

Pixi-udgave af rapporten

Ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer

Behovet for differentierede indsatser



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1.0
Versionsdato: 29.01.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Baggrund

Rammer for opgaven

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut har siden 2022, i regi af det daværende Behandlingsråd, haft til opgave at udarbejde årlige analyser vedrørende ulighed i sundhed. Formålet med disse analyser er at belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper. Behandlingsrådet er fra 1. januar 2025 blevet slået sammen med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, under navnet Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Dette er en pixi-udgave af den fjerde rapport vedrørende ulighed i sundhed. Rapporten, der er udarbejdet i løbet af 2025, fokuserer på emnet: Ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer – behovet for differentierede indsatser.

Rapporten er udarbejdet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i samarbejde med fagudvalget for analysen. Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet, har udarbejdet registeranalysen. En oversigt over fagudvalgets sammensætning findes sidst i denne pixi-udgave.

Analysens formål

Det overordnede formål med analysen er at skabe viden, der kan styrke beslutningsgrundlaget for prioritering af sygdomsområder og patientgrupper med behov for mere målrettede og differentierede indsatser. Analysen ligger således i forlængelse af Sundhedsreformen fra 2024, som fremhæver behovet for en mere målrettet anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer for at reducere ulighed i sundhed.

Differentierede indsatser kan understøtte denne prioritering ved i højere grad at tilpasse behandlingen efter borgernes forskellige behov. Det kan for eksempel i nogle tilfælde styrke kvaliteten og et mere lige behandlingsudbytte, at der prioriteres mere håndholdte løsninger til borgere med mere komplekse helbredsudfordringer - samtidig med at der frigøres ressourcer hos borgere, der i højere grad kan håndtere dele af behandlingen selv eller ved hjælp af nye løsninger.

I arbejdet med differentierede indsatser i sundhedsvæsenet kan det være relevant at fokusere på områder med høj sygdomsbyrde, da disse sygdomme både har alvorlige konsekvenser for den enkelte og medfører betydelige samfundsøkonomiske omkostninger. Uligheder i behandling og sygdomsudfald kan yderligere forstærke denne byrde. Analysen omfatter seks somatiske og psykiatriske sygdomsområder med særlig stor sygdomsbyrde, herunder fokuseres særligt på kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og stroke.

En af de patientgrupper, der er i særlig risiko for ikke at få fuldt udbytte af standardbehandlingen, er patienter med alkoholproblemer. Disse patienter kan have behov for mere individuelt tilpassede behandlingsforløb, der tager højde for deres samlede sociale og helbredsmæssige situation. Rapporten har derfor et særligt fokus på denne patientgruppe og belyser de barrierer, disse patienter møder i behandlingen, samt hvordan differentierede indsatser kan styrke behandlingskvalitet og et mere lige behandlingsudbytte.

Analysen består af tre delstudier:

1. Et kvantitativt studie, der undersøger ulighed i behandlingsforløbet for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde (KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK)), med henblik på at identificere patientkarakteristika (herunder alkoholproblemer), der er associeret med uønskede udfald i behandlingsforløbet og kan indikere behov for differentierede indsatser.

2. Et kvalitativt studie, der med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, undersøger hvilke barrierer i behandlingen, differentierede indsatser bør sigte mod at adressere, og hvilke typer af indsatser, der kan være behov for.

3. Et deskriptivt studie, der identificerer eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløbet og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer.

Delstudie 1

Metode

Registerstudiet undersøger ulighed i behandlingsforløbet for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde. Studiepopulationen består af patienter over 18 år, der i løbet af studieperioden (2014-2022) blev diagnosticeret med (eller indløste første recept med medicin relateret til) KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller har haft gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK) (≥ 4 inden for et år).

Til analysen er der indhentet data fra Sygesikringsregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Landspatientregisteret (LPR), inklusiv LPR-psykiatri og DRG-grupperet LPR, CPR-registeret, Uddannelsesregisteret, Ældredokumentationen, Familieindkomststatistikken og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase - DREAM. Der er indhentet data om behandlingskvalitet fra Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL), Dansk Stroke Register (DanStroke), Dansk Depressionsdatabase, Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) og Dansk Diabetes Database (DDiD).

Resultater

Overordnet viser analysen, at der eksisterer betydelig ulighed i kontakten til det primære og sekundære sundhedsvæsen, indlæggelser, behandlingskvalitet og sygdomsudfald for patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet. Ulighederne hænger tæt sammen med patienternes demografi, socioøkonomi, helbredstilstand, herunder alkoholproblemer og bopæl og indikerer samlet set, at den nuværende opsporings- og behandlingsindsats ikke i tilstrækkelig grad imødekommer patienternes forskellige behov.

Alkoholproblemer er tæt knyttet til mere komplekse og ressourcekrævende forløb og er en relevant indikator for tilrettelæggelse af differentierede indsatser for at opnå større lighed i sundhed.

Af boksen til højre ses udvalgte resultater for KOL og stroke samt resultater vedrørende betydningen af alkoholproblemer. Resultater for de øvrige sygdomsområder kan findes i rapporten og i bilagsmateriale, der er tilgængelig på www.SundK.dk

Opsummering af resultater af Delstudie 1

KOL

Risikoen for uønskede udfald (for eksempel mange akutte indlæggelser, lavere behandlingskvalitet, død) varierer betydeligt afhængigt af patienternes demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl. For eksempel ses det, at:

- Mænd, ældre, enlige, patienter med lav indkomst, pensionister, patienter med alkoholproblem og høj grad af multisygdom oftere har høj sandsynlighed for mange hospitalskontakter, indlæggelser (herunder særligt akutte indlæggelser) og død.
- Kvinder og ældre har oftere høj sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren og høj samlet behandlingskvalitet.

Stroke

Risikoen for uønskede udfald varierer betydeligt afhængigt af patienternes demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl.

- Kvinder, ældre, enlige, pensionister, patienter med lav indkomst/uddannelse, høj multisygdom og alkoholproblem har oftere høj sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren, akutte indlæggelser og død.
- Mænd, yngre, samlevende, høj indkomst/uddannelse, i arbejde og bor i Region Hovedstaden har oftere høj sandsynlighed for mange ambulante hospitalskontakter og ikke-akutte indlæggelser, at vende tilbage til arbejde, at modtage høj samlet behandlingskvalitet, men også specifikt i form af at blive indlagt på en strokeenhed og modtage revaskulariserende behandling.

Betydning af alkoholproblematik for behandling og sygdomsudfald

På tværs af de seks sygdomsgrupper er alkoholproblemer tydeligt knyttet til en større sygdomsbelastning, i form af flere kontakter med sundhedsvæsenet, flere indlæggelser, højere sundhedsudgifter og øget risiko for død. Samtidig har patienter med alkoholproblemer mindre sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde, og behandlingskvaliteten varierer. Samlet set peger resultaterne på, at alkoholproblemer er en stærk indikator for komplekse patientforløb og behov for tidlige, målrettede og differentierede indsatser.

Delstudie 2

Metode

Rapportens kvalitative studie undersøger med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, hvilke barrierer i behandlingen, differentierede indsatser bør sigte mod at adressere, og hvilke typer af indsatser, der kan være behov for.

I alt har 31 informanter medvirket i dybdegående, kvalitative interviews, herunder sundhedsprofessionelle fra hospitaler (12) samt ledelsesrepræsentanter (2), alment praktiserende læger (7), kommunalt ansatte (6) og borgere/patienter (4).

Interviewene er gennemført i perioden april til august 2025.

Resultater

Analysen identificerer en række væsentlige barrierer i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, som kan øge risikoen for lavere behandlingskvalitet, både i alkoholbehandlingen og i behandlingen af andre somatiske sygdomme som KOL og stroke, hvis ikke indsatser tilpasses patientens situation. Disse kan kategoriseres på fire analytiske niveauer, som omfatter: 1) Kliniske og behandlingsrelaterede barrierer, 2) Organisatoriske og systemiske barrierer, 3) Barrierer relateret til interaktionen mellem patient og sundhedsvæsen, samt 4) Kompetence- og ressourcemæssige barrierer. Analysen identificerer samtidig konkrete behov for differentierede indsatser, som opleveres og beskrives af de fagpersoner, der arbejder tættest på behandlingen.

Resultaterne peger samlet set på behov for systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer, klare retningslinjer for afrusning og abstinensbehandling, bedre sektorovergange og tværsektorielle samarbejder samt øget opkvalificering af sundhedspersonalet og udvikling af specialiseret faglighed inden for alkoholområdet. Desuden fremhæves vigtigheden af at reducere stigmatisering og prioritere styrkelse af tillid og relationer mellem patienter og behandlere, for at fremme patientens motivation for at reducere alkoholforbruget og det samlede behandlingsudbytte. Indsatserne bør tilpasses patienternes individuelle behov og – for patienter i de mest udsatte positioner – omfatte mere håndholdt og fleksibel behandling.

Opsummering af resultater af Delstudie 2

Med afsæt i interviewmaterialet er der identificeret barrierer for behandling og behov for differentierede indsatser relateret til følgende områder:

Kliniske og behandlingsrelaterede barrierer og behov for indsatser:

- Barrierer for somatisk behandling ved samtidigt alkoholoverforbrug
- Uens praksis og uklarhed omkring afrusning og abstinensbehandling på hospitalet
- Begrænset fokus på alkoholproblemer og tidlig indsats

Organisatoriske og systemiske barrierer og behov for indsatser:

- Barrierer ved udskrivelse fra hospitalet og sektorovergange
- Uklarheder og uenigheder vedrørende ansvar for patientgruppen
- Manglende behandlingstilbud til patienter i særligt sårbare positioner
- Vanskelig adgang til psykiatrisk udredning og behandling

Barrierer og behov for indsatser relateret til interaktionen mellem patient og sundhedsvæsen:

- Stigmatisering af patientgruppen
- Motivation som barriere for adgang til behandling

Kompetence- og ressourcemæssige barrierer og behov for indsatser:

- Utilstrækkelig alkoholfaglig ekspertise på hospitalet

Delstudie 3

Metode

Dette deskriptive studie identificerer eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløbet og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer.

Til inspiration beskrives indsatserne bredt og omfatter blandt andet formål, udvikling og implementering, organisering samt erfaringer fra de involverede aktører.

Studiet er baseret på desk research, interviews med 22 forskere og fagprofessionelle samt skriftlige tilbagemeldinger på spørgeskemaer fra 10 af landets akutmodtagelser.

Data er indsamlet fra april til september 2025.

Resultater

I rapporten præsenteres og beskrives 18 forskellige indsatser, der afprøves eller er implementeret forskellige steder i landet og er forankret hos en bred vifte af aktører: 2 er forankret i almen praksis, 11 på hospitaler, 2 i kommuner og 3 i civilsamfundet.

Indsatserne kan relateres til de fire følgende tematikker: 1) Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, 2) Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis, 3) Inddragelse og netværksopbygning samt 4) Systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer.

De beskrevne indsatser er generelt forbundet med positive erfaringer blandt de aktører, der er involveret. Der må dog tages forbehold for, at langt størstedelen af indsatserne ikke er evalueret, hvilket gør det vanskeligt at drage konklusioner om deres effekt eller om eventuelle utilsigtede negative konsekvenser.

Der kan være behov for at udbrede indsatser, hvor der er påvist den ønskede effekt til andre landsdele med opmærksomhed på, at indsatserne potentielt skal tilpasses nye kontekster for at opnå lignende resultater.

Opsummering af resultater af Delstudie 3

Studiet identificerer 18 forskellige indsatser, der bliver afprøvet eller er implementeret forskellige steder i landet og i forskellige sektorer. Indsatserne er forankret i både almen praksis, hospitaler, kommuner og civilsamfundet.

De 18 indsatser er som følger:

Almen praksis:

- Indsats 1: 15-metoden
- Indsats 2: Flex Almen Praksis

Hospital:

- Indsats 3: Planlagt afrusning
- Indsats 4: Koordinerende Indsatsplaner (KIP)
- Indsats 5: Socialsygeplejersker
- Indsats 6: Socialoverlæge
- Indsats 7: Socialnøglepersoner
- Indsats 8: Socialmappe/Den Sociale Værktøjskasse
- Indsats 9: Flex-sengeafsnit
- Indsats 10: Alkoholrådgivende Team (ART)
- Indsats 11: Rusmiddelindsatsen
- Indsats 12: LAB10
- Indsats 13: Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter

Kommune:

- Indsats 14: Community Reinforcement Approach (CRA)
- Indsats 15: Støttekontaktperson (SKP) korps

Civilsamfundet:

- Indsats 16: Omsorgscenter
- Indsats 17: Social Sundhed
- Indsats 18: Alkolinjen

Studiet understreger behov for, at evaluering indtænkes i nuværende og fremtidige indsatser for at undersøge deres effekter systematisk, så potentialet kan vurderes for udbredelse til andre dele af landet og anvendelse i forskellige kontekster.

Konklusion

Rapporten konkluderer, at der eksisterer betydelig ulighed i både kontaktmønster, behandling og sygdomsudfald for patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet. Ulighederne hænger tæt sammen med patienternes demografi, socioøkonomi, helbredstilstand og bopæl og indikerer samlet set, at den nuværende opsporings- og behandlingsindsats ikke i tilstrækkelig grad imødekommer patienternes forskellige behov.

Dette gør sig blandt andet gældende for patienter med alkoholproblemer, som udgør en udsat gruppe med dårligere sygdomsudfald og på nogle områder lavere behandlingskvalitet. Disse patienter møder barrierer i behandlingen, som relaterer sig til kliniske og behandlingsrelaterede forhold, organisatoriske og systemiske strukturer, interaktionen mellem patient og sundhedsvæsen, samt kompetence- og ressourcemæssige forhold. Barriererne går på tværs af hospitaler, almen praksis og kommuner og vedrører både alkoholbehandling som selvstændigt forløb og samspillet mellem alkoholbehandling og somatisk behandling. Samlet set vurderes disse barrierer at bidrage til ulighed i behandlingen, forstået som systematiske forskelle i både kvalitet og udbytte, der må betragtes som uretfærdige og som forhold, det både er muligt og nødvendigt at handle på.

For at reducere ulighed i behandlingen er der behov for socialt differentierede indsatser, som systematisk adresserer de faktorer, der begrænser patienternes udbytte. Patienter med alkoholproblemer udgør en heterogen gruppe, hvor nogle lever uden væsentlig social udsathed, mens andre har komplekse sociale og helbredsrelaterede udfordringer. Alkoholproblemer kan anvendes som et centralt differentieringskriterium, alene eller sammen med anden udsathed og bør udløse målrettede tilpasninger i behandlingsforløbet. Dette kan eksempelvis være nemmere og fleksible henvisningsmuligheder til indsatser, tættere opfølgning under indlæggelse og efter udskrivelse, og håndholdt støtte og koordineret overgang mellem sektorer for patienter i særligt udsatte positioner. Analysen identificerer og præsenterer en række eksisterende indsatser til inspiration.

Fagudvalget vurderer, at analysen samlet set peger i retning af et behov for en styrket indsats på følgende områder:

1. Afklaring af roller og ansvar samt tværsektoriel koordinering
2. Alkoholproblemer som centralt differentieringskriterium – overvej pakkeforløb
3. Tværregional klinisk retningslinje til ensartning af praksis for afrusning og abstinensbehandling
4. Styrkelse af håndholdte, fleksible og hjemmebaserede indsatser
5. Styrkelse af alkoholfagligheden blandt sundhedsprofessionelle
6. Måltrettet indsats mod stigmatisering af patienter med alkoholproblemer
7. Styrkelse af systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer i almen praksis og på hospitalet
8. Styrkede tilbud og sammenhæng i overgangene mellem sektorer
9. Styrk evidensen: Behov for evaluering af indsatser mod ulighed i behandling
10. Socialt differentierede indsatser bør styrkes
11. Undersøg regionale forskelle nærmere

Vil du vide mere?

Du kan læse mere om Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts arbejde vedrørende ulighed i sundhed på hjemmesiden: www.SundK.dk

Her kan du også finde den fulde rapport vedrørende ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer – samt et særskilt katalog med beskrivelser af de 18 identificerede indsatser. Du kan også finde de tidligere ulighedsanalyser og pixiudgaver.

Fagudvalgets sammensætning

Medlemmer i programgruppen (udpeget for en treårig periode)	Udpeget af
Pernille Tanggaard Andersen. Formand for fagudvalget, professor, forskningsleder, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Morten Sodemann. Overlæge, Odense Universitetshospital; Klinisk Professor, Forskningsenheden for Infektionsmedicin, Klinisk Institut, Syddansk Universitet	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Ida Hageman. Speciallæge i psykiatri, lægefaglig vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri.	Regionerne
Finn Breinholt Larsen. Seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland	Regionerne
Julie Mackenhauer. Speciallæge i samfundsmedicin, Socialmedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital	LVS

Øvrige medlemmer i fagudvalget (udpeget for en etårig periode med særligt kendskab til analysetemaets genstandsfelt)	Udpeget af
Kirsten Wisborg. Lægefaglig direktør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Regionerne
Ann C. Lyngberg. Chef-læge (Arbejds- og socialmedicinsk Afdeling), Holbæk Sygehus	Regionerne
Anette Søgaard Nielsen. Professor MSO, Enheden for klinisk Alkoholforskning, Psykiatrisk forskningsenhed, Syddansk Universitet	Regionerne
Mette Marie Berg. Overlæge (Akutafdelingen), Regionshospital Nordjylland	Regionerne
Andreas Fløe Hvass. Afdelingslæge (lungetygdomme), Aarhus Universitetshospital	Regionerne
Mads Borgstrøm Hansen. Chef for Center for Sundhedsfremme, Aalborg	KL
Tine Louise Dideriksen. Alkoholrådgiver og udviklingssygeplejerske, cand.cur., Aarhus Universitetshospital	DASYS
Jannik Falhof. Praktiserende læge, Lægefællesskabet Grenå samt lægekonsulent, KIAP	LVS
Bjarne Stenger Elholm. Souschef og Leder af Rådgivningen Alkolinjen, Alkohol og Samfund	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Projektgruppen i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Pernille Skovgaard Christensen. Specialkonsulent
Lærke Mai Bonde Andersen. Specialkonsulent
Line Stjernholm Tipsmark. Specialkonsulent
Lærke Qvist Jørgensen. Konsulent
Nicoline Kjeldgaard Ohlsen. Praktikant. Stud.cand.scient.soc.
Vibe Bolvig Hyldgård. Epidemiolog

Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet
Søren Paaske Johnsen. Klinisk Professor, overlæge
Amalie Helme Simoni. Ph.d., postdoc
Jan Brink Valentin. Specialkonsulent
Esben Andersen Revsbech, Data Scientist

Der er i Delstudie 1 anvendt data om behandlingskvalitet fra Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungetygdom (DrKOL), Dansk Stroke Register (DanStroke), Dansk Depressionsdatabase, Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) og Dansk Diabetes Database (DDiD).

