortsat har højere risiko end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', men gruppen 'Unge på kontanthjælp' har ved denne analyse også væsentligt højere risiko for førtidspension end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' har ikke signifikant højere risiko for førtidspension end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', når der tages højde for forskelle i køn og alder mellem grupperne.

Tabel 8: Relativ risiko for tilkendelse af førtidspension op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=5.760. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Antal tilkendte førtidspensioner	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	171	12,05	[6,37;22,81]	8,58	[4,50;16,38]
'Uddannede midaldrende kvinder'	61	4,44	[2,27;8,66]	3,34	[1,59;7,00]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	10	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	20	4,22	[1,98;9,02]	1,59	[0,71;3,57]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	76	2,93	[1,51;5,66]	2,25	[1,16;4,37]
'Unge på kontanthjælp'	29	3,21	[1,56;6,59]	6,30	[2,98;13,33]

¹ Justeret for alder og køn.

Langvarig sygemelding blandt 16-65-årige

I tabel 9 ses den relative risiko for langvarig sygemelding op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper både uden og med justering for alder og køn. Analysen er kun foretaget blandt 16-65-årige, der var i arbejde eller til rådighed for arbejdsmarkedet ved indskrivning. Af tabellen fremgår det, at 'Ældre pensionister med uddannelse' umiddelbart har den laveste risiko for langvarig sygemelding, men forskellen mellem denne gruppe og 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' er ikke signifikant. 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd', 'Uddannede midaldrende kvinder' og 'Midaldrende mænd med lønindkomst' har lidt højere risiko for langvarig sygemelding end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Når der tages højde for forskellene i køn og alder i grupperne, ses det, at gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og gruppen 'Midaldrende mænd med lønindkomst' fortsat har højere risiko for langvarig sygemelding end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'.

Tabel 9: Relativ risiko for langvarig sygemelding op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=3.521. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Antal langvarige sygemeldinger	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	94	1,49	[1,17;1,91]	1,39	[1,08;1,80]
'Uddannede midaldrende kvinder'	374	1,74	[1,46;2,07]	1,32	[0,97;1,79]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	190	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	82	0,92	[0,71;1,19]	0,78	[0,57;1,05]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	645	1,36	[1,16;1,60]	1,36	[1,15;1,60]
'Unge på kontanthjælp'	71	1,17	[0,89;1,53]	1,21	[0,91;1,61]

¹ Justeret for alder og køn.

Alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt

I tabel 10 ses den relative risiko for alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper. I de to sidste kolonner i tabellen ses risikoen henholdsvis uden og med justering for forskelle i køn og alder i de seks grupper. Af tabellen fremgår det, at gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' har den laveste risiko for hospitalskontakt. Særligt grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp' har højere risiko for kontakt end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Det samme mønster ses, når der tages højde for forskelle i køn og alder mellem grupperne.

Tabel 10: Relativ risiko for alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=7.328. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Antal hospitals-kontakter	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	693	2,11	[1,79;2,47]	2,19	[1,86;2,59]
'Uddannede midaldrende kvinder'	358	1,40	[1,17;1,66]	1,50	[1,22;1,85]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	191	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	524	1,54	[1,31;1,82]	1,72	[1,40;2,11]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	636	1,47	[1,25;1,73]	1,50	[1,27;1,76]
'Unge på kontanthjælp'	285	2,09	[1,74;2,50]	2,01	[1,66;2,44]

¹ Justeret for alder og køn.

Psykiatrisk hospitalskontakt

I tabel 11 ses den relative risiko for psykiatrisk hospitalskontakt op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper uden og med justering for forskelle i køn og alder. Af tabellen fremgår det, at gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' har den laveste risiko for psykiatrisk hospitalskontakt. Særligt grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp' har højere risiko for kontakt end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Det samme mønster ses, når der tages højde for forskelle i køn og alder mellem grupperne.

Tabel 11: Relativ risiko for psykiatrisk hospitalskontakt op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=7.301. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Antal hospitals-kontakter	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	549	2,15	[1,79;2,58]	2,32	[1,91;2,81]
'Uddannede midaldrende kvinder'	366	2,06	[1,70;2,50]	1,94	[1,55;2,44]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	143	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	326	1,15	[0,95;1,40]	1,49	[1,17;1,90]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	457	1,34	[1,11;1,61]	1,43	[1,19;1,73]
'Unge på kontanthjælp'	307	2,99	[2,45;3,64]	2,52	[2,04;3,10]

¹ Justeret for alder og køn.

Kontakter til praktiserende læge

I tabel 12 ses den relative risiko for kontakt til praktiserende læge op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper. I den sidste kolonne i tabellen ses risikoen opgjort, når der tages højde for forskelle i køn og alder i de seks grupper. Af tabellen fremgår det, at gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' har lavest risiko for kontakt med praktiserende læge. Særligt gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' har højere risiko for kontakt end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Når der tages højde for forskelle i køn og alder mellem grupperne, har alle grupper fortsat højere risiko for kontakt end gruppen 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', men der er ikke nogen af grupperne, der skiller sig særligt ud i forhold til de andre grupper.

Tabel 12: Relativ risiko for kontakt til praktiserende læge op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=7.384. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Gennemsnitligt antal kontakter pr. år	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	9,5	1,75	[1,63;1,90]	1,46	[1,36;1,58]
'Uddannede midaldrende kvinder'	9,8	1,82	[1,68;1,97]	1,30	[1,19;1,42]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	5,4	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	11,6	2,16	[1,99;2,32]	1,38	[1,26;1,52]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	6,8	1,26	[1,17;1,35]	1,19	[1,11;1,27]
'Unge på kontanthjælp'	6,6	1,21	[1,11;1,32]	1,38	[1,26;1,51]

¹ Justeret for alder og køn.

Brug af psykofarmaka

I tabel 13 ses den relative risiko for at indløse recepter på psykofarmaka (N05, N06, N07) op til fem år efter indskrivning blandt patienter i de seks identificerede grupper. I den sidste kolonne i tabellen ses risikoen opgjort, når der tages højde for forskelle i køn og alder i de seks grupper. Af tabellen fremgår det, at gruppen *'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'* har lavest risiko for at indløse recepter på psykofarmaka. Når der tages højde for forskelle i køn og alder mellem grupperne, har alle grupper fortsat højere risiko end gruppen *'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'*, men særligt gruppen *'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'* har højere risiko end gruppen *'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'*.

Tabel 13: Relativ risiko for at indløse recept på psykofarmaka (N05, N06, N07) op til fem år efter indskrivning blandt grupper af patienter indskrevet ved Novavi 2008-2018, n=7.384. Antal tilfælde, relativ risiko og 95 % konfidensinterval.

	Gennemsnitligt antal indløste recepter pr. år	Relativ risiko	[95%CI]	Relativ risiko	[95%CI] ¹
'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	7,2	2,56	[2,23;2,97]	2,18	[1,88;2,53]
'Uddannede midaldrende kvinder'	7,6	2,72	[2,32;3,16]	1,73	[1,45;2,10]
'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	2,8	1,00	Reference	1,00	Reference
'Ældre pensionister med uddannelse'	6,8	2,41	[2,08;2,77]	1,75	[1,46;2,12]
'Midaldrende mænd med lønindkomst'	3,7	1,31	[1,14;1,51]	1,30	[1,13;1,49]
'Unge på kontanthjælp'	5,4	1,90	[1,60;2,25]	1,90	[1,58;2,27]

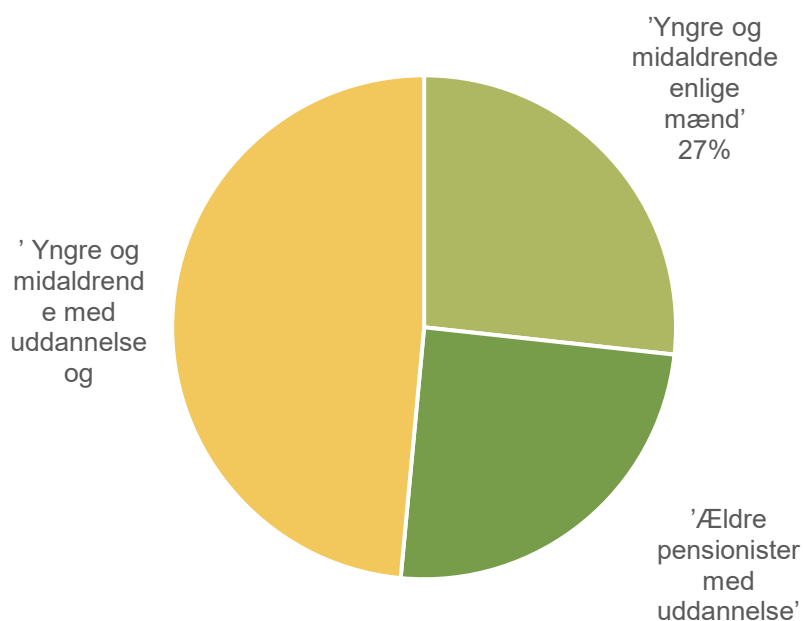
¹ Justeret for alder og køn.

Patienter indskrevet i perioden 2019-2020

De analyser, der er beskrevet ovenfor, er baseret på oplysninger om patienter indskrevet i perioden 2008-2018. Alkoholbehandling er imidlertid ikke en statisk proces. Der sker hele tiden, udvikling, som medfører en dynamik i såvel rekruttering og behandling af patienterne. Dette gælder også for Novavis vedkommende i form af omorganisering af ambulatorier, systematisering af behandling og opfølgning. Inddragelse af patienter indskrevet i 2019 og 2020 vil netop kunne afdekke, hvorvidt udviklingen af behandlingsindsatsen i Novavi har betydning for de mønstre, vi har observeret blandt patienter indskrevet i 2008-2018. Da det ikke er muligt at undersøge registerbaserede udfald for denne sidste periode, undersøges alene udfaldene drikkemønster, alkoholforbrug, andel med tidligere alkoholbehandling og afslutningsårsag. Resultaterne skal imidlertid tolkes forsigtigt, da årgangen 2020 kan være påvirket af Covid-19-pandemien med ændring af prævalens og diagnostik af mange tilstande og henvisningsmønstre med mere.

Analyserne af patienter indskrevet i perioden 2019-2020 er baseret på oplysninger om 1.586 patienter. I figur 3 ses de tre identificerede grupper samt hvor stor en andel, hver gruppe udgør af patientpopulationen. De tre grupper er identificeret som 'Yngre og midaldrende enlige mænd', der udgør 27 % af patienterne, 'Ældre pensionister med uddannelse', der udgør 25 % af patienterne og 'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst', der udgør 48 % af patienterne. Dette resultat adskiller sig således særligt fra de tidligere præsenterede grupper ved, at der kun er identificeret tre grupper. En stor del af forklaringen på dette er sandsynligvis, at datamaterialet for 2019-2020 er væsentligt mindre end datamaterialet for 2008-2018, og således bliver mindre grupper så små, at de ikke manifesterer sig i en latent klasseanalyse. Herudover kan der også være tale om en udvikling i sammensætningen af patientpopulationen over tid. Ved sammenligning med de tidligere identificerede grupper ses det, at gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' er identificeret i begge analyser, og at gruppen udgør ca. $\frac{1}{4}$ af populationen i begge analyser.

Figur 3: Identificerede grupper blandt patienter i alkoholbehandling ved Novavi i perioden 2019-2020 (n=1.586).



I tabel 14 ses en beskrivelse af de tre identificerede grupper på henholdsvis køn, alder, samlivsstatus, uddannelse, børn under 18 år, indtægtskilde og boligsituation. Ved sammenligning med tabel 2 tyder det på, at gruppen 'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst' er en kombination af grupperne 'Midaldrende mænd med lønindkomst', 'Uddannede midaldrende kvinder' og 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' fra analyserne af materialet fra 2008-2018. Gruppen 'Yngre og midaldrende enlige mænd' ser ud til at indeholde elementer fra grupperne 'Unge på kontanthjælp' og 'Socialt dårligt stillede enlige midaldrende mænd', mens gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' ser ud til at være sammenlignelig med gruppen af samme navn fra analyserne af materialet fra 2008-2018.

Tabel 14: Fordeling af drikkemønster det seneste halve år i de tre identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2019-2020, n=1.586.

	'Yngre og midaldrende enlige mænd' (27%)	'Ældre pensionister med uddannelse' (25%)	'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst' (49%)
Køn			
Mand	79%	57%	69%
Kvinde	21%	43%	31%
Alder			
15-39 år	37%	0%	26%
40-59 år	59%	8%	73%
60+ år	4%	92%	1%
Samlivsstatus			
Samlevende	10%	60%	65%
Lever alene	90%	40%	35%
Uddannelse			
Ingen uddannelse	39%	8%	7%
Faglig uddannelse	35%	39%	39%
Videregående uddannelse	26%	53%	54%
Børn under 18 år			
Ingen børn under 18 år	95%	100%	54%
Har børn under 18 år	5%	0%	46%
Indtægtskilde			
Lønindkomst/SU	29%	20%	78%
Dagpenge m.m.	16%	5%	12%
Kontanthjælp	37%	0%	5%
Pension/førtidspension	10%	71%	1%
Familie/venner/illegal/prostitution/andet	7%	3%	3%
Bolig			
Selvstændig bolig	66%	99%	99%
Lejet værelse	8%	1%	1%
Andet	26%	0%	1%

I tabel 15 ses drikkemønsteret opgjort i hver af de tre grupper. Af tabellen ses det, at de fleste har svaret, at de enten har drukket hver dag eller flere dage i ugen i alle grupperne. Dagligt alkoholindtag er imidlertid hyppigst i gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse', hvor det er 42 %, der har drukket alkohol hver dag. Dette stemmer overens med analyserne af materialet fra 2008-2018 (tabel 3). Det er hyppigst 'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst', der hovedsageligt har drukket i weekenden.

Tabel 15: Fordeling af drikkemønster det seneste halve år i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2019-2020, n=888.

	'Yngre og midaldrende enlige mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst'
Drukket hver dag	37%	42%	32%
Drukket flere dage i ugen	28%	28%	32%
Hovedsageligt drukket i weekenden	8%	3%	13%
Haft drukture	9%	7%	6%
Drukket nogle dage	9%	12%	10%
Har lejlighedsvist drukket én dag	2%	2%	4%
Har været fuldstændig ædru	8%	5%	2%
Vil ikke svare	1%	0%	1%

Tabel 16 viser, at det gennemsnitlige ugentlige alkoholindtag er højest i gruppen 'Yngre og midaldrende enlige mænd' med 51 genstande om ugen, mens det gennemsnitlige indtag i de to andre grupper er 37 genstande om ugen.

Tabel 16: Ugentligt alkoholindtag de seneste seks måneder i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2019-2020, n=693.

	'Yngre og midaldrende enlige mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst'
Ugentligt alkoholindtag i genstande	51	37	37

Andelen af patienter, der oplyser, at de tidligere har været i alkoholbehandling, ses i tabel 17. Den laveste andel af tidligere behandlede (46 %) findes i gruppen 'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst', mens henholdsvis 69 % og 64 % tidligere har været i behandling i grupperne 'Yngre og midaldrende enlige mænd' og 'Ældre pensionister med uddannelse'. Resultaterne i tabel 16 og 17 er sammenlignelige med resultaterne for de tilsvarende grupper i materialet fra 2008-2018.

Tabel 17: Andel, der tidligere har været i alkoholbehandling, i de seks identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2019-2020, n=887.

	'Yngre og midaldrende enlige mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst'
Har tidligere været i alkoholbehandling	69	64	46

I tabel 18 ses afslutningsårsager opgjort i hver af de tre grupper. Det ses, at den højeste andel, der er færdigbehandlet, findes i gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' (57 %), mens den laveste andel er i gruppen 'Yngre og midaldrende enlige mænd' (26 %). Generelt fremgår det, at

andelen af færdigbehandlede er højere i alle grupper sammenlignet med materialet fra 2008-2018 (tabel 6). Det skal bemærkes, at 28 % stadig er i behandling på opfølgningstidspunktet.

Tabel 18: Fordeling af afslutningsårsag i de tre identificerede grupper af patienter i alkoholbehandling ved Novavi 2019-2020, n=632.

	'Yngre og midaldrende enlige mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Yngre og midaldrende med uddannelse og lønindkomst'
Færdigbehandlet	26%	57%	49%
Afsluttet efter eget ønske	18%	22%	20%
Udeblevet	36%	8%	19%
Udskrevet til anden institution	16%	10%	10%
Udskrevet til egen læge	4%	3%	3%

4. Sammenfatning

I 2006 udkom en medicinsk teknologivurdering om alkoholbehandling (57), og i 2015 udkom den første nationale kliniske retningslinje med anbefalinger vedrørende behandling af alkoholafhængighed hos voksne (58). I 2016 udkom en national klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse (59) og i 2017 et tillæg til den nationale kliniske retningslinje for farmakologisk behandling af alkoholafhængighed (60). Endelig udkom en opdatering af den nationale klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed i 2018 (16).

Der foreligger altså meget viden om, hvad der er god (og dårlig) alkoholbehandling, og der er sket en betydelig forbedring i kvaliteten af alkoholbehandling hos de offentligt finansierede alkoholbehandlingsinstitutioner. Det gælder også for Novavi. Rapporten 'Sundhedsstyrelsens Servicetjek' (11) af offentligt finansieret alkoholbehandling viser dog følgende: 1) at der er stor variation i behandlingen; 2) at der er behov for yderligere opsporing af borgere med behov for behandling; 3) rekruttering af 25-45 årige til behandling; 4) behov for forbedring af kommunernes styring af serviceniveau, kvalitet og økonomi; 5) forbedring af uddannelse og kompetenceniveau i alkoholbehandlingen, og 6) udvikling af den faglige kvalitet især hos mindre behandlingssteder med få ansatte. Sundhedsstyrelsen peger især på områder som større fokus på den sundhedsfaglige del af alkoholbehandlingen, etablering af forpligtigende nationale kvalitetsstandarder for alle behandlingssteder, at sikre at medarbejdere med borger/patientkontakt har kompetencerne til at identificere alkoholproblemer, og at der generelt bør være et øget fokus på opsporing og rekruttering,

Nærværende rapport er den sidste af tre rapporter om Novavis alkoholbehandling og patienter. De første rapporter om Novavis behandlingsarbejde viste, at Novavi for det første langt overvejende anvender evidensbaserede behandlinger og løbende deltager i relevante projekter vedrørende nye behandlingsmetoder og kvalitetsudviklingsprojekter. Rapport 2 dokumenterede, at følgende karakteristika ved patienterne er forbundet med den højeste risiko for død, forbrug af sundhedsydelser og sociale ydelser:

- mænd
- kort uddannelse
- bor alene
- har ikke egen bolig
- ryger
- tager andre stoffer
- mere destruktivt drikkemønster
- stort langvarigt forbrug
- har tidligere været i alkoholbehandling
- afsluttes med andre årsager end færdigbehandlet

Metoden

Formålet med denne rapport har været at identificere grupper af patienter eller "personaer". Ved "personaer" har vi i denne forbindelse forstået grupper af patienter, som kan identificeres ud fra simple karakteristika, og grupper, der adskiller sig ved alkoholforbrug, drikkemønster, afslutningsårsag og/eller en række forskellige udfald som død, pension, sygemelding, hospitalskontakter,

kontakter til praktiserende læge og brug af psykofarmaka. Disse er centrale udfald for alkoholbehandling.

Vi har som udgangspunkt anvendt patienter indskrevet i perioden 2008-2018 som materiale for at identificere relevante grupper af patienter, fordi vi har haft registerdata, der muliggjorde registeropfølgning til undersøgelse af ovennævnte udfald. I projektets forløb er der kommet yderligere to årgange til (2019 og 2020), som det ikke har været muligt at følge med det tilgængelige registerdata. Imidlertid er der de seneste år sket en betydelig udvikling i behandlingsindsatsen i Novavi i form af yderligere systematisering af behandlingsindsatsen og systematisk opfølgning på indsatsen, så det er væsentlig også at se på de to seneste årgange. Det valgte vi at gøre i en separat analyse på disse to årgange alene og uden brug af registerdata. Denne analyse understreger, at de identificerede "personaer" ikke er en statisk tilstand, men noget, der af mange årsager ændres over tid på grund af ændringer i sammensætningen af de patienter, der henvender sig, ændret behandlingspraksis, varierende sværhedsgrad af alkoholproblemet med mere.

Til at identificere grupper af patienter anvendte vi metoden latent klasseanalyse (61), som er en form for mønstergenkendelse, der gør det muligt at identificere mønstre i data, som det kan være vanskeligt umiddelbart at se på grund af de store mængder information i data. Når statistikprogrammet har dannet klasserne, afgøres det for hver enkelt person, hvilken klasse vedkommende tilhører med størst sandsynlighed. Herefter foretages en vurdering af profilen på den enkelte latente klasse, det vil sige hvilke af disse informationer, der i særlig grad karakteriserer de identificerede grupper, og man forsøger at give hver klasse en kort beskrivelse. Dette vil uundgåeligt resultere i en forsimpning af komplicerede sammenhænge.

Resultaterne

Når der ses på resultaterne præsenteret i tabel 3-6, er det interessant, at der kun er mindre forskelle mellem de forskellige grupper af patienter. En undtagelse er, at hyppigheden af at drikke hver dag er højest i grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Ældre pensionister med uddannelse', og drukture er hyppigt i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' (tabel 3). Det samme gælder for det gennemsnitlige alkoholforbrug (tabel 4), men det er bemærkelsesværdigt, at alkoholforbruget blandt 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' er markant højere end i de øvrige grupper. De forholdsvis små forskelle mellem grupperne på alkoholvariabler beror formentlig på, at mere end 90 % af patienter, der er i ambulant alkoholbehandling, er afhængige og har opfyldt afhængighedskriterier i 10 år eller mere. Der er altså tale om en gruppe af patienter med et stort og langvarigt alkoholproblem med dagligt forbrug. Derfor egner drikkemønsteret sig muligvis ikke til at adskille grupperne fra hinanden. Det er også tvivlsomt, om det har betydning for valg af behandling i sig selv – det vil snarere være nogle af de kriterier/variabler, der indgår i dannelsen af de latente klasser.

Andelen af patienter, der tidligere har været i behandling, er høj i alle grupper, og igen er disse resultater udtryk for, at der generelt er tale om patienter med langvarige svære alkoholproblemer. Dette ses især blandt gruppen af 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd', hvor mere end $\frac{3}{4}$ tidligere har været i behandling (tabel 5).

I rapport 2 er variabelen afslutningsårsag blevet diskuteret. Dette gælder især de diskrepanser, der er i forhold til registreringen i andre behandlingsinstitutioner, der indrapporterer til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Her ses det, at Novavi gennem årene har haft en betydeligt lavere andel, som er klassificeret som færdigbehandlet, og en meget høj andel, der er klassificeret som "andet", sammenlignet med øvrige alkoholbehandlingsinstitutioner. Set over hele perioden er andelen af færdigbehandlede steget betydeligt, men denne variabel bør fortsat fortolkes med forsigtighed.

Når det er sagt, tegner der sig et billede af, at to grupper af patienter har dårligere behandlingsresultater end de øvrige; 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp'. Det er fortsat et problem, at vi ikke præcis ved, hvorledes variabelen afslutningsårsag er blevet administreret i perioden, men det tyder på, at de to grupper af patienter har særligt dårligt udbytte af behandlingen.

Resultaterne viser markante forskelle i den relative risiko for død inden for seks år, og forskellen er statistisk signifikant med en 3,7 gange højere risiko for tidlig død i gruppen 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd', når der justeres for alder og køn. Gruppen af 'Unge på kontanthjælp' har en 4,0 gange højere risiko for død efter justering for køn og alder sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Da gennemsnitsalderen i gruppen 'Ældre pensionister med uddannelse' er højere end i de andre grupper, har de ikke overraskende en meget højere risiko for død. Den relative risiko er 5,0 i de ujusterede analyser, men falder til 1,7, når der justeres for alder og køn (tabel 7). Nogle af forskellene afspejler utvivlsomt den sociale sammensætning af de forskellige grupper og dermed social ulighed i sundhed.

Tilkendelse af førtidspension varierer også mellem grupperne (tabel 8). Den gruppe, der efter justering for alder og køn har den højeste risiko for tilkendelse af førtidspension, er 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' med mere end 8,5 gange højere risiko for at få tilkendt førtidspension sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Også gruppen 'Unge på kontanthjælp' har en 6,3 gange højere risiko for førtidspension sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'. Som det fremgår af tabel 9, er forskellene mellem grupperne mindre markante, når der analyseres på langtidssygemelding.

Ved alkoholrelateret kontakt eller akut hospitalskontakt er det igen grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp', der har den højeste risiko for alkoholrelateret eller akut hospitalskontakt (tabel 10). Det samme mønster gælder for psykiatriske kontakter (tabel 11). De to grupper 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd' og 'Unge på kontanthjælp' har således mere end dobbelt så stor risiko for psykiatrisk hospitalskontakt sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'.

Der er ikke store forskelle mellem de forskellige grupper i forhold til kontakter til praktiserende læge (tabel 12). Dog ses det, at alle grupperne har højere risiko for kontakt sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'.

For så vidt angår brug af psykofarmaka, har grupperne 'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd', 'Uddannede midaldrende kvinder', 'Ældre pensionister med uddannelse' og 'Unge på kontanthjælp' dobbelt så stor risiko for at indløse recept på psykofarmaka sammenlignet med 'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd' (tabel 13).

I figur 19 ses en samlet oversigt over sammenhængen mellem de enkelte grupper og de forskellige udfald.

Figur 19: Oversigt over rapportens resultater. For detaljer henvises til de individuelle tabeller.

	'Social dårligt stillede enlige midaldrende mænd'	'Uddannede midaldrende kvinder'	'Velstillede samlevende yngre og midaldrende mænd'	'Ældre pensionister med uddannelse'	'Midaldrende mænd med lønindkomst'	'Unge på kontanthjælp'
Alkoholforbrug	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko
Drukture/ drukket hver dag	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko
Tidligere alkoholbehandling	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko
Udeblevet	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Størst risiko
Død	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Størst risiko
Førtidspension	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Størst risiko
Langvarig sygemelding	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Størst risiko	Middel risiko
Alkoholrelateret/akut hospitalskontakt	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Størst risiko
Psykiatrisk hospitalskontakt	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Størst risiko
Praktiserende læge	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko
Psykofarmaka	Størst risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko	Middel risiko

- = Mindst risiko
- = Middel risiko
- = Størst risiko

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. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(2):128-36.
2. Rosendahl H, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. *Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. 2022.
3. Sundhedsdatastyrelsen. *Offentligt finansieret alkoholbehandling*. 2020.
4. Cowi/Decide. *Afdækning af kvalitet i offentligt finansieret ambulat alkoholbehandling*. Sundhedsstyrelsen; 2019.
5. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark RISIKOFAKTORER* København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
6. Becker U, Tolstrup JS. *Alkohol - brug, konsekvenser og behandling*. København: Munksgaard; 2016.
7. Kjellberg J, Poulsen CA. *Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug*. København: KORA; 2014.
8. World Health Organization. *The IC-D 10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Becker U, Bygholm H, Broholm K, Nielsen AS, Nielsen P. *KVALITET I ALKOHOLBEHANDLING - et rådgivningsmateriale*. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
10. 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.
11. Sundhedsstyrelsen. *Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling*. 2019.
12. Sundhedsdatastyrelsen. *Alkoholbehandlingen i Danmark*. 2016.
13. 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.
14. 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.
15. Sundhedsstyrelsen. *Kvalitet i alkoholbehandling - et rådgivningsmateriale*. 2008.
16. Sundhedsstyrelsen. *Behandling af alkoholafhængighed*. National klinisk retningslinje. 2018.
17. 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.
18. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Den offentlige indsats på alkoholområdet*. 2002.
19. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug and alcohol dependence*. 2005;80(1):83-9.
20. Breslin FC, Sobell MB, Sobell LC, Buchan G, Cunningham JA. Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: the predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction (Abingdon, England)*. 1997;92(11):1479-89.
21. Duckert F. Predictive factors for outcome of treatment for alcohol problems. *J Subst Abuse*. 1993;5(1):31-44.
22. Fiabane E, Scotti L, Zambon A, Vittadini G, Giorgi I. Frequency and Predictors of Alcohol-Related Outcomes Following Alcohol Residential Rehabilitation Programs: A 12-Month Follow-Up Study. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(5).
23. Fucito LM, Park A, Gulliver SB, Mattson ME, Gueorguieva RV, O'Malley SS. Cigarette smoking predicts differential benefit from naltrexone for alcohol dependence. *Biol Psychiatry*. 2012;72(10):832-8.
24. Haver B, Gjestad R. Phobic anxiety and depression as predictor variables for treatment outcome. A LISREL analysis on treated female alcoholics. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2005;59(1):25-30.

25. Paulino S, Pombo S, Ismail F, Figueira ML, Lesch O. The role of affective temperament as a predictor of relapse in alcohol dependence. *Personality and mental health*. 2017;11(4):278-89.
26. Sugarman DE, Kaufman JS, Trucco EM, Brown JC, Greenfield SF. Predictors of drinking and functional outcomes for men and women following inpatient alcohol treatment. *The American journal on addictions*. 2014;23(3):226-33.
27. Greenfield SF, Sugarman DE, Muenz LR, Patterson MD, He DY, Weiss RD. The relationship between educational attainment and relapse among alcohol-dependent men and women: a prospective study. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2003;27(8):1278-85.
28. Suter M, Strik W, Moggi F. Depressive symptoms as a predictor of alcohol relapse after residential treatment programs for alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*. 2011;41(3):225-32.
29. Sobell MB, Sobell LC, Gavin DR. Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*. 1995;26(4):643-69.
30. Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav*. 2013;27(3):878-84.
31. Miller WR, Taylor CA, West JC. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1980;48(5):590-601.
32. Valle SK. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. 1981;42(9):783-90.
33. McKay JR, Weiss RV. A Review of Temporal Effects and Outcome Predictors in Substance Abuse Treatment Studies With Long-Term Follow-Ups:Preliminary Results and Methodological Issues. 2001;25(2):113-61.
34. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*. 2009;36(1):75-86.
35. Tómasson K, Vaglum P. Psychopathology and alcohol consumption among treatment-seeking alcoholics: a prospective study. *Addiction (Abingdon, England)*. 1996;91(7):1019-30.
36. Canton G, Giannini L, Magni G, Bertinaria A, Cibin M, Gallimberti L. Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients. 1988;78(1):18-23.
37. McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Barr HL, Evans F. Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: is there improvement and is it predictable? *The American journal of drug and alcohol abuse*. 1986;12(1-2):101-20.
38. Bazargan-Hejazi S, De Lucia V, Pan D, Mojtahedzadeh M, Rahmani E, Jabori S, et al. Gender Comparison in Referrals and Treatment Completion to Residential and Outpatient Alcohol Treatment. *Substance abuse : research and treatment*. 2016;10:109-16.
39. Ober AJ, Watkins KE, McCullough CM, Setodji CM, Osilla K, Hunter SB. Patient predictors of substance use disorder treatment initiation in primary care. *Journal of substance abuse treatment*. 2018;90:64-72.
40. Watkins KE, Ober A, McCullough C, Setodji C, Lamp K, Lind M, et al. Predictors of treatment initiation for alcohol use disorders in primary care. *Drug and alcohol dependence*. 2018;191:56-62.
41. Mellentin AI, Ellermann AE, Nielsen B, Mejldal A, Möller S, Nielsen AS. The prognosis of outpatient alcohol treatment among parents with childcare responsibility. *BJPsych open*. 2018;4(6):471-7.
42. Staines G, Magura S, Rosenblum A, Fong C, Kosanke N, Foote J, et al. Predictors of drinking outcomes among alcoholics. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2003;29(1):203-18.
43. Jones BT, McMahon J. Changes in alcohol expectancies during treatment relate to subsequent abstinence survivorship. *The British journal of clinical psychology*. 1996;35(2):221-34.
44. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(1):118-28.
45. Parsons OA, Schaeffer KW, Glenn SW. Does neuropsychological test performance predict resumption of drinking in posttreatment alcoholics? *Addictive behaviors*. 1990;15(3):297-307.
46. Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut,; 2015.

47. Askgaard G, Grønlykke T. Alkoholafhængighed skal behandles. *Rationel Farmakoterapi*. 2015;2(Februar 2015).
48. Sundhedsdatastyrelsen. Alkoholbehandling i Danmark. 2016.
49. 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. *ArchGenPsychiatry*. 2007;64:830-42.
50. Lanza ST, Bray BC, Collins LM. An Introduction to Latent Class and Latent Transition Analysis. *Handbook of Psychology, Second Edition* 2012.
51. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):26-9.
52. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Notat. DREAM vejledning version 44 v2. 2019.
53. Lyng E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.
54. Sundhedsdatastyrelsen. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister Sundhedsdatastyrelsen; 2020 [Available from: <https://www.danishhealthdata.dk/find-sundhedsdata/Det-Psykiatriske-Centrale-Forskningsregister>].
55. Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
56. Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7 Suppl):38-41.
57. Nielsen AS, Becker U, Højgaard B, Lassen AB, Willeman M, Søgaard J, et al. ALKOHOLBEHANDLING - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006.
58. Sundhedsstyrelsen. Behandling af alkoholafhængighed. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
59. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
60. Sundhedsstyrelsen. Tillæg til den nationale retningslinje for behandling af alkoholafhængighed: valg af farmakologisk behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
61. Weller BB, NK ; Faubert, SJ. Latent Class Analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*. 2020;46(4):287-311.