

ALKOHOLBEHANDLING I KOMMUNERNE

Lægeforeningen september 2012

Rapport udarbejdet for Lægeforeningen

af Statens Institut for Folkesundhed ved:

Ulrik Becker, overlæge, dr.med., Gastroenheden, medicinsk sektion Afsnit 360, Hvidovre Hospital, 2650 Hvidovre. Adjungeret professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Anders Blædel Gottlieb Hansen, ph.d., cand.techn.soc. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Stine Kloster, videnskabelig assistent, cand.scient. human ernæring. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Janne Schurmann Tolstrup, forskningsleder, dr.med. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Lægeforeningen ønsker at takke Læge Sofus Carl Emil Friis og Hustru Olga Doris Friis' Legat, som har ydet økonomisk støtte til dette projekts gennemførelse.

Indhold

Sammenfatning	4
1. Baggrund.....	8
1.1. Alkoholbehandlingsindsatsen – en sundhedsfaglig opgave	8
1.2. Ønske om overblik over udvikling siden 2009.....	8
1.3. Danskernes alkoholforbrug	8
1.4. Lovgivning.....	10
2. Metode	12
3. Resultater	14
3.1. Organisering af den kommunale alkoholbehandling	14
3.2. Behandlingen.....	17
3.3. Personale og uddannelse	21
3.4 Økonomi	25
3.5 Rangordning af den kommunale alkoholbehandling	26
3.6. Samarbejde med almen praksis	27
3.7 Farmakologisk behandling i almen praksis.....	30
3.8 Brug af vejledningen ”Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer” i almen praksis.....	31
4. Diskussion	32
4.1 Organisering	32
4.2 Behandling.....	33
4.3 Personale og uddannelse	35
4.4 Økonomi	36
4.5 Rangordning af den kommunale alkoholbehandling	36
4.6 Samarbejde med almen praksis	37
4.7 Konklusion	38
6. Referencer	40
Bilag 1: Spørgeskema brugt til kommunerne	43
Bilag 2: Spørgeskema til alment praktiserende læger om alkoholbehandling.....	51
Bilag 3: Spørgsmål brugt til smiley-ordning.....	56

Sammenfatning

Alkoholafhængighed er en kompleks lidelse. Ofte indeholder den psykiske komponenter, medfører somatiske eller psykiatriske følgetilstande, og sygdommen er en stor social belastning for omgivelserne. Det er tidligere vist, at kvaliteten af alkoholbehandlingen varierer meget mellem kommunerne, både hvad angår ressourcer, fagsammensætning af personale og behandlingsmetoder. På trods af at der på alkoholbehandlingsområdet er betydelig viden om, hvad der virker i forbindelse med behandling af alkoholafhængighed, er der store forskelle på, i hvilket omfang alkoholbehandlingsinstitutionerne anvender den eksisterende viden om effektiv alkoholbehandling. På alkoholområdet er der 14 dages behandlingsgaranti, og det er derfor relevant at vide, hvad det er for en behandling, der er garanti for at modtage.

Lægeforeningen har ønsket at vurdere udviklingen i kommunernes alkoholbehandlingstilbud ved at gentage undersøgelsen "Alkoholbehandling i kommunerne 2009" for at få et overblik over udviklingen siden 2009 samt for at vurdere, om kommunernes alkoholbehandling er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Nærværende undersøgelse er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed og bygger på spørgeskemaer udsendt i maj/juni 2012 til alle landets 98 kommuner og til alle landets praktiserende læger, hvis e-mailadresse var registreret i Lægeforeningen. Spørgeskemaet til kommunerne afdækkede alkoholbehandlingens organisering, anvendte behandlingsmetoder, personalesammensætning, økonomi og samarbejde med almen praksis. Spørgsmålene havde til formål at vurdere overensstemmelsen med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Spørgeskemaet til de praktiserende læger omhandlede bl.a. de praktiserende lægers vurdering af udbud og kvalitet ved henvisning af patienter til forskellige alkoholbehandlingstilbud. I alt 94 ud af 98 kommuner besvarede spørgeskemaet, og 1.644 ud af 3.360 praktiserende læger besvarede spørgeskemaet. Hovedresultaterne af undersøgelsen er følgende:

Resultater:

ORGANISERING

- Landets kommuner har primært organiseret alkoholbehandlingen i fælleskommunalt drevne ambulatorier (25 %) eller har eget kommunaldrevet ambulatorium (56 %).
- Siden 2009 er der betydelig færre kommuner, der benytter en regional udbyder, mens antallet af kommuner med egen institution er mere end fordoblet.

- I tråd med undersøgelsen fra 2009 har de fleste kommuner organiseret alkoholbehandlingen under socialforvaltningen.
- 92 % af kommunerne har alkohol- og stofbehandling i samme organisation, og 70 % har placeret det geografisk samme sted. I forhold til 2009 er der nu signifikant flere, der har alkohol- og stofbehandling geografisk samme sted (51 % i 2009).
- I dag har 59 % af kommunerne en alkoholpolitisk handleplan, der inkluderer behandlingsindsatsen, mens det i 2009 blot var 39 %, hvilket er en positiv udvikling.

BEHANDLING

- Antallet af behandlede patienter pr. 1000 indbyggere varierer fra 0,08-8,37, men der er ingen sammenhæng mellem størrelsen af kommunerne og antallet af behandlede patienter, ligesom der ikke er sammenhæng mellem den måde, kommunens alkoholbehandling er organiseret på, og antallet af behandlede patienter. Dette er uændret i forhold til 2009.
- En tredjedel af kommunerne varetager ikke selv abstinensbehandling. Hos de to tredjedele der selv varetager abstinensbehandlingen, er det det evidensbaserede klordiazepoxid, der er det hyppigst anvendte stof til abstinensbehandling (87 %), mens 13 % bruger barbiturat, hvor evidensen for virkningen er dårlig, og næsten halvdelen (43 %) anvender NADA-akupunktur, som er uden evidens for effekt. I forhold til 2009 er der ingen signifikant forskel i brugen af præparater til afrusning og abstinensbehandling.
- Til den egentlige behandling af alkoholafhængighed anvender en stor andel (82 %) disulfiram (antabus), hvor evidensen for effekt af disulfiram ikke er særlig stærk, mens blot 51 % og 26 % bruger henholdsvis acamprosat og naltrexon (anticravingmidler, der nedsætter trangen til alkohol), stoffer som har særdeles god evidens for effekt til behandling af alkoholafhængighed. I forhold til 2009 er der ingen signifikant forskel i brugen af præparater til behandling af alkoholafhængighed.
- Kun 40 % af kommunerne screener for psykiatrisk komorbiditet på trods af viden om, at ca. 50 % af patienter med afhængighed har en samtidig psykiatrisk lidelse (her kan ikke sammenlignes med 2009, da spørgsmålet dengang ikke blev stillet).

PERSONALE OG UDDANNELSE

- Flere af kommunerne har mere socialfagligt (84 %) end sundhedsfagligt personale (61 %) med mellemlang videregående uddannelse ansat. Dette gælder både for kommuner, der har organiseret

alkoholbehandlingen fælleskommunalt, regionalt, hos privat udbyder og hos kommuner med egen behandlingsinstitution. I forhold til 2009 er dette mønster stort set uændret.

- Sammenlignet med 2009 er der flere kommuner med egen institution, som nu har ansat sundhedsfagligt personale (62 % mod 26 % i 2009). For personale med lang videregående sundhedsfaglig uddannelse har kun 23 % ansat fast læge, og kun 15 % har ansat fast psykiater, en fordeling der er uforandret i forhold til 2009.

ØKONOMI

- Der er store variationer i, hvor meget kommunerne budgetterer med. Der bliver gennemsnitligt brugt 57 kr. pr. indbygger på alkoholbehandling i danske kommuner. Kommuner, der bruger privat udbyder, bruger gennemsnitligt 30 kr. mere pr. indbygger sammenlignet med kommuner, der har eget kommunalt drevet ambulatorium eller indgår i fælleskommunalt samarbejde. I forhold til 2009 er dette uforandret.

RANGORDNING AF DEN KOMMUNALE ALKOHOLBEHANDLING (SMILEY-ORDNING)

- Elleve spørgsmål fra spørgeskemaet til kommunerne blev udvalgt som grundlag for en indikator for kvalitet i alkoholbehandlingen. På baggrund af en scoring af disse variabler har 36 % af kommunerne fået tildelt en glad smiley, mens 53 % har fået en neutral, og 11 % har fået en sur smiley. Hvis den kommunale alkoholbehandling sidestilles med fødevarevirksomheder, ville det kun være en tredjedel af institutionerne, der kunne hænge en glad smiley op i "butikken".

SAMARBEJDE

- To tredjedele af kommunerne orienterer egen læge om behandlingen. Der er ingen signifikant forskel i forhold til 2009. Orienteringen sker primært ved opstart og kun få orienterer undervejs i behandlingsforløbet.
- Kommunerne synes generelt, at samarbejdet med egen læge er "rigtig godt" eller "nogenlunde", mens 62 % af lægerne vurderer udbud og kvalitet som "utilstrækkeligt" eller "nogenlunde med mangler", når de henviser til alkoholbehandling i regionalt regi. De tilsvarende tal er 58 %, når lægerne henviser til alkoholbehandling i kommunalt regi, og 38 % når de henviser til alkoholbehandling i privat regi.

- Over halvdelen af lægerne synes udbud og kvalitet er utilstrækkeligt, når de henviser til psykiatrisk afdeling, hvilket ikke er signifikant forskelligt fra 2009.
- Næsten alle læger (99 %) har ordineret disulfiram inden for det seneste år, mens ca. en tredjedel har ordineret acamprosat eller naltrexon, hvilket ikke er signifikant forskelligt fra 2009.

	Udvikling fra 2009-2012
ORGANISERING	• I dag benytter færre kommuner sig af regionale tilbud, mens andelen af kommuner med egen institution er mere end fordoblet (56 %). • Ligesom i 2009 har de fleste kommuner organiseret alkoholbehandlingen under socialforvaltningen (47 %). • Andel af kommuner, der organiserer alkohol- og stofbehandling samme geografiske sted, er steget fra 51 % til 70 %.
BEHANDLING	• Mange kommuner bruger stadig ikke evidensbaserede metoder til abstinensbehandling (barbiturat og NADA-akupunktur). • Til behandlingen af afhængighed bruger højst halvdelen de evidensbaserede præparater acamprosat og naltrexon (hhv. 51 % og 26 %). Der er ikke sket nogen udvikling siden 2009.
PERSONALE	• Kommunerne har mere socialfagligt end sundhedsfagligt personale ansat. I forhold til 2009 er dette mønster stort set uændret.
ØKONOMI	• Kommunernes budgetter for alkoholbehandling varierer stadig meget. Der bliver gennemsnitligt brugt 57 kr. pr. indbygger på alkoholbehandling. I forhold til 2009 er dette uforandret.
SAMARBEJDE	• En stor andel af lægerne synes udbud og kvalitet er utilstrækkeligt, når de henviser til behandling i både regionalt, kommunalt og privat regi. Der er ikke sket nogen udvikling siden 2009.

1. Baggrund

1.1. Alkoholbehandlingsindsatsen – en sundhedsfaglig opgave

Det er tidligere blevet dokumenteret, at alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark har været præget af stor variation i behandlingstilbuddene både kvantitativt og kvalitativt og med en mangelfuld dokumentation og kvalitetssikring (Pedersen et al., 2004). I samme periode som kommunerne har overtaget ansvaret for alkoholbehandlingen fra amterne, er der sket en betydelig faglig udvikling på alkoholbehandlingsområdet, som blandt andet er udmøntet af Sundhedsstyrelsen med publikation af MTV-rapporten om alkoholbehandling i 2006 (Nielsen et al., 2006) og rådgivningsmaterialet "Kvalitet i alkoholbehandling" til kommunerne i 2008 (Becker et al., 2009). Dette rådgivningsmateriale giver sammen med Sundhedsstyrelsens "Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder" kommunerne et fagligt grundlag for at vurdere, om de private og kommunale alkoholbehandlingssteder lever op til den kvalitet, som Sundhedsstyrelsen har beskrevet (Sundhedsstyrelsen, 2011). Der er en meget betydelig viden om, hvad god alkoholbehandling er, og såvel MTV-rapporten som rådgivningsmaterialet til kommunerne peger blandt andet på betydningen af tilstrækkelig sundhedsfaglig ekspertise, udredning af psykiatrisk og somatisk komorbiditet, abstinensbehandling, psykiatrisk vurdering og behandling samt farmakologisk alkoholbehandling.

1.2. Ønske om overblik over udvikling siden 2009

Lægeforeningen har ønsket at vurdere udviklingen i kommunernes alkoholbehandlingstilbud ved at gentage undersøgelsen "Alkoholbehandling i kommunerne 2009" for at få et overblik over udviklingen siden 2009 (Becker and Barfod, 2009) samt for at vurdere, om kommunernes alkoholbehandling er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området (Becker et al., 2009; Nielsen et al., 2006). Derfor udsendte Statens Institut for Folkesundhed i maj/juni 2012 et spørgeskema til alle landets 98 kommuner og et spørgeskema til alle landets praktiserende læger, hvis e-mailadresse var registreret i Lægeforeningen.

1.3. Danskernes alkoholforbrug

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

medvirkende årsag. Herudover er alkohol årsag til et meget betydeligt antal skadestuebesøg, ambulante besøg, hospitalsindlæggelser, sygedage og til 160.000 ekstra kontakter i almen praksis pr. år (Juel K et al., 2006).

I Danmark er det en lille del af befolkningen, der ikke drikker alkohol i løbet af et år. I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY) fra 2010 anførte henholdsvis 7,9 % af mændene og 15,6 % af kvinderne, at de ikke havde drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. (Christensen et al., 2012). Ifølge salgsstatistikkerne var alkoholforbruget i Danmark stigende i 1960'erne og 1970'erne fra godt fire liter ren alkohol i gennemsnit pr. år for alle danskere over 14 år til ca. 12 liter ren alkohol i gennemsnit i 1990'erne. I 2010 var forbruget af alkohol 11,3 liter ren alkohol pr. indbygger over 14 år svarende til 14 genstande om ugen, hvor én genstand er indholdet af en almindelig pilsnerøl (12 g alkohol) (Danmarks Statistik, 2011). Det er et forbrug, der er højt i forhold til de andre nordiske lande, men tæt på EU-gennemsnittet (11 liter ren alkohol pr. indbygger over 15 år) (WHO, 2011).

Man regner med, at ca. 860.000 voksne danskere drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (defineret som højrisikogrænsen på 14 genstande pr. uge for kvinder og 21 for mænd) (Gottlieb Hansen et al., 2011). De senere år er der lavet flere landsdækkende og regionale befolkningsundersøgelser, som også har undersøgt danskernes alkoholvaner. Den seneste SUSY-undersøgelse fra 2010 viser, at 13,3 % af danske mænd og 8,0 % af de adspurgte danske kvinder drikker over genstandsgrænserne. For både mænd og kvinder er det de 16-24-årige, der drikker mest. Andelen, der drikker over genstandsgrænserne, er også stor blandt mænd i aldersgrupperne 55-64 år og 64-74 år. I SUSY 2010 ses der overordnet ingen tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der overskrider genstandsgrænserne. Dog er der i aldersgruppen ≥ 65 år, blandt både mænd og kvinder, en større andel af dem med en mellemlang videregående uddannelse, der overskrider genstandsgrænserne, i forhold til dem med kortere uddannelse. Forekomsten af personer, der overskrider genstandsgrænserne, er også højere blandt arbejdsløse (14,5 %) og førtidspensionister (12,6 %) end blandt beskæftigede (8,6 %) (Christensen et al., 2012).

Der er ikke foretaget egentlige danske undersøgelser af hverken incidens eller prævalens af skadeligt forbrug og alkoholafhængighed i Danmark. De bedste estimater, baseret på tal fra SUSY 2005, tyder på, at der i Danmark er ca. 585.000, der har et skadeligt forbrug, og ca. 140.000 der er alkoholafhængige (Gottlieb Hansen et al., 2011). En mindre del af disse – ca. 15.000 – udgøres af dem, der er socialt udstødte og borgere med svære psykiske sygdomme og samtidigt alkoholmisbrug. Det er denne gruppe, der i den almindelige opfattelse er indbegrebet af en alkoholiker – ”manden på bænken” – dem der er hjemløse, uden arbejde, uden socialt netværk og med meget ringe socialt funktionsniveau. Hjemløseundersøgelsen fra Socialforskningsinstituttet 2011 (Hesselberg Lauritzen et al., 2011) viste, at der er ca. 5.290 hjemløse i

Danmark. Fyrre % af disse har et alkoholmisbrug, men de udgør altså en meget lille del af det totale antal alkoholafhængige. En undersøgelse af 1.290 socialt udsatte viste, at 25,4 % var alkoholmisbrugere¹ (Pedersen et al., 2008). Langt de fleste alkoholafhængige, som er den væsentligste målgruppe for den kommunale alkoholbehandling, udgøres af et bredt udsnit af befolkningen. De alkoholafhængige, der søger eller henvises til behandling, består overvejende af mænd (75 %), med en gennemsnitsalder på ca. 45 år (spredning fra 20 til 80 år), op mod halvdelen er tilknyttet arbejdsmarkedet, og omkring halvdelen har familien/netværket intakt. Misbruget har stået på i gennemsnitligt ti år, og alkoholforbruget er ved henvendelse til behandlingsinstitutionen gennemsnitligt 20 genstande dagligt (Becker, 2004).

1.4. Lovgivning

Efter Kommunalreformen i 2008 overgik alkoholbehandling fra tidligere at have været et amtsligt ansvarsområde til at være kommunernes ansvar. Det gælder både ambulant og døgnbehandling. Ifølge sundhedslovens § 141 skal kommunalbestyrelsen inden 14 dage tilbyde behandling til alkoholmisbrugere. Kommunalbestyrelsen kan etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner. Behandlingen skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det, og behandlingen er vederlagsfri og uafhængig af patientens bopæl. Lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere er reguleret i sundhedslovens § 142, mens anden behandling af stofmisbrug er reguleret i serviceloven. § 252 i sundhedsloven fastslår, at bopælskommunen afholder udgifterne til alkoholbehandling. Der er ikke noget krav om visitation til ambulant behandling. Først i det øjeblik der skønnes at være behov for døgnbehandling, kræves visitation via kommunen. Der er ikke noget entydigt overblik over, hvor mange patienter der er i behandling. Alle, der behandler patienter for offentlige midler, skal efter 1. januar 2006 indberette til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) i Sundhedsstyrelsen. Registeret er ikke fuldstændigt endnu, men tal fra 2009 og 2010 viser, at 34.330 modtager alkoholbehandling² (Kjellberg et al., 2012; Sundhedsstyrelsen, 2012). Heraf ved vi, at der i 2011 var godt 22.000 patienter i disulfiram-behandling, formentligt overvejende i almen praksis – et tal der har været svagt faldende (Statens Serum Institut, 2012). Fordelingen mellem døgnbehandling og ambulant behandling skønnes at være sådan, at 2-4 % behandles i døgnregi og resten ambulant (Hvidtfeldt et al., 2008). Disse tal viser, at kun en meget lille del af de ca. 140.000 alkoholafhængige danskere modtager behandling, og at anvendelsen af døgnbehandling er lille. I Sverige behandles ca. 12 % af dem, der kommer

¹ Defineret som personer, der angav at de drak alkohol hver dag eller næsten hver dag, og samtidig angav, at de sidste gang, de drak, drak mere end 5 genstande.

² Alkoholbehandling defineres her som " ... havende været i enten offentligt betalt alkoholbehandling ved alkoholbehandlingscenter og/eller i medicinsk behandling med Antabus® eller Campral®." (Kjellberg et al. 2012).

i behandling, i døgnregi (Pedersen et al., 2004). Langt størstedelen af ambulante alkoholbehandling er offentligt finansieret. For den offentligt finansierede døgnbehandlings vedkommende er der i øjeblikket 10-20 årspladser pr. 500.000 indbyggere, svarende til i alt ca. 100 og 200 årspladser eller 800-1500 døgnforløb pr. år. Varigheden af et typisk døgnforløb er 8-12 uger – i nogle tilfælde kortere – i andre tilfælde længere. Herudover er der et betydeligt antal egenfinansierede døgnbehandlingstilbud, men ingen har overblik over omfanget heraf endsige indhold og kvalitet.

Der eksisterer ikke nogen autorisationsordning for alkoholbehandlere, men der er etableret en godkendelsesordning for offentligt finansierede alkoholbehandlingsinstitutioner både ambulante og døgnbehandlingsinstitutioner. Det er kommunerne, som varetager godkendelsen også af egne institutioner i henhold til en vejledning udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Hvorvidt denne ordning har medført en højnelse af kvaliteten er ikke evalueret endnu. For at en kommune må anvende et givet alkoholbehandlingstilbud, skal institutionen være opført på Tilbudsportalen. Dette indebærer dog ikke indholds krav, men alene økonomiske og administrative krav (Sundhedsstyrelsen, 2011).

2. Metode

Dataindsamling – kommunerne

Spørgeskemaet til kommunerne bestod af 40 spørgsmål fordelt på følgende områder:

- Organisering af den ambulante alkoholbehandling.
- Antallet af patienter i ambulant alkoholbehandling samt brugte behandlingsmetoder.
- Ressourcer afsat til ambulant alkoholbehandling.
- Samarbejdsaftaler og brug af døgnbehandling (se bilag 1 for spørgeskema).

En invitationsmail indeholdende et link til et web-baseret spørgeskema (Survey Exact) blev sendt til kommunaldirektøren eller den person, der havde det overordnede organisatoriske/administrative ansvar for kommunens alkoholbehandling i landets 98 kommuner, ligesom der også blev oplyst om muligheden for at få tilsendt et papirspørgeskema. I invitationsmailen blev det anført, at formålet med undersøgelsen var at tilvejebringe et overblik over organisationen af den offentligt finansierede ambulante alkoholbehandling i Danmark, samt at undersøgelsen var en opfølgning på en tilsvarende undersøgelse fra 2009. Desuden blev der gjort opmærksom på, at ved publikation af undersøgelsens resultater ville alle data være anonymiserede, således at kommunens navn ikke ville fremgå, da formålet alene var at skabe overblik over den kommunale indsats. De fleste kommuner har bedt fagpersoner inden for alkoholbehandlingen om at besvare spørgsmålene, mens et mindretal har besvaret spørgsmålene på forvaltningsniveau.

Dataindsamlingen indebar en skriftlig og en telefonisk rykkerprocedure.

Dataindsamling – praktiserende læger

Spørgeskemaet til de praktiserende læger bestod af 13 spørgsmål, der omhandlede de praktiserende lægers vurdering af udbud og kvalitet ved henvisning af patienter til forskellige alkoholbehandlingstilbud (se bilag 2 for spørgeskema). I ledsagemailen blev det anført, at formålet med undersøgelsen var at tilvejebringe et overblik over kvaliteten af alkoholbehandling i Danmark, samt at undersøgelsen var en opfølgning på en tilsvarende undersøgelse fra 2009. Data blev udelukkende indsamlet via et web-baseret spørgeskema (Survey Exact) og alle landets praktiserende læger, hvis e-mailadresse var registreret i Lægeforeningen (n=3.360), blev tilbudt at deltage. Rykkerproceduren indebar én påmindelse via e-mail.

For begge spørgeskemaer gjaldt, at spørgsmål og svarkategorier var sammenlignelige med undersøgelsen fra 2009. I 2012 blev der til kommunerne bl.a. tilføjet spørgsmål om systematisk screening for psykiatrisk komorbiditet, og om der er nedskrevne retningslinjer for behandlingen i kommunens alkoholbehandling. I 2012 blev der i spørgeskemaet til de praktiserende læger ydermere spurgt til, hvorvidt den enkelte

benytter sig af vejledningen ”Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer” (Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, 2010).

I relation til kommuneundersøgelsen vurderes frafaldet ved besvarelse af spørgeskemaerne (4 %) ikke at udgøre noget problem. I relation til undersøgelsen af de praktiserende læger er det store frafald (51 %) et grundvilkår, idet de praktiserende læger pga. travlhed, ofte ikke besvarer spørgeskemaer. Et relativt stort antal læger (1.644) indgik dog, hvilket taler for undersøgelsens validitet, men det kan ikke udelukkes fuldstændigt, at den lave svarprocent kan have en indflydelse på resultaterne.

Databehandling og analyser

Databehandling og statistiske test blev foretaget i statistikprogrammet Stata version 12.1 (StataCorp, USA). I forbindelse med signifikanstest bliver en p-værdi $< 0,05$ betragtet som statistisk signifikant. Ved kategoriske variable er χ^2 , og Fisher's exact test anvendt, og ved kontinuerlige normalfordelte data er ANOVA anvendt, mens Kruskal-Wallis test er anvendt ved ikke normalfordelte variable.

Ved håndteringen af besvarelser fra kommuner, som indgik i fælles kommunale behandlingsenheder, blev data fra den kommune, som havde det overordnede administrative og behandlingsmæssige ansvar, brugt som besvarelse for de kommuner, der ikke havde udfyldt spørgsmål relateret til den behandling, der varetages af det fælleskommunale tilbud.

Litteratursøgning

Til brug for baggrundsafsnittet blev der søgt litteratur i databasen PubMed Medline. Rapporter blev søgt via Sundhedsstyrelsens hjemmeside, samt andre relevante institutioners hjemmesider.

Smiley-ordning

Til brug for en vurdering af kvaliteten i danske kommuners alkoholbehandling blev en såkaldt ”smiley-ordning” udviklet. Elleve spørgsmål fra spørgeskemaet til kommunerne blev udvalgt som grundlag for en indikator for kvalitet i alkoholbehandlingen. De 11 spørgsmål, der indgår i kvalitetsvurderingen er variabler, der scores med 1 point, hvis svaret på det pågældende spørgsmål vurderes at indikere god kvalitet og med 0 point, hvis svaret på spørgsmålet vurderes at indikere ringe kvalitet i alkoholbehandlingen. Fordelingen mellem hhv. ”sur smiley”, ”neutral smiley” og ”glad smiley”, udregnes således: 0-3 point = sur smiley, 4-7 point = neutral smiley, 8-11 point = glad smiley (se bilag 3 for spørgsmål).

3. Resultater

I det følgende gennemgås resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne m.h.t. organisering, behandling, personale og uddannelse, økonomi og samarbejde. Endelig gennemgås de praktiserende lægers vurdering af alkoholbehandlingen. I alt 94 af 98 kommuner besvarede spørgeskemaet (96 %). Én kommune afviste at deltage i undersøgelsen. Spørgeskemaet til de praktiserende læger blev besvaret af 1.644 personer (49 %). Gennemgående i kapitlet er at resultaterne holdes op imod Sundhedsstyrelsens anbefalinger på alkoholbehandlingsområdet (Nielsen et al., 2006; Becker et al., 2009) og resultaterne fra undersøgelsen i 2009 "Alkoholbehandling i kommunerne, 2009" (Becker and Barfod, 2009).

3.1. Organisering af den kommunale alkoholbehandling

Ifølge Sundhedsstyrelsen (MTV-rapporten) anbefales det, at der i en alkoholbehandlingsorganisation tages hensyn til, at patienter med svære abstinenssymptomer og svær alkoholforgiftning kan indlægges til observation og behandling. Organisationen bør også kunne håndtere udredning, kortlægning og diagnostik af patienter med alkoholproblemer, inklusive en afdækning af samtidigt tilstedeværende psykiatriske og somatiske sygdomme. Dette er nødvendigt for at iværksætte den rette visitation og behandling. En alkoholbehandlingsorganisation skal således sikre en faglighed, der muliggør såvel evidensbaseret psykosocial behandling som evidensbaseret farmakologisk behandling (Nielsen et al., 2006).

Ud af 94 kommuner indgik 23 kommuner (25 %) i fælleskommunalt drevne ambulante behandlingsenheder eller enheder, hvor kommuner købte ydelser fra en anden kommunes alkoholambulatorium. I alt 4 kommuner (4 %) købte ambulant alkoholbehandling hos regional udbyder. Blandt disse forekom der også køb af ydelser fra privat udbyder. I alt 14 kommuner (15 %) købte ambulant alkoholbehandling af privat udbyder, og de resterende 53 kommuner (56 %) havde et kommunalt drevet eget ambulatorium (tabel 1). Siden 2009 er der altså betydeligt færre kommuner, der anvender regional udbyder ($p < 0,01$), mens antallet af kommuner med egen institution er mere end fordoblet fra 2009 til 2012 ($p < 0,001$).

Tabel 1. Fordeling af hvordan kommunerne har organiseret alkoholbehandlingen (n=80 (82 %) i 2009; n=94 (96 %) i 2012)

	Fælleskommunal		Regional*		Privat udbyder		Egen institution*	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
n	25	23	15	4	16	14	22	53
	32 %	25 %	19 %	4 %	21 %	15 %	28 %	56 %

*indikerer signifikante forskelle mellem 2009 og 2012

I tabel 2 ses sammenhængen mellem befolkningstallet og den kommunale organisering af alkoholbehandlingen. Der er ikke nogen sammenhæng mellem organiseringsform og befolkningstal ($p=0,38$). Hvis man sammenligner med de tilsvarende tal fra 2009 kan man se, at kommuner med egen institution er blevet mindre, idet halvdelen af kommunerne i 2009 havde et indbyggertal over 68.310 (20.759 – 195.145), mens halvdelen af kommunerne i 2012 havde et indbyggertal over 48.127 (21.366- 551.580), men forskellen er dog ikke signifikant ($p=0,24$).

Tabel 2. Indbyggertal vs. organisering

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
2012	(n=23)	(n=4)	(n=14)	(n=53)
Indbyggertal (median)	33.127	31.252	30.983	48.127
Min. – maks.	1.880 - 315.193	24.047 – 44.324	13.723 – 72.890	21.366 - 551.580
2009	(n=25)	(n=15)	(n=16)	(n=24)
Indbyggertal (median)	42.447	76.055	36.253	68.310
Min. – maks.	3.192 - 198.538	2.003 – 509.861	12.399 – 68.913	20.759 - 195.145

I de fleste kommuner var ansvaret for alkoholbehandlingen placeret i socialforvaltningen (47 %), mens 15 % af kommunerne havde placeret ansvaret for alkoholbehandlingen i sundhedsforvaltningen, og 2 % havde placeret ansvaret i arbejdsmarkedsforvaltningen. I 36 % af kommunerne var ansvaret placeret i andre forvaltninger, blandt andet fordi mange kommuner er organiseret i forvaltninger med anden sammensætning (f.eks. social- og sundhedsforvaltningen eller social, sundheds- og

arbejdsmarkedsforvaltningen), eller hører under området voksne/psykiatri (tabel 3). Disse tal er stort set uændrede fra 2009.

Tabel 3. Fordelingen af hvilken forvaltning ansvaret for alkoholbehandlingen er placeret i (n=94)

	Socialforvaltning	Sundhedsforvaltning	Arbejdsmarkedsforvaltning	Andet*
n	44	14	2	33
	47 %	15 %	2 %	36 %

* Ni kommuner (10 %) angiver, at social- og sundhedsforvaltningen hører under ét, og at alkoholbehandlingen er placeret her. Tre kommuner (3 %) angiver at social-, sundheds- og arbejdsmarkedsforvaltningen hører under ét, og at alkoholbehandlingen er placeret her. Elleve kommuner angiver at alkoholbehandlingen hører under området handicap/psykiatri (12 %)

Af tabel 4 fremgår det, at 36 % af kommunerne svarede, at forebyggelse og alkoholbehandling lå i forskellige forvaltninger. Langt de fleste kommuner havde organiseret alkohol- og stofbehandling i samme forvaltning (92 %), og 70 % havde valgt at have alkohol- og stofbehandling geografisk samme sted, hvilket er betydeligt mere end ved undersøgelsen i 2009 ($p=0,02$). Der var en signifikant større andel, der havde alkohol- og stofbehandling i samme geografi blandt kommuner, der havde egen ambulant behandling ($p=0,04$, data ikke vist). De fleste kommuner havde organiseret alkoholbehandlingen med en selvstændig ledelse med både personale- og budgetansvar. Seksten % af de adspurgte kommuner svarede ja til spørgsmålet, om journalføringen i den ambulante alkoholbehandling indgår i et fælles journalsystem, således at der potentielt er fri tilgængelighed for informationer inden for hele den kommunale forvaltning.

Det anbefales, at kommunerne udarbejder alkoholpolitiske handleplaner, som skal fastlægge en overordnet forebyggelses- og behandlingspolitik i kommunen samt indeholde konkrete bud på, hvordan alkoholpolitikken kan realiseres (SST, 2002). Af tabel 4 fremgår det, at flertallet (59 %) af kommunerne havde udarbejdet en alkoholpolitisk handleplan. Hvilket er en signifikant stigning i forhold til 2009, hvor kun 39 % af de adspurgte havde en sådan plan ($p=0,01$) (tabel 4).

Tabel 4. Fakta om den kommunale alkoholbehandling (n=75 i 2009; n=93 i 2012)

	2009		2012	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Forebyggelse i samme forvaltning	67 %	33 %	57 %	36 %
Alkohol og narko i samme organisation	88 %	12 %	92 %	8 %
Alkohol og narko geografisk samme sted*	51 %	49 %	70 %	30 %
Selvstændig ledelse m. budgetansvar [§]	72 %	28 %	76 %	24 %
Selvstændig ledelse m. fagligt ansvar [#]	85 %	15 %	81 %	19 %
Indgår journalføringen i fælles system [§]	20 %	80 %	16 %	84 %
Alkoholpolitisk handleplan der inkluderer behandlingsindsatsen* [§]	39 %	61 %	59 %	41 %

* Indikerer signifikant forskel mellem 2009 og 2012.

[§] n=92 for 2012

[#] n=89 for 2012

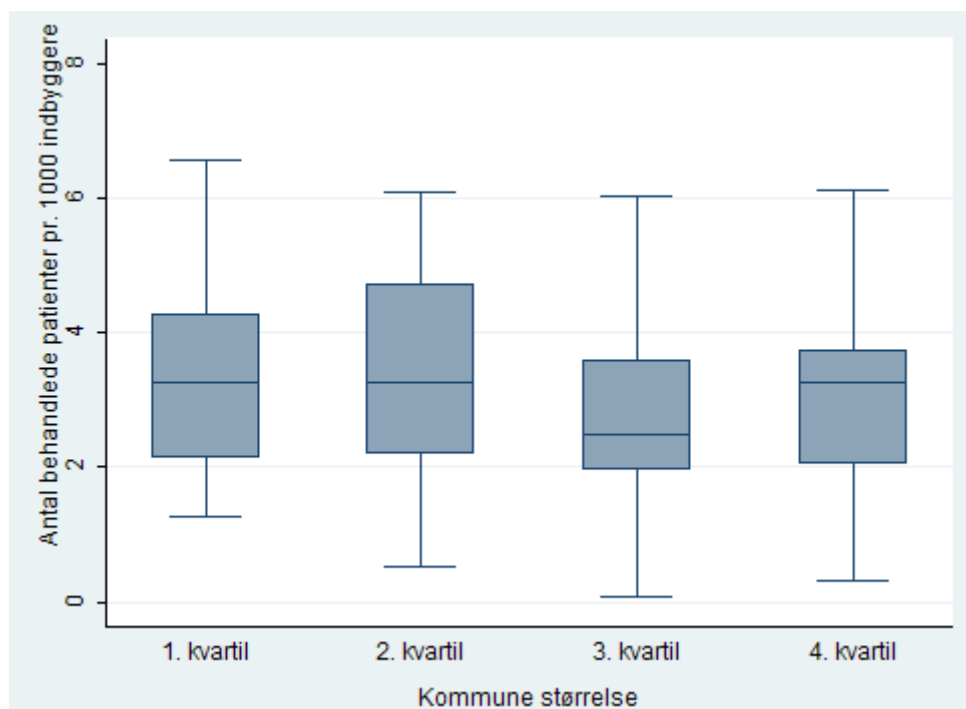
3.2. Behandlingen

Ved opgørelse af antal behandlinger ses der på antallet af behandlinger pr. 1000 indbyggere. Dette gøres for at muliggøre sammenligning på tværs af kommunestørrelse.

3.2.1. Antal behandlinger

Kommunerne blev spurgt om antallet af behandlede patienter og antallet af afsluttede behandlingsforløb i 2011. Antallet af patienter pr. 1.000 indbyggere varierede fra 0,08 til 8,37. Medianen var 3,08 pr. 1.000 indbyggere, hvilket er lidt mere end i 2009 (2,5 pr. 1.000 indbyggere), men ikke signifikant forskelligt ($p=0,69$). Figur 1 viser antallet af behandlede patienter pr. 1.000 indbyggere fordelt på kommunestørrelse, og forskellene mellem store og små kommuner var ikke signifikant forskellige ($p=0,72$). Der var ingen variation i antallet af behandlede patienter pr. 1.000 indbyggere sammenholdt med den måde, alkoholbehandlingen var organiseret på i kommunen ($p=0,67$, data ikke vist).

Figur 1. Antallet af behandlede patienter pr. 1000 indbyggere i 2011, fordelt på kommunestørrelse (n=83). Median, min.-maks., 1. og 3. kvartil.



3.2.2. Abstinensbehandling

Abstinensbehandling er af betydning for fastholdelse i behandling og behandlingsresultat. For at foretage en vurdering af den sundhedsfaglige kvalitet havde vi i 2009 udvalgt nogle spørgsmål, der handlede om anvendelsen af evidensbaserede farmakologiske behandlinger (klordiazepoxid), barbiturat (Fenemal), som må anses som forældet behandling (som førstevalgspræparat) (Nielsen et al., 2006), og NADA-akupunktur, hvor der ikke er nogen evidens for effekt³ (Cho and Whang, 2009).

Af tabel 5a fremgår det, at ca. en tredjedel af kommunerne svarede, at de ikke selv varetog abstinensbehandling. Det er selvfølgelig ikke det samme som at sige, at man slet ikke abstinensbehandler; nogle henviser til indlæggelse på en døgnbehandlingsinstitution, hospital eller egen læge. Der var ikke signifikant forskel på sammenhængen mellem organiseringsform, og om den ambulante alkoholbehandling selvstændigt varetog afrusning og abstinensbehandling ($p=0,65$; data ikke vist). Klordiazepoxid var det hyppigst anvendte stof til abstinensbehandling (87 %) (tabel 5a). Tretten % af kommunerne anvendte

³ NADA (National Acupuncture Detoxification Association) er et standardiseret øreakupunktur-program, som består af fem kinesiske ørepunkter, oftest anvendt i samspil med anden behandling (URL: www.vifab.dk/alternativ+behandling/akupunktur/varianter+af+akupunktur/nada).

barbiturat. Ydermere svarede 43 % af kommunerne, at man anvendte NADA-akupunktur i den ambulante afrusning og abstinensbehandling. I forhold til 2009 er der ingen signifikant forskel i brugen af præparater til afrusning og abstinensbehandling.

Tabel 5a. Andel af kommunerne der selv varetager afrusning (n=75 i 2009; n=88 i 2012) samt fordelingen af den anvendte medicin/behandlingsmetode til afrusning (n=47 i 2009; n=60 i 2012)

	2009		2012	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Afrusning og abstinensbehandling	69 %	31 %	68 %	32 %
Barbiturat	9 %	92 %	13 %	87 %
Klordiazepoxid	92 %	9 %	87 %	13 %
NADA-akupunktur	36 %	64 %	43 %	57 %

Hvis man fordeler data på organisationstype (tabel 5b), ses det, at kommuner med egen ambulant behandlingsinstitution i højere grad brugte NADA-akupunktur i forhold til regionale, fælleskommunale og private institutioner ($p<0,01$). Hvilket er en stigning fra 47 % i 2009 til 61 % i 2012. Ligesom i 2009 var der få institutioner, der anvendte barbiturat i abstinensbehandlingen, og flertallet anvender klordiazepoxid.

Tabel 5b. Afrusning og abstinensbehandling fordelt på organisationstype

	Fælleskommunal		Regional		Privat udbyder		Egen institution	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
	n=20	n=15	n=8	n=2	n=4	n=10	n=15	n=33
Barbiturat	15 %	13 %	13 %	100 %	0 %	30 %	0 %	3 %
Klordiazepoxid	100 %	87 %	100 %	50 %	75 %	80 %	80 %	91 %
NADA-akupunktur	25 %	27 %	38 %	100 %	50 %	0 %	47 %	61 %

3.2.3. Medicinsk behandling af alkoholafhængighed

For så vidt angår den farmakologiske forebyggende alkoholbehandling (disulfiram og anticraving-medicin) udvalgte vi nogle behandlinger, som har særdeles god evidens (naltrexon og acamprosat), begrænset

evidens (disulfiram) og SSRI, hvor der ikke er dokumentation for effekt på alkoholafhængigheden per se (Nielsen et al., 2006; Petrov et al., 2011). Toogfirs % af kommunerne svarede ja til, at man anvendte disulfiram, mens 51 % og 26 % anvender henholdsvis acamprosot og naltrexon. Tretten % af kommunerne anvendte SSRI-præparater (tabel 6a). Andelen af kommuner, der anvendte de i tabel 6a nævnte præparater, var stort set uændret i forhold til 2009.

Hvis man fordeler data fra tabel 6a på organisationstype (tabel 6b), ses det, at signifikant flere anvendte disulfiram i kommuner, som havde etableret egne behandlingsinstitutioner ($p < 0,01$). Der er ingen signifikante forskelle mellem brug af SSRI-præparater, acamprosot og naltrexon og organiseringstype (tabel 6b).

Tabel 6a. Fordeling af brugen af medikamenter til behandling af alkoholafhængighed (n=47 i 2009; n=94 i 2012)

	2009		2012	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Disulfiram (Antabus)	92,5 %	7,5 %	82 %	18 %
Acamprosot (Campral)	59,3 %	40,7 %	51 %	49 %
Naltrexon (Adepend; Naltrexon "AOP")	28,3 %	71,7 %	26 %	74 %
SSRI (antidepressiva)	24,5 %	75,5 %	13 %	87 %

Tabel 6b. Brugen af medikamenter til behandling af alkoholafhængighed fordelt på organisationstype

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	n=23	n=4	n=14	n=53
Disulfiram (Antabus)*	78 %	25 %	64 %	93 %
Acamprosot (Campral)	30 %	25 %	57 %	60 %
Naltrexon (Adepend; Naltrexon "AOP")	17 %	0 %	14 %	34 %
SSRI (antidepressiva)	0 %	0 %	21 %	17 %

* Indikerer signifikant forskel i brugen af disulfiram i kommuner med egne behandlingsinstitutioner sammenlignet med de øvrige organisationsformer.

3.2.4. Screening for psykiatrisk komorbiditet

Det anbefales, at der forud for behandling sker en systematisk kortlægning af patienten med et valideret kortlægningsinstrument for at sikre, at alle patienter screenes for alle relevante problemstillinger, herunder psykisk komorbiditet, uanset hvilken faggruppe der foretager kortlægningen (Becker et al., 2009). Til dette formål bruges typisk "Addiction Severity Index" (ASI), som er et spørgesystem, der hjælper til på en standardiseret måde at udrede "problemtyngden" hos alkohol- og stofmisbrugere (Room and Stenius, 2004). Herudover bruges også "The Mini-International Neuropsychiatric Interview" (M.I.N.I.), som er et kort struktureret interview for de vigtigste psykiatriske diagnoser (Sheehan et al., 1998). I forhold til ASI er M.I.N.I. mere velegnet til at screene for psykiatrisk komorbiditet. Fyrrer % af kommunerne angav, at de systematisk foretager screening for psykiatrisk komorbiditet. Heraf benyttede 63 % sig af screeningsinstrumentet "Addiction Severity Index", 26 % benyttede "The Mini-International Neuropsychiatric Interview", og 43 % benyttede et andet værktøj (tabel 7).

Tabel 7. Andel der foretager systematisk screening for psykiatrisk komorbiditet, samt brug af screeningsværktøj

	n	Andel (%)
Systematisk screening	87	40 %
Screeningsværktøj	35	
Addiction Severity Index		63 %
The Mini-International Neuropsychiatric Interview		26 %
Andet		43 %

3.3. Personale og uddannelse

Alkoholbehandling er en specialiseret og multidisciplinær indsats, som kræver betydelige personaleressourcer og en høj grad af uddannelse. For at sikre en god alkoholbehandling skal der således både være adgang til tilstrækkeligt og veluddannet sundhedsfagligt personale (f.eks. læger/sygeplejersker til medicinudlevering og abstinensbehandling og psykologisk/psykiatrisk personale til håndtering af problemstillinger relateret til psykiatrisk komorbiditet) og til behandlere, der kan varetage den psykosociale indsats. Psykosociale behandlere med pædagogiske og sundhedsfaglige grunduddannelser med socialt eller psykologisk fokus er hensigtsmæssige som fundament for at kunne varetage psykosocial alkoholbehandling. Disse grunduddannelser giver dog ikke nyansatte behandlere tilstrækkelig alkoholfaglig

viden til at kunne udføre kvalificeret alkoholbehandling, og det er derfor vigtigt, at organisationen sikrer både efteruddannelse og opkvalificering af ansatte, som f.eks. diplomgivende efteruddannelse og Sundhedsstyrelsens grunduddannelse for alkoholbehandlere (Becker et al., 2009).

En række spørgsmål handlede om, hvilke personaler der var ansat i alkoholbehandlingen. Spørgsmålene voldte store problemer for kommunerne at besvare, og derfor er antallet af besvarelser lave for disse spørgsmål. Heraf følger, at resultaterne skal fortolkes med forbehold. Enogtres % af kommunerne havde ansat sundhedsfagligt personale (mellemlang videregående uddannelse, typisk sygeplejerske), mens 84 % havde ansat socialfagligt personale. Over en tredjedel (39 %) af kommunerne havde fast psykolog ansat, mens kun ca. en fjerdedel (23 %) havde fast læge og endnu færre (15 %) havde fast psykiatrisk assistance. Ca. halvdelen havde dog aftale med lægekonsulenter og psykiatrisk konsulent. I forhold til 2009 havde flere ansat pædagogisk personale ($p=0,01$), mens andelen, der havde ansat de øvrige personalegrupper, stort set er uændret (tabel 8a).

Tabel 8a. Andelen af kommuner som har besvaret spørgsmål om antal årsværk inden for forskellige stillingskategorier

	2009			2012		
	n	Ja	Nej	n	Ja	Nej
Sundhedsfagligt personale	48	50 %	50 %	76	61 %	39 %
Socialfagligt personale	48	88 %	13 %	76	84 %	16 %
Pædagogisk personale*	48	50 %	50 %	76	72 %	28 %
Andet behandlerpersonale	41	22 %	78 %	76	36 %	64 %
Psykolog	48	38 %	63 %	76	39 %	61 %
Fast læge	45	22 %	78 %	73	23 %	77 %
Fast psykiater	45	16 %	84 %	73	15 %	85 %
Lægekonsulent	59	66 %	34 %	38	56 %	44 %
Psykiatrisk konsulent	32	38 %	63 %	38	47 %	53 %

* indikerer signifikant forskel mellem 2009 og 2012.

I tabel 8b og 8c ses andelen af kommuner, der havde ansat forskellige personalegrupper med mellemlang videregående uddannelse fordelt efter kommunens organisationstype. Der var ingen signifikante forskelle mellem organiseringsform og andelen af personalegrupper med forskellige mellemlange uddannelser (tabel

8b). Sammenlignet med undersøgelsen i 2009 havde flere kommuner med egen institution nu ansat sundhedsfagligt personale, 62 % mod 26 % i 2009 ($p=0,01$). Flere private udbydere, kommuner med egen institution og fælleskommunale behandlingsenheder havde psykologer ansat i forhold til den regionale organisationstype, men forskellene var ikke-signifikante. Det ses også, at fælleskommunale ambulatorier havde flere psykiatere ansat, og at kommuner med egne ambulatorier havde flere læger ansat i forhold til de andre organisationsformer (tabel 8c).

Tabel 8b. Andel af kommuner der har ansat forskellige personalegrupper med mellemlang videregående uddannelse fordelt efter kommunens organisationstype

	Fælleskommunal		Regional		Privat udbyder		Egen institution	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
	n=17	n=21	n=4	n=2	n=4	n=8	n=23	n=45
Sundhedsfagligt personale	77 %	57 %	75 %	50 %	50 %	63 %	26 %	62 %
Socialfagligt personale	88 %	81 %	100 %	100 %	75 %	75 %	87 %	87 %
Pædagogisk personale	65 %	76 %	25 %	50 %	25 %	38 %	48 %	78 %

Tabel 8c. Andel af kommuner der har ansat psykologer, læger, psykiater og psykiatrisk konsulenter fordelt efter kommunens organisationstype

	Fælleskommunal	Regional [£]	Privat udbyder	Egen institution
	n=21	n=2	n=8	n=45
Psykologer [#] (n=76)	48 %	0 %	38 %	38 %
Faste læger [§]	5 %	0 %	38 %	31 %
Fast psykiater [§]	29 %	0 %	25 %	7 %
Psykiatrisk konsulent (n=38)	60 %	0 %	50 %	48 %

[£] Her skal det bemærkes, at kun én ud af 4 kommuner, der har organiseret alkoholbehandlingen regionalt, har besvaret spørgsmålet, og at denne kommune anvender lægekonsulenter.

[§] n= 42 for egen institution.

[#] n= 5 for fælleskommunal, n=2 for privat & n=29 for egen institution.

Antallet af årsværk er opgjort både i absolutte tal pr. kommune og pr. 10.000 indbyggere i kommunen. Formålet med at opgøre antal årsværk i absolutte tal pr. kommune er at vise hvor stor variation, der er i kommunernes måde at organisere alkoholbehandlingen på (tabel 9).

Der var i gennemsnit ansat 6,7 årsværk i de 75 kommuner, der besvarede spørgsmålet om antal behandlere. Hvis man ser på de 75 behandlingsinstitutioner, hvor der kan sammenstilles oplysninger om personalets størrelse, ser tallene ud som anført i tabel 9. Her ses det, at kommuner, der indgår i fælleskommunalt samarbejde og kommuner med egen institution havde mere personale ansat sammenlignet med kommuner, der brugte privat udbyder ($p < 0,01$). De kommuner, der har egne institutioner ser ud til at have ansat flere i forhold til 2009 (tabel 9).

Foruden spørgsmålet om uddannelsesbaggrund er der også spurgt ind til hvor mange behandlere, der havde efteruddannelse. Enogfirs % af de 73 kommuner, der havde besvaret spørgsmålet, angiver, at man havde ansat personale med kognitiv efteruddannelse, men vi ved ikke hvilken form for efteruddannelse, der er tale om. Cirka halvdelen havde personale med familieterapeutisk efteruddannelse, og 60 % havde en anden form for kompetencegivende terapeutisk efteruddannelse. Anden form for terapeutisk efteruddannelse kan dække over efteruddannelse i for eksempel løsningsfokuseret terapi, psykodynamisk terapi, gestaltterapi, kropsterapi, narrativ terapi, og NLP. Toogtres % havde grunduddannelse for alkoholbehandlere i offentlig ambulant alkoholbehandling (tabel 10a).

Tabel 9. Det samlede antal årsværk behandlere pr. institution fordelt på kommunal organisationstype

	Fælleskommunal	Egen institution	Regional	Privat
	n=21	n=44	n=2	n=8
Antal årsværk, middelværdi (range)	8,9 (0,2 – 24,5)	6,6 (1,0 – 35,0)	3,8 (3,0 – 4,5)	2,5 (0,25 – 6,5)
Antal årsværk pr. 10.000, middelværdi (range)	0,84 (0,25 – 1,13)	1,11 (0,18 – 3,72)	1,21 (1,18 – 1,23)	0,89 (1,14 – 3,08)

Tabel 10a. Andelen af behandlere der har kompetencegivende efteruddannelse (n=43 i 2009; n=73 i 2012)

	2009	2012
Kognitiv efteruddannelse	77,3 %	81 %
Familieterapeutisk uddannelse	53,5 %	55 %
Anden terapeutisk uddannelse	46,3 %	60 %
Grunduddannelse for alkoholbehandlere		62 %

Der var en tendens til, at andelen af personale med kognitiv adfærdsterapi som kompetencegivende efteruddannelse var større blandt fælleskommunal og egen institution, med henholdsvis 95 % og 81 %. Dette skal dog tolkes med forbehold på grund af det lave antal af kommuner, der bruger regional eller privat udbyder (tabel 10b). Tallene er stort set uændrede i forhold til 2009.

Tabel 10b. Andelen af behandlere der har kompetencegivende efteruddannelsen fordelt på kommunernes organisationstype

	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	(n=21)	(n=2)	(n=7)	(n=43)
Kognitiv efteruddannelse	95 %	50 %	43 %	81 %
Familieterapeutisk uddannelse	71 %	0 %	29 %	53 %

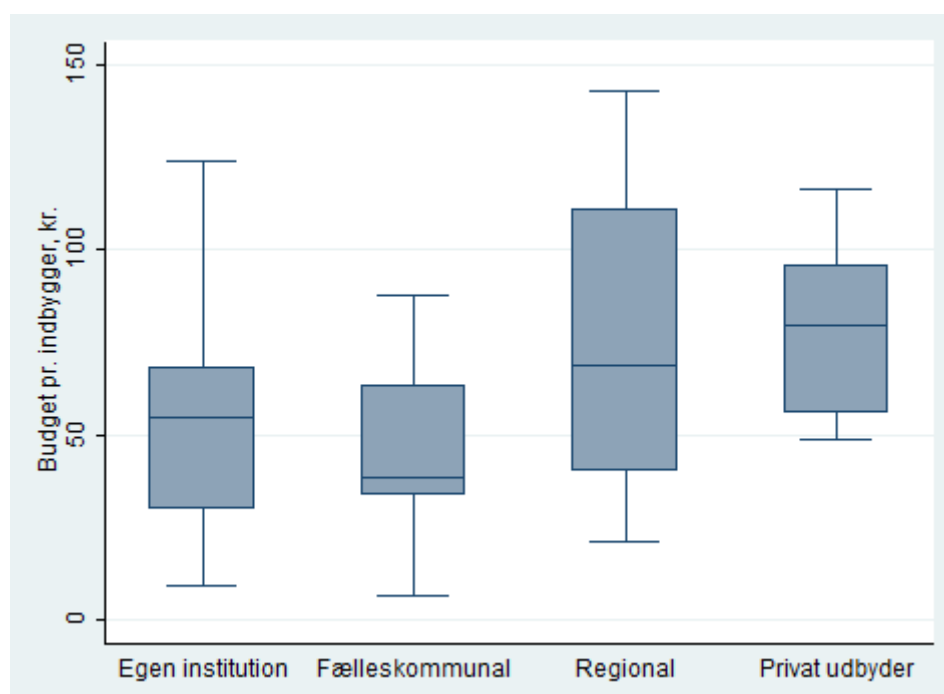
Sammenfattende kan det konstateres, at flere af kommunerne havde mere socialfagligt personale ansat (84 %) i forhold til sundhedsfagligt personale med mellemlang videregående uddannelse (61 %). Dette mønster er gældende for både kommuner med egne ambulante behandlingssteder, fælleskommunale, private og regionale behandlingssteder. Et mønster der stort set er uforandret i forhold til undersøgelsen fra 2009, bortset fra at flere kommuner med egen ambulant institution nu har mere sundhedsfagligt personale ansat, 62 % mod 26 % i 2009. Med hensyn til sundhedsfagligt personale med lang videregående uddannelse, så har 39 % fast psykolog ansat, mens kun 23 % havde fast læge ansat, og kun 15 % havde fast psykiater ansat, en fordeling der stort set er uændret i forhold til 2009. Over 50 % har en eller anden form for terapeutisk efteruddannelse.

3.4 Økonomi

Kommunerne blev bedt om at give budgetoplysninger for 2012 vedrørende henholdsvis ambulant- og døgnbehandling. Ligesom i 2009 havde kommunerne svært ved at besvare disse spørgsmål, da de ofte ikke kunne adskille det, man anvendte til stofbehandling, og det, man havde afsat til alkoholbehandling, i budgetterne. Herudover havde mange kommuner ikke mulighed for at adskille ambulant behandling fra døgnbehandling. Ligesom i 2009 har vi derfor valgt at anvende budgettal fra Danmarks Statistik. Figur 2 viser budgettal, som dækker både ambulant alkoholbehandling og døgnbehandling (nyeste tal er fra 2010). Der blev i danske kommuner gennemsnitligt anvendt ca. 57 kr. (range: 6-149 kr.) pr. indbygger på

alkoholbehandling (Danmarks Statistik, 2012). Der er derfor meget store variationer i budgetterne til alkoholbehandling, og tallene har ikke ændret sig signifikant siden 2009 ($p=0,35$). Kommuner, der brugte privat udbyder, havde en signifikant højere udgift (gennemsnitligt 30 kr. mere pr. indbygger) til alkoholbehandling i forhold til kommuner, der var organiseret fælleskommunalt, og kommuner med egen institution ($p<0,01$).

Figur 2. Nettodriftsudgifter til alkoholbehandling (kr. pr. indbygger) opdelt efter organisation af alkoholbehandling, Danmarks Statistik, 2012. Median, min.-maks., 1. og 3. kvartil.



3.5 Rangordning af den kommunale alkoholbehandling

Kommunerne er blevet inddelt i 3 grupper baseret på svarene på 11 spørgsmål, der er udvalgt til vurdering af kvaliteten af alkoholbehandlingen. Kommunerne blev herefter tildelt en smiley på baggrund af deres score. I alt var det muligt at tildele en smiley til 79 % af kommunerne ($n=74$). For de resterende kommuner var der manglende svar i ét eller flere spørgsmål, hvilket medførte eksklusion af beregningen. Af de 74 kommuner, som havde fyldestgørende svar i de 11 spørgsmål, som smiley-ordningen bygger på, blev 36 % tildelt en glad smiley, 53 % en neutral smiley, mens 11 % fik tildelt en sur smiley (tabel 11).

Tabel 11. Rangordning af den kommunale alkoholbehandling (n=74)

Smiley	
Glad (8-11 point)	36 %
Neutral (4-7 point)	53 %
Sur (0-3 point)	11 %

3.6. Samarbejde med almen praksis

De fleste praktiserende læger (77 %) havde mellem en og fem kontakter pr. uge, hvor alkohol var henvendelsesårsagen eller en væsentlig faktor (tabel 12), hvilket er tilsvarende undersøgelsen i 2009.

Tabel 12. Antallet af kontakter pr. læge per uge hvor alkohol er henvendelsesårsag eller en væsentlig faktor (n=1.593 i 2009; n=1.644 i 2012)

	2009	2012
Antal kontakter pr. uge		
0	13 %	9%
1-5	82 %	77 %
6-10*		12 %
11-20	6 %	2 %
20+	0,4 %	0 %
* Ikke vist i 2009		

Patientens egen læge bør ligesom i andre situationer have information om, at patienten er i alkoholbehandling og om behandlingens forløb. De fleste patienter har ikke noget imod dette, selv om det er frivilligt. To tredjedele af de kommuner, der besvarede spørgsmål om orientering af egen læge, svarede at egen læge blev orienteret af alkoholbehandlerne om behandlingen, men der er ingen signifikant forskel i forhold til 2009 ($p=0,59$). Cirka en fjerdedel orienterede egen læge ved behandlingens afslutning, mens størstedelen (76 %) orienterede egen læge ved behandlingens opstart (tabel 13), hvilket er betydeligt flere end tilfældet var i 2009. Der var ingen signifikante forskelle mellem kommunernes organisationstype og hvornår i behandlingsforløbet, lægen blev orienteret. Ligeledes var der ingen signifikant sammenhæng mellem organiseringsform, og om egen læge blev orienteret (data ikke vist).

Tabel 13. Andelen af kommuner, der orienterer patienternes egen læge om behandlingen (n=56 i 2009; n=82 i 2012), og hvornår i forløbet lægen orienteres (n=40 i 2009; n=55 i 2012)

	2009		2012	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Orientering af egen læge	71 %	29 %	67 %	33 %
<i>Hvornår?</i>				
Ved behandlingens opstart	42 %		76 %	
Under behandlingen og m. faste intervaller	16 %		11 %	
Ved afslutning af behandlingen	24 %		26 %	
Andet*	68 %			

* Kategori kun brugt i 2009

Vi spurgte også kommunerne, om alkoholbehandlingen fandt samarbejdet tilfredsstillende med egen læge. De fleste kommuners alkoholbehandlere fandt samarbejdet nogenlunde eller rigtigt godt (tabel 14), en ændring i forhold til 2009, hvor kommunerne fandt samarbejdet nogenlunde eller nogenlunde med mangler (data ikke vist). Der var ingen signifikant sammenhæng mellem organiseringsform og graden af tilfredshed med samarbejdet (data ikke vist).

Tabel 14. Alkoholbehandlingens tilfredshed med samarbejdet med patientens egen læge (n=73)

Tilfredshed med samarbejdet med egen læge	Fælleskommunal	Regional	Privat udbyder	Egen institution
	(n=12)	(n=3)	(n=9)	(n=49)
Utilstrækkeligt	0 %	0 %	0 %	6 %
Nogenlunde, med mangler	42 %	0 %	11 %	18 %
Nogenlunde	17 %	67 %	89 %	35 %
Rigtigt godt	25 %	33 %	0 %	37 %
Udmærket	17 %	0	0 %	4 %

I det følgende præsenteres de praktiserendes lægers vurdering af udbud og kvalitet af de henvisningsmuligheder, der er spurgt ind til.

Hele 62 % fandt udbud og kvalitet utilstrækkeligt eller nogenlunde med mangler, når de henviste til et alkoholambulatorium i regionalt regi, mens kun 19 % fandt tilbuddet rigtig godt. Disse svarfordelinger er stort set uændrede i forhold til 2009. Svarfordelingen var nogenlunde det samme for det kommunale tilbud, mens halvdelen ikke var i stand til at vurdere udbud og kvalitet for de private tilbud (tabel 15).

Tabel 15. De praktiserende lægers vurdering af udbud og kvalitet ved henvisning til regionalt, kommunalt og privat tilbud i 2012 (n=1.638)

	Regionalt tilbud	Kommunalt tilbud	Privat tilbud
Utilstrækkelig	16 %	17 %	5 %
Nogenlunde med mangler*	46 %	41 %	33 %
Rigtigt godt*	19 %	20 %	12 %
Ved ikke	11 %	16 %	37 %
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	9 %	6 %	14 %

* Svarkategorierne "Nogenlunde med mangler" og "Nogenlunde" er slået sammen. Desuden er "Rigtig godt" og "Udmærket" slået sammen.

Toogtyve % fandt udbud og kvalitet utilstrækkeligt, når de henviste til døgnbehandling, og kun knap 6 % fandt udbud og kvalitet rigtig godt (tabel 16), hvilket er det samme som i 2009.

Tabel 16. Vurdering af udbud og kvalitet ved henvisning til døgnbehandling (n=1.593 i 2009; n=1.628 i 2012)

	2009	2012
Utilstrækkelig	30 %	22 %
Nogenlunde med mangler*	21 %	30 %
Rigtigt godt*	7 %	6 %
Ved ikke	26 %	23 %
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	17 %	19 %

* Svarkategorierne "Nogenlunde med mangler" og "Nogenlunde" er slået sammen. Desuden er "Rigtig godt" og "Udmærket" slået sammen.

Over halvdelen (54 %) fandt udbud og kvalitet utilstrækkeligt ved henvisning til psykiatrisk afdeling (tabel 17), hvilket ikke er signifikant forskelligt fra 2009 ($p=0,07$). Under kommentarer i slutningen af spørgeskemaet var der flere, der fremhævede, at det er problematisk, at der er få psykiatere, der vil modtage patienter med et misbrugsproblem. Dette er gældende både for psykiatriske afdelinger og psykiatere i speciallægepraksis.

Tabel 17. Vurdering af udbud og kvalitet ved henvisning til psykiatrisk afdeling (n=1.593 i 2009; n=1.628 i 2012)

	2009	2012
Utilstrækkelig	58 %	54 %
Nogenlunde med mangler*	29 %	33 %
Rigtigt godt*	5 %	4 %
Ved ikke	5 %	5 %
Jeg har ikke denne henvisningsmulighed	4 %	4 %

* Svarkategorierne "Nogenlunde med mangler" og "Nogenlunde" er slået sammen. Desuden er "Rigtig godt" og "Udmærket" slået sammen.

For både vurderingen af udbud og kvalitet af henvisning til alkoholambulatorium, døgnbehandling samt psykiatrisk afdeling var gældende, at andelen, der angav det som "utilstrækkeligt" samt "rigtig godt", er sammenlignelig med i undersøgelsen fra 2009.

3.7 Farmakologisk behandling i almen praksis

Den farmakologiske behandling består hovedsagelig af tre stoffer: acamprosat, naltrexon og disulfiram (antabus), der oftest gives i sammenhæng med psykosocial behandling. Der er god evidens for effekt af acamprosat og naltrexon i behandling af alkoholafhængighed og begrænset evidens for effekt af superviseret disulfiram-behandling (Petrov et al., 2011; Miller et al., 2011). Af farmakologisk behandling uden evidens for effekt skal nævnes SSRI-præparater (antidepressiva) og usuperviseret disulfiram-behandling (Miller et al., 2011; Petrov et al., 2011; Nielsen et al., 2006).

Som det fremgår af tabel 18, havde 99 % af de praktiserende læger ordineret disulfiram inden for det sidste år, hvilket ikke er signifikant forskelligt fra 2009 ($p=0,33$). Kun 30 % havde anvendt acamprosat, og 4 % havde anvendt naltrexon til behandling af afhængighed, hvilket ser ud til at være en lille stigning i forhold til 2009, hvor samlet 27 % havde ordineret acamprosat eller naltrexon. Ved undersøgelsen i 2012 svarede 66 %, at de havde ordineret SSRI i forbindelse med behandling af alkoholproblemer.

Tabel 18. Andel der inden for det sidste år har ordineret følgende medicin til behandling af alkoholproblemer

	n	
Disulfiram	1601	99 %
Acamprosate	482	30 %
Naltrexon	67	4 %
SSRI	1064	66 %
Nej	15	1 %

3.8 Brug af vejledningen "Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer" i almen praksis

Treogtres % angav, at de ikke benyttede sig af vejledningen fra DSAM og SST "Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer" (Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, 2010) (tabel 19). Under kommentarer havde flere angivet, at vejledningen er for lang, og at den drukner i alt den øvrige information, der modtages, ligesom tidsmangel nævnes som årsag til, at vejledningen ikke er læst eller bruges. En lille andel nævnte, at de havde læst vejledningen men ikke brugte den systematisk.

Tabel 19. Andel der benytter sig af vejledningen "Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer" (n=1624)

Ja	37 %
Nej	63 %

4. Diskussion

Resultaterne af denne undersøgelse viser, at der fortsat er meget store variationer landet over både med hensyn til, hvordan den kommunale alkoholbehandling er organiseret, og med hensyn til hvilke metoder, der anvendes. Mange steder er alkoholbehandlingen kendetegnet ved at være uhensigtsmæssigt organiseret og ved brug af ikke-evidensbaserede metoder i behandlingen. Den behandling, en patient har garanti for at få inden for 14 dage, vil derfor være meget forskellig alt efter, hvor patienten får behandling. Det kan diskuteres, om det er rimeligt, når der findes kvalitetskriterier og evidensbaserede retningslinjer for god alkoholbehandling. Dette vil blive uddybet herunder.

4.1 Organisering

Med hensyn til hvordan alkoholbehandlingen er organiseret i kommunerne, så viser undersøgelsen, at der er færre, der bruger regionale udbydere og betydeligt flere kommuner med egen institution i forhold til undersøgelsen fra 2009 (Becker and Barfod, 2009). Dette er en udvikling, der kan synes bekymrende, idet der kan stilles spørgsmål ved, om man kan opnå god, differentieret behandling i meget små enheder i forhold til større enheder med mere personale og flere ressourcer.

Undersøgelsen viste, i tråd med resultaterne fra 2009, at ansvaret for alkoholbehandlingen i de fleste kommuner er placeret i socialforvaltningen. At placere alkoholbehandlingen i socialforvaltningen kan være uhensigtsmæssigt, idet den sundhedsfaglige dimension af behandlingen kan blive underbetonet. Nyeste viden om alkoholbehandling understreger vigtigheden af en struktureret sundhedsfaglig screening og udredning i forbindelse med et problematisk alkoholforbrug (Pilling et al., 2011; Becker et al., 2009). Ydermere har langt de fleste patienter, som søger behandling, langvarig alkoholafhængighed og både stor psykiatrisk og somatisk komorbiditet (Becker, 2004; Becker et al., 2009). Ved at placere alkoholbehandling i socialforvaltningerne kan der være risiko for, at alkoholafhængighed hovedsagligt opfattes som et socialt problem, som kan løses med social intervention. Desuden udgør alkoholafhængige et bredt udsnit af den danske befolkning, og de fleste patienter, som er i behandling, er ikke kendt af socialforvaltningen. Det gælder også langt de fleste af de afhængige, som behandlingssystemet ikke er i kontakt med. Mange ønsker ikke at henvende sig i en socialforvaltning med henblik på behandling, og risikoen er, at fokus flyttes hen imod de socialt mest udsatte, som for det første udgør mindretallet, og for det andet er den gruppe med alkoholproblemer, hvor alkoholbehandling har de dårligste resultater (Becker et al., 2009).

Langt de fleste kommuner har organiseret alkohol- og stofbehandling i samme forvaltning og et flertal af kommunerne har også valgt at have alkohol- og stofbehandling geografisk samme sted. På det organisatoriske niveau kan det være hensigtsmæssigt for at udnytte kompetencerne optimalt at organisere alkohol og stofbehandling i samme forvaltning. Dog er alkohol- og stofmisbrugere to meget forskellige grupper især kulturelt og socialt, og det er fra en faglig synsvinkel i mange tilfælde ikke hensigtsmæssigt at have stofbehandling og alkoholbehandling på samme geografi, som langt over halvdelen af kommunerne har valgt. Over en tredjedel af kommunerne har forebyggelse og alkoholbehandling liggende i forskellige forvaltninger. Det kan virke uhensigtsmæssigt, i en ofte lille kommunal organisation med begrænset ekspertise og kompetence inden for alkoholområdet, at adskille forebyggelse og behandling og dermed gå glip af en eventuel synergieffekt på dette område. Dette skal også ses i lyset af, at der er en glidende overgang mellem forebyggelse og egentlig alkoholbehandling og mellem et storforbrug og et skadeligt forbrug, også rent metodemæssigt (Drummond et al., 2011).

Det er en positiv udvikling, at flere kommuner (59 %) i forhold til 2009 (39 %) har udviklet en alkoholpolitisk handleplan, der inkluderer behandlingsindsatsen.

4.2 Behandling

En god akutbehandling i afslutningsfasen er væsentlig for, at patienterne gennemfører behandlingen.

Ligeledes er en optimal abstinensbehandling vigtig for at undgå sværere komplikationer, undgå forværring af efterfølgende abstinensepisoder og for at fastholde patienterne i behandling (Nielsen et al., 2006).

De fleste patienter kan afsluttes og abstinensbehandles ambulant, men ca. 10 % må indlægges. Det er vigtigt at have aftaler i lokalområdet for eksempel med den lokale medicinske modtageafdeling eller psykiatriske afdeling om varetagelse af denne opgave.

Til farmakologisk behandling af abstinenssyndromet er der god evidens for brugen af stoffet klordiazepoxid. Internationalt er benzodiazepiner førstevalgsbehandling og er den bedst undersøgte og dokumenterede stofgruppe til behandling af abstinenser. Derimod er der dårlig evidens for brugen af barbiturat (Nielsen et al., 2006; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010). Brugen af barbiturat må frarådes til ambulant anvendelse på grund af risiko for forgiftninger og manglende antidot (Nielsen et al., 2006). Ligeledes må brugen af den populære NADA-akupunktur⁴ (kinesisk øreakupunktur) frarådes, da der ikke er evidens for effekt af denne behandlingsmetode, hverken i forbindelse med behandling af alkoholafhængighed eller i forbindelse med behandling af abstinenssymptomer (Cho and Whang, 2009).

⁴ NADA-akupunktur har især vundet stor udbredelse i stofbehandling.

I undersøgelsen viste det sig, at en tredjedel af kommunerne ikke selv varetog abstinensbehandling. Blandt de kommuner, der selv varetog abstinensbehandlingen, er klordiazepoxid det mest anvendte stof (87 %). Det kan overraske, at 8 kommuner (13 %) stadigvæk bruger det ikke anbefalede barbiturat (Fenemal) til abstinensbehandling. Det kan især overraske, at 26 kommuner angav, at de anvendte NADA-akupunktur som led i abstinensbehandling, når man tager i betragtning, at NADA-akupunktur er uden dokumenteret effekt. Der er signifikant flere kommuner med egen ambulant behandlingsinstitution, der bruger NADA-akupunktur, i forhold til regionale, fælleskommunale og private institutioner. Dette kunne tyde på, at kommuner med egen institution er dårligere til at anvende evidensbaserede principper i abstinensbehandlingen i forhold til kommuner der benytter fælleskommunale, regionale og private institutioner.

Centralt i behandling af alkoholafhængighed er den psykosociale og den farmakologiske behandling. Den psykosociale behandling består af evidensbaserede metoder, såsom kort intervention, motiverende samtaler, kognitiv adfærdsterapi, familieorienteret behandling og Minnesotabehandling (Pilling et al., 2011; Nielsen et al., 2006). Den farmakologiske behandling består hovedsagelig af tre stoffer: acamprosat, naltrexon og disulfiram (antabus), der oftest gives i sammenhæng med psykosocial behandling. Der er god evidens for effekt af acamprosat og naltrexon i behandling af alkoholafhængighed og begrænset evidens for effekt af superviseret disulfiram behandling (Petrov et al., 2011; Miller et al., 2011). Den foreliggende forskning på området konkluderer, at acamprosat og naltrexon bør have en større plads i alkoholmisbrugsbehandlingen, end det er tilfældet i den nuværende danske praksis (Petrov et al., 2011). Af farmakologisk behandling uden evidens for effekt skal nævnes SSRI-præparater (antidepressiva) og usuperviseret disulfiram behandling (Miller et al., 2011; Petrov et al., 2011). Set i lyset af ovenstående er det nedslående, at kun henholdsvis 51 % og 26 % af kommunerne anvender acamprosat og naltrexon, og 13 % af kommunerne anvender SSRI-præparater. Toogfirs % anvender disulfiram og i langt de fleste tilfælde bliver det brugt superviseret, det vil sige ved fremmøde i ambulatoriet. Det er den anvendelse af disulfiram der er evidens for effekt af, om end ikke særlig stærk. Brugen af de nævnte præparater er stort set uændret siden 2009-undersøgelsen. Når vi ser på sammenhængen i brugen af stoffer til farmakologisk alkoholbehandling, og hvordan alkoholbehandlingen er organiseret, er der signifikant flere kommuner med egen ambulant institution, der anvender disulfiram, i forhold til institutioner der er organiseret fælleskommunalt, regionalt eller privat. Disulfiram er et stof, der er stor tradition for at anvende i Danmark, og salget af disulfiram er da også væsentligt større end salget af acamprosat og naltrexon (se tabel 20). Det underbygges også af undersøgelsen blandt de praktiserende læger, hvor hele 99 % angav inden for det seneste år at have ordineret disulfiram, sammenlignet med at kun 30 % havde ordineret acamprosat, og 4 % havde ordineret naltrexon. Ligeledes har 66 % ordineret SSRI til behandling af alkoholproblemer. Ud fra

måden spørgsmålet er stillet på, er det dog ikke muligt at adskille, hvorvidt SSRI udelukkende er ordineret til behandling af alkoholproblemer eller til behandling af en samtidig depression. Både denne undersøgelse og Lægemiddelstyrelsens statistik viser imidlertid, at de veldokumenterede behandlinger ikke har vundet tilstrækkelig udbredelse hverken i alkoholbehandlingsinstitutionerne eller i almen praksis. Hvad årsagen hertil er, kan man kun gætte på, men mest nærliggende er manglende information og uddannelse, samt store prisforskelle på præparaterne (Petrov et al., 2011).

Tabel 20. Forbruget af disulfiram, acamprosate og naltrexon i Danmark i perioden 2005 til 2011. Definerede døgn-doser, Lægemiddelstyrelsen.

Lægemiddel	Forbrug i 1.000 definerede døgn-doser (DDD)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Disulfiram (Antabus)	5.129	4.911	4.979	4.748	4.700	4.661	4.500
Acamprosate (Campral)	48	81	119	147	146	167	166
Naltrexon (Adepend; Naltrexon "AOP")	10	17	21	18	19	16	26

Det er afgørende for behandlingen af patienter med alkoholproblemer at erkende, at patienterne ofte har en samtidig psykiatrisk lidelse. Det gælder således langt over 50 % af patienter med afhængighed, som dokumenteret i en dansk undersøgelse (Flensborg-Madsen et al., 2009). Angstlidelser, depression og ADHD er blandt de hyppigste problemstillinger hos alkoholafhængige, men kun ved en systematisk kvalificeret indsats finder man disse patienter. Det er derfor bekymrende, som denne undersøgelse viser, at kun 40 % af kommunerne systematisk screener for psykiatrisk komorbiditet, og det er kun 26 % af disse, der anvender et instrument, der er egnet til at give mistanke om psykiatrisk sygdom ("The Mini-International Neuropsychiatric Interview") (Sheehan et al., 1998). Det skal ses i lyset af, at en betydelig del af den forskning og viden, der er opsamlet i de senere år, handler om betydningen af screening for komorbiditet, systematisk diagnostik, psykiatrisk intervention af psykiatiske problemstillinger og farmakologisk behandling både i den akutte behandling og i behandlingen af afhængigheden som sådan (Becker et al., 2009).

4.3 Personale og uddannelse

Da alkoholafhængighed er en multifacetteret sygdom, karakteriseret af både neurobiologiske ændringer og adfærdsmæssige ændringer, der ofte følges af somatiske, psykiatiske og sociale problemer, er

sundhedsfagligt personale vigtigt for god kvalitet i behandlingen (Schuckit, 2009; Flensborg-Madsen et al., 2009). Flere af kommunerne havde mere socialfagligt personale ansat (84 %) i forhold til sundhedsfagligt personale med mellemlang videregående uddannelse (61 %). Dette mønster er gældende for både kommuner med egne ambulante behandlingssteder, fælleskommunale, private og regionale behandlingssteder. Et mønster der stort set er uforandret i forhold til undersøgelsen fra 2009, bortset fra at flere kommuner med egen ambulant institution nu har ansat sundhedsfagligt personale 62 % mod 26 % i 2009. Når det kommer til sundhedsfagligt personale med lang videregående uddannelse, så har over en tredjedel fast psykolog ansat, mens kun ca. en fjerdedel havde fast læge ansat og kun 15 % havde fast psykiater ansat, en fordeling der stort set er uændret i forhold til 2009. Det virker bekymrende, at 40 % af kommuner ikke har sundhedsfagligt personale ansat, og at kun 23 % har fast læge ansat, kun 15 % har fast psykiater ansat, og kun 39 % har fast psykolog ansat. Disse tal er især interessante i lyset af den meget betydelige somatiske og psykiatriske komorbiditet, man ser hos denne gruppe patienter.

Mange har en eller anden form for terapeutisk efteruddannelse. De, der er bedst dokumenterede og velegnede i alkoholbehandling, er kognitiv adfærdsterapi og familieterapi – især kognitiv familieterapi – og kognitiv familieterapi kan man ikke uddanne sig i her i landet. En del har andre former for terapeutisk efteruddannelse, som enten ikke har dokumenteret effekt i alkoholbehandling, som for eksempel gestaltterapi, kropsterapi eller narrativ terapi.

4.4 Økonomi

Undersøgelsen viser, at der er meget store variationer i budgetterne til alkoholbehandling i kommunerne. Det er bekymrende, at kommunerne ikke er i stand til at adskille budgetterne til ambulant- og døgnbehandling. Det tyder altså på, at der ikke er fuldt overblik over, hvordan ressourcerne bruges.

Kommuner, der bruger privat udbyder, har signifikant højere udgifter til alkoholbehandling (30 kr. ekstra pr. indbygger). Samlet set bruges der i Danmark ca. 300 millioner kr. pr. år på alkoholbehandling (både ambulant- og døgnbehandling), hvilket er ca. 40 millioner mere end i 2009 (Danmarks Statistik, 2012)

4.5 Rangordning af den kommunale alkoholbehandling

Kommunerne er blevet rangordnet og inddelt i tre grupper på baggrund af kvaliteten i alkoholbehandlingen, hvorefter de er blevet tildelt en glad, en neutral eller en sur smiley. 36 % af kommunerne har fået tildelt en glad smiley, mens 53 % har fået en neutral, og 11 % har fået en sur smiley.

Hvis den kommunale alkoholbehandling sidestilles med fødevarevirksomheder, ville det kun være en tredjedel af institutionerne, der kunne hænge en glad smiley op i butikken. Ydermere har det for 20 kommuner ikke været muligt at tildele en smiley pga. manglende svar i ét eller flere spørgsmål. Selvom kvalitet i alkoholbehandlingen er en mangefacetteret ting, og ikke alle aspekter er målbare, er 11 spørgsmål blevet udvalgt som indikator for kvaliteten i alkoholbehandlingen. Spørgsmålene afdækker såvel den administrative/organisatoriske kvalitet som behandlingskvaliteten (se bilag 3). På baggrund af fordelingen af smileys må derfor slutes, at der er rum for forbedring af den kommunale alkoholbehandling.

4.6 Samarbejde med almen praksis

Langt de fleste praktiserende læger har mellem 1-5 henvendelser om ugen, hvor alkohol er henvendelsesårsagen. Et godt samarbejde mellem alkoholbehandlingen og de praktiserende læger er derfor væsentligt.

Der er ca. en tredjedel af de kommuner, der besvarede spørgsmålet om orientering af egen læge, som slet ikke orienterer patientens egen læge. Langt de fleste orienterer egen læge ved behandlingens opstart, mens en fjerdedel orienterer ved behandlingens afslutning, og blot 11 % orienterer undervejs i behandlingen. Det er bekymrende, at ikke flere orienterer egen læge undervejs, idet patientens egen læge, ligesom i andre situationer, bør have information om, at patienten er i alkoholbehandling og om behandlingens forløb for optimal behandling. De fleste patienter har ikke noget imod dette, selv om det er frivilligt.

Overordnet set vurderer kommunerne samarbejdet med almen praksis som værende "rigtig godt" eller "nogenlunde". Når lægerne bliver bedt om at vurdere udbud og kvalitet af en række henvisningsmuligheder ser billedet dog anderledes ud. Generelt synes størstedelen af de praktiserende læger, at udbuddet og kvaliteten er utilstrækkelig eller nogenlunde med mangler, når de henviser til alkoholambulatorium i regionalt eller kommunalt regi, og kun ca. en femtedel synes, at udbud og kvalitet er rigtig godt. Over halvdelen synes, udbud og kvalitet er utilstrækkeligt, når de henviser til psykiatrisk afdeling. Særligt utilfredsheden ved henvisning til psykiatrisk afdeling synes bekymrende, eftersom det er veldokumenteret, at alkoholafhængige med psykiatrisk komorbiditet bør behandles for den psykiske lidelse i samme behandlingsforløb som behandlingen for afhængigheden og i samme organisation (Becker et al., 2009). Hvis der er tale om psykotiske patienter, for eksempel skizofreni eller svære depressive tilstande, er det nødvendigt med behandling inden for det psykiatriske system, og det er vigtigt, at der i lokalområdet er etableret aftaler med de psykiatriske afdelinger om løsning af denne opgave. Det er i den sammenhæng

afgørende med et tæt samarbejde med almen praksis, og det er derfor bekymrende, at over halvdelen af de praktiserende læger vurderer udbud og kvalitet som utilstrækkelig, når de henviser til psykiatrisk afdeling. Flere angiver, at det er svært at få en psykiater til at modtage patienter med misbrugsproblemer. Det tyder derfor på, at der er behov for et bedre og tættere samarbejde mellem den praktiserende læge og de psykiatriske afdelinger omkring alkoholbehandlingen, samt en præcis arbejdsfordeling i forhold til håndteringen af den psykiatriske komorbiditet.

At vurdere ud fra de praktiserendes lægers vurderinger er udbud og kvalitet ikke tilstrækkeligt. Særligt henvisning til psykiatrisk afdeling udpeges som problematisk.

4.6.1 Brug af vejledningen "Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer"

Det er positivt, at 37 % benytter sig af DSAM og SST's vejledning "Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer". Ydermere har flere af de praktiserende læger angivet, at de godt kender til vejledningen, men ikke benytter den systematisk, eller at de lader sig inspirere af vejledningen. Dog nævner flere at vejledningen er for lang, og at den drukner i den øvrige informationsstrøm af materiale, som de praktiserende læger modtager. Andre synes ikke at vejledningen er relevant og kræver, at man på forhånd ved, at man skal tale med den pågældende patient om alkohol. Overordnet er de praktiserende læger glade for vejledningen, men efterlyser en kortere og mere brugervenlig udgave.

4.7 Konklusion

Denne undersøgelse viser, at kvaliteten af alkoholbehandlingen fortsat varierer meget mellem kommunerne, på trods af at der foreligger vejledning om evidensbaseret behandling. I nogle kommuner er ansat helt ned til 0,2 årsværk, mens der i andre kommuner er ansat op til 35 årsværk.

Fagsammensætningen og behandlingsmetoderne varierer ligeledes meget, f.eks. har under en tredjedel fast læge og psykiater ansat, og f.eks. bruges tvivlsomme og ikke evidensbaserede metoder i både behandlingen af abstinenser og afhængighed. Den behandling, en patient har garanti for at få inden for 14 dage, vil derfor være meget forskellig alt efter, hvor patienten får behandling. Det er overraskende, når der findes kvalitetskriterier og evidensbaserede retningslinjer for god alkoholbehandling (Becker et al., 2009; Nielsen et al., 2006). Det er tankevækkende, at kommuner med indbyggertal ned til ca. 20.000 har etableret egen alkoholbehandling, og det er vanskeligt at forstå, at man med så beskedent befolkningsgrundlag kan opretholde en differentieret, kvalificeret alkoholbehandling, som opfylder kriterierne for god alkoholbehandling (Becker et al., 2009).

I forhold til undersøgelsen i 2009 har den måde, kommunerne har organiseret alkoholbehandlingen på, ændret sig. Færre kommuner benytter sig af regionale tilbud, mens andelen af kommuner med egen institution er mere end fordoblet, og flere små kommuner end tidligere har nu egne behandlingstilbud. Ligesom i 2009 har de fleste kommuner organiseret alkoholbehandlingen under socialforvaltningen. Andelen af kommuner, der organiserer alkohol- og stofbehandling samme geografiske sted, er steget fra 51 % til 70 %. I forbindelse med behandling er der stadig mange kommuner, der ikke bruger evidensbaserede metoder. Dette gælder både i forhold til abstinensbehandling og behandlingen af afhængighed. Der er ikke sket nogen udvikling siden 2009.

Med hensyn til personale så har kommunerne mere socialfagligt end sundhedsfagligt personale ansat. I forhold til 2009 er dette mønster stort set uændret. Der er store variationer i kommunernes budgetter for alkoholbehandling. Der bliver gennemsnitligt brugt 57 kr. pr. indbygger på alkoholbehandling. I forhold til 2009 er dette uforandret.

Når det kommer til samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunerne, så er der en stor andel af lægerne, der synes, at udbud og kvalitet er utilstrækkeligt, når de henviser til behandling både i regionalt, kommunalt og privat regi. Her er der ikke sket nogen udvikling siden 2009. Generelt synes kommunerne, at samarbejdet med egen læge er "rigtig godt" eller "nogenlunde", mens 62 % af lægerne vurderer udbud og kvalitet som "utilstrækkeligt" eller "nogenlunde med mangler", når de henviser til alkoholbehandling i regionalt regi. De tilsvarende tal er 58 %, når lægerne henviser til alkoholbehandling i kommunalt regi, og 38 %, når de henviser til alkoholbehandling i privat regi.

Over halvdelen af lægerne synes udbud og kvalitet er utilstrækkeligt, når de henviser til psykiatrisk afdeling, hvilket ikke er signifikant forskelligt fra 2009. Næsten alle læger (99 %) har ordineret disulfiram inden for det seneste år, mens ca. en tredjedel har ordineret acamprosat eller naltrexon (to præparater med god evidens), hvilket ikke er signifikant forskelligt fra 2009.

Der er således lige som i 2009 store forskelle på, hvilken behandling kommunerne kan tilbyde patienterne, når de inden for 14 dagen får tilbudt behandling for deres alkoholafhængighed. Dette overrasker, når kommunerne dels har haft 3 år til at kvalitetsudvikle deres behandlingstilbud, dels har adgang til rådgivningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen om kvalitet i alkoholbehandlingen, som det kan konstateres, kun efterleves i et mindretal af kommunerne.

6. Referencer

- Becker,U., 2004. Dokumentation af patientforløb i Alkoholenheden, Hvidovre Hospital. WINALKO en klinisk database. Hvidovre Hospital, Alkoholenheden.
- Becker,U., Barfod,S., 2009. Alkoholbehandling i kommunerne. Lægeforeningen, 1-21.
- Becker,U., Bygholm,H., Broholm,K., Nielsen,A., Nielsen,P., 2009. Kvalitet i alkoholbehandling - et rådgivningsmateriale. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 1-32.
- Cho,S.H., Whang,W.W., 2009. Acupuncture for alcohol dependence: a systematic review. Alcohol Clin. Exp. Res. 33 (8), 1305-1313.
- Christensen,A., Ekholm,O., Davidsen,M., Juel,K., 2012. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 1-258.
- Danmarks Statistik, 2011. Forbrug af alkohol og tobak.
URL: http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR290_1.pdf. Nyt fra Danmarks Statistik(290, Rettet 1. august 2011), 1-3.
- Danmarks Statistik, 2012. SUIK41: Alkoholmisbrug, udgifter og effekt, efter indikator, behandlingsform og område [URL: www.statistikbanken.dk/SUIK41]. Statistikbanken.
- Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, 2010. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer. Sundhedsstyrelsen og DSAM, 1-80.
- Drummond,C., Gual,A., Goos,C., Godfrey,C., Deluca,P., Von Der,G.C., Gmel,G., Scafato,E., Wolstenholme,A., Mann,K., Coulton,S., Kaner,E., 2011. Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. Addiction 106 Suppl 1 , 31-36.
- Flensborg-Madsen,T., Mortensen,E.L., Knop,J., Becker,U., Sher,L., Gronbaek,M., 2009. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. Compr. Psychiatry 50 (4), 307-314.
- Gottlieb Hansen,A.B., Hvidtfeldt,U.A., Gronbaek,M., Becker,U., Sogaard,N.A., Schurmann,T.J., 2011. The number of persons with alcohol problems in the Danish population. Scand. J. Public Health 39 (2), 128-136.
- Hesselberg Lauritzen,H., Boje-Kovacs,B., Benjaminsen,L., 2011. HJEMLØSHED I DANMARK 2011 National kortlægning. SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD 11:45 , 1-148.
- Hvidtfeldt,U.A., Hansen,A.B.G., Grønbæk,M., Tolstrup,J.S., 2008. Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige [Alcohol consumption in Denmark: quantification and characteristics of heavy drinkers and alcohol dependent drinkers]. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 1-33.
- Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H, 2006. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed.

Kjellberg,J., Ibsen,R., Herbild,L., Tybring,C., 2012. Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol – en registerbaseret analyse af kommunerens meromkostninger til overførselsindkomster, medfinansiering i sundhedsvæsenet og andre støttende foranstaltninger. Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut (DSI), 1-25.

Miller,P.M., Book,S.W., Stewart,S.H., 2011. Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. Int. J. Psychiatry Med. 42 (3), 227-266.

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010. ALCOHOL USE DISORDERS: DIAGNOSIS AND CLINICAL MANAGEMENT OF ALCOHOL-RELATED PHYSICAL COMPLICATIONS. The National Clinical Guideline Centre for acute and chronic conditions Clinical Guideline 100 , 1-268.

Nielsen,A., Becker,U., Højgaard,B., Lassen,A., Willemann,M., Søgaard,J., Grønbæk,M., 2006. Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 8:2 , 1-163.

Pedersen,MU., Vind,L., Milter,M., Grønbæk,M., 2004. Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark - sammenlignet med Sverige. København: Center for Rusmiddelforskning og Center for Alkoholforskning.

Pedersen,P., Christensen,A., Hesse,U., Curtis,T., 2008. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, 1-135.

Petrov,I., Krogh,J., Nordentoft,M., 2011. Metaanalyse af farmakologisk alkoholmisbrugsbehandling med acamprosat, naltrexon og disulfiram. Ugeskr. Læger 173 (48), 3103-3109.

Pilling,S., Yesufu-Udechuku,A., Taylor,C., Drummond,C., 2011. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance. BMJ 342 , d700.

Room,R., Stenius,K., 2004. Measuring "addiction" in Europe: The diffusion of the Addiction Severity Index, and its purposes and functions. Journal of Substance Use 9 (3-4), 105-119.

Schuckit,M.A., 2009. Alcohol-use disorders. Lancet 373 (9662), 492-501.

Sheehan,D.V., Lecrubier,Y., Sheehan,K.H., Amorim,P., Janavs,J., Weiller,E., Hergueta,T., Baker,R., Dunbar,G.C., 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J. Clin. Psychiatry 59 Suppl 20 , 22-33.

SST, 2002. Alkoholpolitiske handleplaner: en håndbog for kommuner. Sundhedsstyrelsen, 1-83.

Statens Serum Institut, 2012. Medstat.dk. Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsen, 2011. Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 1-36.

Sundhedsstyrelsen, 2012. Tabeller til Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol [URL: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kommunale%20data%20om%20alkohol.aspx>]. Sundhedsstyrelsen.

WHO, 2011. Global Status Report on Alcohol and Health 2011.

[URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf].

WHO.

Bilag 1: Spørgeskema brugt til kommunerne

Organisation

Dette afsnit handler om, hvordan den ambulante alkoholbehandling er organiseret.

1. Hvorledes er den ambulante alkoholbehandling organiseret?
(Sæt evt. flere krydser)

- ☐ Kommunalt drevet egen ambulant institution
- ☐ Fælleskommunalt drevet
- ☐ Køb af ambulant alkoholbehandling hos regional udbyder
- ☐ Køb af ambulant alkoholbehandling hos privat udbyder
(Lænken, Blå Kors eller lignende)

1a. Hvis ja, hvor mange kommuner sammen: _____

Angiv hvilke:

1b. Hvis køb af ambulant alkoholbehandling hos regional udbyder, hvilken?

- ☐ Psykiatriforvaltningen
- ☐ Somatisk hospitalsafdeling
- ☐ Andet – specificer:

2. Er den ambulante alkoholbehandling organiseret under:

- ☐ Socialforvaltningen
- ☐ Sundhedsforvaltningen
- ☐ Arbejdsmarkedsforvaltningen
- ☐ Andet – angiv hvilken forvaltning:

3. Er den ambulante alkoholbehandling organiseret i samme forvaltning som den forebyggende aktivitet i kommunen overfor alkoholproblemer?

- ☐ Ja

☐ Nej

4. Er den ambulante alkoholbehandling og stofbehandling i samme organisation:

Ledelsesmæssigt?

☐ Ja

☐ Nej

Geografisk (fælles lokaler)?

☐ Ja

☐ Nej

5. Har den ambulante alkoholbehandling en selvstændig ledelse (evt. med narkotikabehandlingen) med:

Personale- og budgetansvar?

☐ Ja

☐ Nej

Fagligt ansvar for behandlingen?

☐ Ja

☐ Nej

6. Hvorledes er den ambulante alkoholbehandling finansieret?
(Sæt evt. flere krydser)

☐ BUM-model/kontraktstyring

☐ Abonnementsaftale

☐ Takstfinansiering

☐ Andet (inklusive kombinationer af ovenstående)

7. Indgår journalføringen i den ambulante alkoholbehandling i et fælles journalsystem, således at der er fri tilgængelighed til informationerne indenfor hele den kommunale enhedsforvaltning?

☐ Ja

☐ Nej

8. Har kommunen udarbejdet en alkoholpolitisk handleplan som inkluderer behandlingsindsatsen?

☐ Ja

☐ Nej

Behandling

Dette afsnit handler om antallet af patienter, der er i ambulant alkoholbehandling, og om de behandlingsmetoder, der anvendes.

9. Hvor mange patienter blev behandlet (både afsluttede og uafsluttede) i 2011?

(Angiv antallet af CPR-nr.)_____

10. Hvor mange behandlingsforløb blev afsluttet i 2011?

(Angiv antallet af afsluttede behandlingsforløb)_____

11. Hvor mange patienter var indskrevet i behandling per 31/12 2011?

(Angiv antallet)_____

12. Hvordan blev patienterne henvist?

(Angiv andelen for hver kategori nedenfor i %)

- ☐ Selvhenvendere (henvendelse uden henvisning)
- ☐ Praktiserende læge
- ☐ Hospitalsafdeling (somatisk + psykiatrisk, inkl. skadestue)
- ☐ Familie/venner/arbejdsgiver
- ☐ Politi/kriminalforsorg
- ☐ Kommunal forvaltning
- ☐ Andet

13. Varetager den ambulante alkoholbehandling selvstændigt afrusning og abstinensbehandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

14. Hvem ordinerer medicin til abstinensbehandling?

(Sæt evt. flere krydser)

- ☐ Borgerens praktiserende læge
- ☐ Institutionens faste læge
- ☐ Andre (nævn) _____

15. Anvender den ambulante alkoholbehandling en eller flere af følgende metoder til abstinensbehandling?
(Sæt evt. flere krydser)

- ☐ Barbiturat (Fenemal)
- ☐ Klordiazepoxid (Klopoxid, Risolid)
- ☐ NADA-akupunktur (øre-akupunktur)

16. Anvender man i den ambulante alkoholbehandling et eller flere af følgende medikamenter til behandling af alkoholafhængighed (ikke evt. psykiatrisk lidelse)?
(Sæt evt. flere krydser)

- ☐ Disulfiram (Antabus)
- ☐ Acamprosat (Campral)
- ☐ Naltrexon (Adepend; Naltrexon "AOP")
- ☐ SSRI (antidepressiva)

17. Foretager kommunen systematisk screening for psykiatrisk co-morbiditet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, med hvilket instrument?
(Sæt evt. flere krydser)

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

Ressourcer

Dette afsnit handler om, hvor mange og hvilke ressourcer kommunen har afsat til ambulant alkoholbehandling.

18. Hvor stort et beløb har kommunen afsat i budgettet for 2012 til ambulant alkoholbehandling?

(Angiv antal kroner) _____

19. Hvor mange personer (omregnet til årsværk) er beskæftiget med ambulant alkoholbehandling (inklusive psykologer, læger og behandlere/terapeuter)?

(Angiv antal årsværk) _____

20. Hvor mange af disse årsværk har mellemlang videregående uddannelse?
(Angiv antal årsværk ud for hver kategori)

Sundhedsfaglig (ex sygeplejersker) _____

Social (ex socialrådgiver) _____

Pædagogisk (ex socialpædagog) _____

Andet (Hvilken: _____)

21. Hvor mange årsværk er psykologer (cand.psych.)?
(Angiv antal årsværk) _____

22. Hvor mange årsværk er læger (fastansatte – dvs. ikke konsulenter)?
(Angiv antal årsværk ud for hver kategori)

Uden speciallægeanerkendelse _____

Speciallæger i almen medicin _____

Speciallægeanerkendelse i psykiatri _____

Anden speciallægeanerkendelse (Hvilken: _____)

23. Anvender kommunen lægekonsulenter i misbrugsbehandlingen (i modsætning til fastansatte læger)?

☐ Ja

☐ Nej

24. Hvis ja – hvor mange årsværk (*kun* lægekonsulenter)?
(Angiv antal årsværk ud for hver kategori)

Uden speciallægeanerkendelse _____

Speciallæger i almen medicin _____

Speciallægeanerkendelse i psykiatri _____

Anden speciallægeanerkendelse (Hvilken: _____)

25. Hvor mange behandlere har kompetencegivende efteruddannelse?
(Angiv antal årsværk ud for hver kategori)

Kognitiv adfærdsterapi _____

Kognitiv eller systemisk familieterapi _____

Anden terapeutisk uddannelse _____

26. Modtager behandlere supervision af behandlingsforløb?

- ☐ Ja
☐ Nej

Hvis ja, foretages supervision af:

- ☐ Ekstern supervisor
☐ Intern supervisor

27. Hvor mange årsværk er:
(Angiv antal årsværk ud for hver kategori)

Sekretærer _____
Andet økonomisk administrativt personale _____

Samarbejdsaftaler

Dette afsnit omhandler kommunens potentielle samarbejdsaftaler i forbindelse med alkoholbehandling.

28. Har kommunen/den ambulante alkoholbehandling etableret faste samarbejdsaftaler om indlæggelse på døgninstitution/hospitalsafdeling til abstinensbehandling, hvis det skønnes indiceret?

- ☐ Ja
☐ Nej

29. Orienterer alkoholbehandlerne patienternes egen læge om behandlingen (hvis borgeren har givet tilladelse)?

- ☐ Ja, ved opstart
☐ Ja, altid og med faste tidsintervaller
☐ Ja, ved afslutning af patienterne
☐ Nej

30. Finder alkoholbehandlingens samarbejdet med patienternes egen læge:

- ☐ Utilstrækkeligt
- ☐ Nogenlunde, med mangler
- ☐ Nogenlunde
- ☐ Rigtig godt
- ☐ Udmærket

Døgnbehandling

Det sidste afsnit handler om kommunens anvendelse af døgnbehandling (kun alkoholrelateret).

31. Hvor mange patienter blev visiteret til døgnbehandling eller omsorgs-/forsorgsophold i 2011?
(Angiv antal CPR-numre)

Døgnbehandling _____
Omsorgs-/forsorgsophold _____

32. Hvor stort et beløb har kommunen afsat på budgettet for 2012 til døgnbehandling (kun behandlingsophold)?

(Angiv antal kroner) _____

33. Hvilke(n) døgninstitution(er) anvender kommunen?

34. Foreligger der en kommunal godkendelse af den/de døgninstitution(er), kommunen anvender?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ikke relevant

35. Fører kommunen tilsyn med den/de godkendte døgnbehandlingsinstitution(er), der er beliggende i kommunen?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

☐ Ikke relevant

36. Hvilke kriterier anvendes der ved visitering til døgninstitution?

(Nævn) _____

Bilag 2: Spørgeskema til alment praktiserende læger om alkoholbehandling

1. Hvad er dit køn?

- (1) ☐ Mand
- (2) ☐ Kvinde

2. Hvad er din alder?

- (1) ☐ - 29
- (2) ☐ 30 - 39
- (3) ☐ 40 - 49
- (4) ☐ 50 - 59
- (5) ☐ 60+

3. Praksistype

- (1) ☐ Solopraksis (ikke i gruppe)
- (2) ☐ Kompagniskabspraksis/gruppepraksis (inkl. solopraksis i gruppe)
- (3) ☐ Andet: _____

4. Når alkohol er henvendelsesårsag, eller hvor alkohol efter dit skøn er en væsentlig faktor, hvor mange kontakter* om alkohol (telefonkonsultation, konsultation, besøg, e-mail-konsultation)

skønner du at have haft i de sidste to uger, hvor du har været i din praksis? * Kontakter, ikke patienter.

En patient kan således have kontaktet dig flere gange i perioden.

- (1) ☐ 0
- (2) ☐ 1 - 5
- (3) ☐ 6 - 10
- (4) ☐ 11 - 20

(5) ☐ 20+

5. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til alkoholambulatorium i offentligt regi (tidl. amtsligt)?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt
- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

6. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til alkoholambulatorium, i privat regi (Længen mv.)?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt
- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

7. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til kommunalt tilbud i patientens egen kommune?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt
- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler

- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

8. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til døgnbehandling?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt
- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

9. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til afslutningsklinik?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt
- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

10. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser misbrugspatienter til psykiatrisk speciallægepraksis?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt

- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

11. (Ét X) Hvordan vurderer du udbud og kvalitet, når du henviser til psykiatrisk afdeling?

- (1) ☐ Utilstrækkeligt
- (2) ☐ Nogenlunde, med mangler
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Rigtig godt
- (5) ☐ Udmærket
- (6) ☐ Ved ikke
- (7) ☐ Jeg har ikke denne henvisningsmulighed

12. (Evt. flere X) Om farmakologisk behandling. Har du i det sidste år ordineret følgende medicin til behandling af alkoholproblemer?

- (1) ☐ Ja, Disulfiram (Antabus)
- (2) ☐ Ja, Acamprosate (Campral)
- (3) ☐ Ja, Naltrexon (Adepend; Naltrexon "AOP")
- (4) ☐ Ja, SSRI (antidepressiva)
- (5) ☐ Nej

13. Benytter du dig af vejledningen ”Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer” (DSAM & SST 2010)?

(1) ☐ Ja

(2) ☐ Nej

Har du supplerende kommentarer til spørgeskemaet eller undersøgelsen?

Bilag 3: Spørgsmål brugt til smiley-ordning

Er den ambulante alkoholbehandling organiseret i samme forvaltning som den forebyggende aktivitet i kommunen overfor alkoholproblemer?

Svar ja = 1 point

Indgår journalføringen i den ambulante alkoholbehandling i et fælles journalsystem således at der er fri tilgængelighed til informationerne indenfor hele den kommunale enhedsforvaltning?

Svar nej = 1 point

Har kommunen udarbejdet en alkoholpolitisk handleplan som inkluderer behandlingsindsatsen?

Svar ja = 1 point

Varetager den ambulante alkoholbehandling selvstændigt afrusning og abstinensbehandling?

Svar ja = 1 point

Anvender man i den ambulante alkoholbehandling et eller flere af følgende medikamenter til behandling af alkoholafhængighed (ikke evt. psykiatrisk lidelse)?

Afkrydsning af én af kategorierne acamprosat og naltrexon = 1 point

Foretager kommunen systematisk screening for psykiatrisk co-morbiditet?

Svar ja = 1 point

Hvor mange personer (omregnet til årsværk) er beskæftiget med ambulant alkoholbehandling (inklusive psykologer, læger og behandlere/terapeuter)?

Svar ≥ 5 = 1 point

Hvor mange af disse årsværk har mellemlang videregående uddannelse?

Hvis svar i kategorien sundhedsfaglig er >0 = 1 point

Modtager behandlere supervision af behandlingsforløb?

Svar ja = 1 point

Har kommunen/den ambulante alkoholbehandling etableret faste samarbejdsaftaler om indlæggelse på døgninstitution/hospitalsafdeling til abstinensbehandling hvis det skønnes indiceret?

Svar ja = 1 point

Orienterer alkoholbehandlerne patienternes egen læge om behandlingen (hvis borgeren har givet tilladelse)

Svar ja = 1 point