

Inspirationskatalog

Differentierede indsatser i Danmark til patienter med alkoholproblemer

Uddrag 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

Indhold

1. Introduktion.....	4
2. Differentierede indsatser i Danmark	6
2.1 Indsatser i almen praksis	6
Indsats 1: 15-metoden	6
Indsats 2: Flex Almen Praksis.....	8
2.2 Indsatser på hospitalerne	10
Indsats 3: Planlagt afrusning.....	10
Indsats 4: Koordinerende Indsatsplaner (KIP)	11
Indsats 5: Socialsygeplejersker	13
Indsats 6: Socialoverlæge.....	15
Indsats 7: Socialnøglepersoner	16
Indsats 8: Socialmappe/Den Sociale Værktøjskasse	17
Indsats 9: Flex-sengeafsnit	19
Indsats 10: Alkoholrådgivende team (ART)	20
Indsats 11: Rusmiddelindsatsen	22
Indsats 12: Lab10.....	24
Indsats 13: Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter	26
2.3 Indsatser i kommunerne	28
Indsats 14: Community Reinforcement Approach (CRA)	28
Indsats 15: Støttekontaktperson (SKP) korpset.....	30
2.4 Indsatser i civilsamfundet	32
Indsats 16: Omsorgscenter	32
Indsats 17: Social Sundhed	33
Indsats 18: Alkolinjen	35
2.5 Sammenhæng mellem barrierer og indsatser	37
3. Referencer.....	39
4. Fagudvalgets sammensætning.....	41

1. Introduktion

Ulighed i sundhed er en af de største udfordringer i samfundet og sundhedsvæsenet. Uligheden kommer blandt andet til udtryk i mødet mellem sundhedsvæsenet og mennesker med komplekse sociale og helbredsmæssige problemstillinger. For eksempel kan patienter med alkoholproblemer møde barrierer i sundhedsvæsenet, som kan stå i vejen for muligheden for at opnå et bedre helbred og et godt liv.

I Danmark findes en række inspirerende, nytænkende indsatser, der har til formål at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden for patienter med alkoholproblemer. Dette inspirationskatalog giver et overblik over nogle af disse danske indsatser. Her kan du hente ny viden og inspiration til arbejdet med at styrke kvaliteten og tilgængeligheden af behandlingen for denne patientgruppe. Inspirationskataloget præsenterer og beskriver **18 danske indsatser**.

Kataloget er et uddrag af den fjerde rapport om ulighed i sundhed, udgivet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Rapporten har titlen *Ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer – behovet for differentierede indsatser* og er publiceret i 2026. Rapporten består af tre delstudier, der undersøger ulighed i behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde, barrierer og behov for differentierede indsatser til patienter med alkoholproblemer og konkrete eksempler på indsatser i Danmark med formål at øge lighed i behandlingen for patienter med alkoholproblemer. Rapporten er udarbejdet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i samarbejde med fagudvalget for analysen, der består af eksperter indenfor alkoholområdet og ulighed i sundhed. En liste over fagudvalgets medlemmer findes sidst i kataloget. Du kan læse den fulde rapport og pixi-udgaven på www.SundK.dk. En metodebeskrivelse findes i den fulde rapport.

De indsatser, der præsenteres i dette inspirationskatalog, har til formål at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden i behandlingen for patienter med somatiske sygdomme og samtidig alkoholproblemer. Kataloget indeholder også indsatser, der skal støtte patienter i at reducere eller ophøre deres alkoholforbrug. Indsatserne afprøves eller er implementeret forskellige steder i Danmark hos en bred vifte af aktører: Almen praksis, hospitaler, kommuner og civilsamfundet. De præsenterede indsatser differentierer i varierende grad efter patienternes somatiske, psykiske og sociale behov.

Indsatserne varierer desuden i omfang og kompleksitet. Nogle indsatser har et snævert fokus, mens andre arbejder med flere temaer på tværs og rummer dermed en højere grad af kompleksitet. Temaerne er identificeret som led i de gennemførte analyser og afspejler centrale udfordringer i behandlingsforløb for patienter med alkoholproblemer. Identificerede temaer, der potentielt kan bidrage til at øge lighed i behandlingsforløb, omfatter:

Tværasektorielt og tværfagligt samarbejde

- At skabe strukturer og rutiner for samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper, så indsatsen omkring borgeren/patienten bliver sammenhængende og koordineret.

Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis

- At udvikle en faglighed indenfor alkoholproblemer og -behandling og forståelse for komplekse livssituationer, hvor sociale, sundhedsmæssige og psykologiske faktorer spiller sammen.

Inddragelse og netværksopbygning

- At styrke borgerens/patientens deltagelse i egen behandling og udvide støtten gennem netværk, pårørende og lokale ressourcer.

Systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer

- At identificere alkoholproblemer tidligt og planlægge behandlingsforløb, så indsatsen bliver forebyggende og mere effektiv.

I Tabel 1 præsenteres de identificerede indsatser sammenholdt med de centrale temaer til at reducere ulighed i behandlingsforløb for patienter med alkoholproblemer.

Tabel 1 – Oversigt over temaer og hvilke identificerede indsatser, der knytter sig hertil

Temaer	Indsatser
Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde	Flex Almen Praksis Planlagt afrusning Koordinerede Indsatsplaner (KIP) Socialsygeplejerske Socialoverlæge Socialnøglepersoner Socialmappen/social værktøjskasse Flex-sengeafsnit Alkoholrådgivende team Rusmiddelindsatsen Lab10 Kursus i pleje og behandling af social udsatte patienter Community Reinforcement Approach (CRA) Støttekontaktperson (SKP) korpset Omsorgscenter Social sundhed Alkolinjen
Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis	15-metoden Flex Almen Praksis Socialsygeplejerske Socialoverlæge Socialnøglepersoner Flex-sengeafsnit Alkoholrådgivende team Rusmiddelindsatsen Lab10 Kursus i pleje og behandling af social udsatte patienter Omsorgscenter Alkolinjen
Inddragelse og netværksopbygning	KIP CRA SKP-korpset
Systematisk opmærksomhed på alkoholproblem	15-metoden Planlagt afrusning Alkoholrådgivende team Lab10

Der er generelt positive erfaringer med indsatserne, men da de fleste ikke er tilstrækkeligt evalueret, er det vanskeligt at vurdere effekter og utilsigtede konsekvenser. Der er derfor behov for at indtænke evaluering i nuværende og fremtidige indsatser for at sikre, at de opnår de ønskede mål, og at indsatsernes potentiale for udbredelse kan vurderes.

2. Differentierede indsatser i Danmark

I det følgende gennemgås og beskrives de 18 identificerede indsatser, som er inddelt efter deres primære forankring i almen praksis, på hospitaler, i kommuner eller i civilsamfundet. Der gøres opmærksom på, at nedenstående indsatsbeskrivelser primært er udarbejdet på baggrund af aktørernes egne ord og begreber samt deres forståelse af indsatsernes virkning. Derudover er nedenstående identificerede indsatser ikke en udtømmende liste.

2.1 Indsatser i almen praksis

Indsats 1: 15-metoden

- Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis • Systematisk opmærksomhed på alkoholproblem

Formål

Formålet med 15-metoden er at gøre alkoholproblemer til en klinisk fremfor en moralsk problemstilling og tilbyde en håndgribelig tilgang til alkoholrelaterede problemer i almen praksis. Metoden henvender sig primært til personer som scorer >15 point på screeningsinstrumentet The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), hvilket indikerer en potentiel alkoholafhængighed (1). Metoden er dog også relevant for andre, som har symptomer eller somatiske eller psykiske tilstande, der kan være udløst af eller påvirket af alkohol.

Beskrivelse af indsatsen

15-metoden er en kombination af evidensbaseret afhængighedsbehandling og livsstilsintervention med fokus på alkoholrelaterede problemer. Metoden er patientcentreret og kan let tilpasses individuelle forløb. Metoden fungerer som en guide for både sundhedsfaglige og patienter, og den kan bruges som et redskab fra første kontakt med sundhedsvæsenet og gennem hele behandlingsforløbet. Metoden fokuserer ikke kun på afholdenhed, men den understøtter også reduktion af alkoholforbruget som en vej til at forbedre patientens symptomer. Ved konsultationen tager den praktiserende læge udgangspunkt i de symptomer, patienten kommer med, og informerer - hvor det er relevant - om, at symptomerne kan hænge sammen med alkoholforbruget. Herefter beder lægen eventuelt patienten udfylde AUDIT. Hvis patienten scorer 15 eller derover, eller hvis patienten på anden vis har et alkoholforbrug, der kan spille negativt sammen med dennes diagnose eller symptomer (for eksempel hvis patienten drikker mere end de anbefalede genstandsgrænser), foreslås patienten en afholdenhedsperiode eller for eksempel at reducere forbruget med 50% over en periode på 2-3 uger for at se, om symptomerne bedres. Hvis dette ikke lykkes, foreslås et kort forløb hos egen læge (4-5 samtaler á 15 minutter) baseret på guidet selvhjælp med simple hjemmeopgaver inspireret af kognitiv adfærdsterapi (cognitive behavioral therapy CBT), eventuelt i kombination med medicinsk behandling. CBT-samtalerne omhandler en kortlægning af alkoholforbruget; patientens målsætning; identificerer risikosituationer; identificerer strategier til at drikke mindre; drøfter af situationer, hvor patienten ikke vil drikke; identificerer strategier til at fastholde det nye drikkemønster. Hvis samtalerne ikke har den ønskede effekt, henvises patienten til specialiseret alkoholbehandling i kommunen.

Mulighed for differentiering

AUDIT screeningsværktøjet giver mulighed for at kategorisere patienterne efter deres alkoholafhængighed. Værktøjet kan indikere, om patienten har et risikabelt (score: 8+) eller et afhængigt alkoholforbrug (score: 15+). Ved et risikabelt, let eller moderat afhængigt alkoholforbrug vil patienten formentlig kunne behandles sufficient i almen praksis. Ved svær afhængighed (typisk ved en score på 22+) vil patienten formentlig profitere bedre af et specialiseret behandlingsforløb i kommunen.

Udvikling og implementering af indsatsen

Metoden blev udviklet og afprøvet i Sverige i 2018. I 2021 blev den for første gang testet i Danmark gennem et pilotstudie. På baggrund af dette blev materialet i 2022 videreudviklet og tilpasset en dansk kontekst med input fra borgere og sundhedsprofessionelle, der deltog i workshops. Herefter blev der igangsat et større forskningsprojekt (iTAPP Studiet (2)) med henblik på at afprøve det reviderede materiale samt afprøve, om indsatsen kunne sænke andelen af patienter, som overskred den anbefalede genstandsgrænse (10/4) og øge alkoholfokus i den givne praksis. Denne afprøvning blev gennemført som et randomiseret kontrolleret studie (RCT) i perioden 2023-2025. Det forventes, at metoden herefter udbredes til almen praksis i hele landet. Der er i 2025 igangsat et nyt forskningsstudie (The 15-mental Project) til at undersøge, om metoden kan anvendes i psykiatrien (3).

Organisering af indsatsen

Indsatsen foregår i almen praksis, og det er enten lægen eller andet praksispersonale, der undersøger - sammen med patienten - om patientens alkoholbrug har indflydelse på patientens symptomer, diagnoser eller behandlingsforløb. Et eventuelt efterfølgende samtaleforløb kan ligeledes enten varetages af lægen eller sygeplejersken. Personalet, der varetager samtaleforløbet, har gennemført et tretimers undervisningsforløb i 15-metoden. Materialet til 15-metoden dækker over en manual, en quick guide, et AUDIT skema, en patientlogbog og en flyer. Der er også udviklet uddannelsesvideoer til praksispersonalet, som skal undervises i 15-metoden. Videoerne viser eksempler på, hvordan screening og efterfølgende korte samtaler kan gennemføres.

Erfaringer med indsatsen

I alt har 21 praksisser deltaget i evalueringen af 15-metoden i et randomiseret design studie. Evalueringen baserer sig på registerdata til at måle sundhedspersonalets opmærksomhed på alkohol, og spørgeskema blandt patienterne til at måle eventuel reduktion i patienternes alkoholbrug. Spørgeskemaerne er udsendt til cirka 55.000 patienter med regelmæssige intervaller. Selve forsøget er afsluttet, og data er ved at blive analyseret.

Metoden og implementeringen af metoden er også evalueret i et kvalitativt design (4). Det er blandt andet baseret på CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research (5)), der hjælper med at identificere barrierer og facilitatorer for implementeringssucces. Her blev identificeret 14 facilitatorer, som blandt andet omhandler at: indsatsen er "bedre end det vi plejer at gøre", nemt at passe ind i det daglige arbejde, kan tilpasses efter behandlers og patienters behov, kan skabe en fælles kultur i klinikken med fokus på sparring, supervision og kommunikation. Der er endvidere identificeret overordnede barrierer for implementering: Manglende planlægning i klinikken af, hvad metoden skal bruges til; personalemangel; tidspres; manglende økonomisk kompensation; manglende netværk til eksterne partnere (kommune, specialiseret alkoholbehandling). Helt generelt er metoden blevet godt modtaget, opfattet som hjælpsom og implementeret som ønsket.

Potentiale for at udbredelse af indsatsen

Ud fra evalueringen vurderes det, at indsatsen kan implementeres for relativt få ressourcer, give almen praksis nogle enkle værktøjer, som almen praksis hidtil har manglet og samtidig bidrage til at sikre patienter, der er tilbageholdende overfor at søge specialiseret behandling, en tidlig indsats.

Indsats 2: Flex Almen Praksis

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholafklaring og helhedsorienteret praksis

Formål

Formålet med Flex Almen Praksis er at tilbyde lægehjælp, der svarer til en praktiserende læge til de patienter, der ikke har en praktiserende læge (eksempelvis personer i hjemløshed) og de patienter, der ikke gør brug af deres egen læge. Målgruppen for Flex Almen Praksis vil oftest være patienter i socialt udsatte positioner, for eksempel patienter med rusmiddelbrug, hjemløshed, gentagne indlæggelser, dobbeltdiagnoser og med begrænset netværk.

Beskrivelse af indsatsen

Omdrejningspunktet for Flex Almen Praksis er tilgængelighed, mere tid til den enkelte patient, kontinuitet og nytænkning i forhold til, hvordan man kan fremmøde som patient hos almen praksis (det er eksempelvis tilladt at have sin hund med, man må ryge udendørs og indtage alkohol). For at imødekomme tilgængeligheden arbejdes der med "åben konsultation", hvor det ikke er nødvendigt for borgeren at bestille tid inden fremmøde. For at undgå at skabe et parallelt sundhedsvæsen, arbejdes der på at genskabe tilliden til det etablerede sundhedsvæsen, inklusiv at genskabe kontakten til egen læge, såfremt borgeren måtte have en.

Patientforløbene individualiseres, og der foregår et tæt samarbejde med de øvrige aktører omkring patienten såsom støttekontaktperson, sagsbehandler og rusmiddelbehandler for at opnå bedst mulig adfærd til behandlingen. Der bruges mange ressourcer på at koordinere ambulante opfølgninger i det øvrige sundhedsvæsen, på at fastholde patienten i et behandlingsforløb og på at sikre optimal behandling. Der arbejdes tæt sammen med det øvrige hospital, og i forbindelse med en indlæggelse fra Flex Almen Praksis, vil lægen fra Flex Almen Praksis gå på daglige tilsyn ved de patienter, vedkommende har indlagt, med henblik på at være tovholder for patienten og sparringspartner for hospitalets øvrige personale. Patienten bliver således fulgt fra indlæggelse til udskrivelse, hvorefter de tilbydes opfølgning i Flex Almen Praksis.

Mulighed for differentiering

Der bruges ingen systematisk tilgang (for eksempel spørgeskema) til behovsafdækning og efterfølgende gruppering af patienterne, men indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter behov og sociale situation.

Udvikling og implementering af indsatsen

Flex Almen Praksis hører under Flexklinikken, som er placeret på Bispebjerg Hospital. Flexklinikken har siden februar 2022 varetaget tilsyn under patienters indlæggelse som efter udskrivelse eventuelt følges i et formaliseret flexforløb hos en socialsygeplejerske eller i almen flexpraksis med henblik på opfølgning på somatiske problemstillinger. Der er i efterår 2025 opstartet et almen praksis-tilbud målrettet socialt udsatte på Holbæk Sygehus (kaldet Flexklinik) efter forbillede af Flex Almen Praksis på Bispebjerg Hospital. Flexklinikken på Holbæk Sygehus er regionalt finansieret i 2025-2028, og erfaringerne fra Flexklinikken skal evalueres med henblik på vurdering af relevans af skalering til andre hospitaler.

Organisering af indsatsen

Flexklinikken, og herunder Flex Almen Praksis, hører organisatorisk under Akutafdelingen på Bispebjerg Hospital. Flexteamet består af to speciallæger i almen medicin, seks socialsygeplejersker med forskellige socialfaglige og kliniske kompetencer, en socialoverlæge og en tværfaglig afsnitsleder. Derudover er der bevilliget en fodterapeut som led i budgetforhandlingerne for 2024.

Erfaringer med indsatsen

Flex Almen Praksis bliver løbende vurderet og justeret. Der føres ugentlige statistikker over fremmøde med mere, så åbningstiderne svarer til, hvornår flest patienter henvender sig. En opgørelse per ultimo juni 2023 viste, at Flex Almen Praksis modtager patienter fra 43 forskellige instanser, deriblandt rusmiddelcentre, krisecentre, væresteder, NGO'er, kommunale indsatser, psykiatrien, kriminalforsorgen, andre sundhedstilbud og dertil kommer et stigende antal selvhenvendelser. Der har siden åbningen løbende været en stigning i antallet af patienter som kommer i Flex Almen Praksis og for nuværende er gennemsnittet på 6-10 personer dagligt. En vigtig parameter er patienternes egen fortælling, hvor det er indtrykket, at mange kommer, fordi de har fået anbefalet klinikken fra venner og bekendte.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at Flex Almen Praksis vil kunne indføres andre steder i landet, men da indsatsen endnu ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere, om den står på mål med udbyttet, og det er desuden uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag.

2.2 Indsatser på hospitalerne

Indsats 3: Planlagt afrusning

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Systematisk opmærksomhed på alkoholproblem

Formål

Formålet med planlagt afrusning er at øge chancen for vedvarende ædruelighed ved at sikre et sammenhængende patientforløb og høj behandlingskvalitet. Målgruppen er patienter, der indlægges til abstinensbehandling på hospitalet og som har et ønske om ædruelighed.

Beskrivelse af indsatsen

Hospitalet kan modtage patienter til planlagt afrusning fra flere steder. De fleste henvises fra den kommunale alkoholbehandling, mens andre henvises fra egen læge. Det drejer sig primært om patienter, der vurderes at have en øget risiko for at udvikle svære abstinenssymptomer og derfor har brug for en indledende hospitalsindlæggelse. Derudover kan patienter modtage planlagt afrusning ved ønske om alkoholbehandling i forbindelse med en somatisk indlæggelse eller en akut indlæggelse med svære abstinenssymptomer. Det er ikke muligt at omlægge alle forløb til planlagte afrusninger, da der fortsat vil være behov for akutte indlæggelser. Det kan for eksempel være i situationer, hvor patienten ikke har indtaget alkohol i mange timer og begynder at udvise svære abstinenssymptomer, og hvor det ikke vurderes muligt at sikre, at patienten får alkohol eller den nødvendige overvågning af symptomerne. Ved disse akutte indlæggelser iværksættes abstinensbehandling derfor uden en på forhånd planlagt opfølgning i kommunen. Hvis hospitalskontakten udelukkende vedrører et ønske om ædruelighed og heraf ønsket om abstinensbehandling, og der ikke er akutte somatiske problemstillinger, er det altid førsteprioritet at tilrettelægge et planlagt forløb for patienten. Den planlagte afrusning foregår i et tæt samarbejde mellem den kommunale alkoholbehandling og socialsygeplejerskerne på hospitalet. Sammen med patienten – og eventuelt pårørende eller andre relevante aktører – udarbejder de en fælles plan for behandlingsforløbet. Patienten indlægges typisk til abstinensbehandling i 24-48 timer. Forløbet planlægges helst, så indlæggelsen sker en mandag, tirsdag eller onsdag, hvilket giver mulighed for, at patienten kan overgå til kommunal alkoholbehandling inden weekenden, hvor tilbuddet holder lukket. Ved en planlagt afrusning er det afgørende, at der på forhånd er tilrettelagt opfølgning ved den kommunale alkoholbehandling, som står klar til at overtage efter udskrivelsen fra hospitalet. Et planlagt forløb kan give patienten ro og tryghed, fordi der allerede ligger en plan for den videre behandling.

Mulighed for differentiering

Lægen på rusmiddelcenteret laver en lægefaglig vurdering af, om patienten kan afruses ambulant, eller om der er behov for indlæggelse. Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne - alt efter patientens behov og sociale situation. Hvis der er særlige komplicerede sociale problematikker, kan socialsygeplejersken være behjælpelig hermed.

Udvikling og implementering af indsatsen

Idéen til indsatsen opstod i forbindelse med et møde i den tidligere sundhedsklynge med Regionshospitalet Horsens i 2017, hvor borgere med alkoholproblemer var på dagsordenen. Til mødet deltog repræsentanter fra almen praksis, psykiatrien, kommunerne og hospitalet. Der var bred enighed om, at det daværende tilbud om akut abstinensbehandling på hospitalet ikke fungerede optimalt.

De akutte forløb tog eksempelvis ikke højde for den kompleksitet, der ofte kendetegner alkoholbehandling, hvor både fysiske og psykiske problemstillinger skal håndteres, og der var en høj andel gengangere i den akutte abstinensbehandling. Ved akutte indlæggelser opstod der desuden ofte ventetid, før patienten kunne påbegynde et alkoholbehandlingsforløb i kommunen (behandlingsgarantien er på 14 dage). I denne periode var der stor risiko for, at patienten genoptog sit alkoholforbrug. Der var samtidig evidens for, at sammenhængende forløb kan være afgørende for at reducere risikoen for tilbagefald (6), og der var derfor et ønske om at etablere et tilbud om planlagt afrusning. Indsatsen blev igangsat i 2017.

Under implementeringsperioden har det krævet en vis tilvænning for alle parter at omlægge arbejdet fra akutte til planlagte forløb. Gennem dialog med hospitalspersonale, praktiserende læger og andre samarbejdspartnere er det dog i overvejende grad lykkedes at gennemføre de fleste forløb som planlagte. Planlagt afrusning (også refereret til som planlagt abstinensbehandling og selektiv indlæggelse til afrusning/abstinensbehandling) er efterfølgende blevet udbredt til flere hospitaler, ofte som en del af en større indsats — eksempelvis Flex-sengeafsnit, LAB10 og Alkoholrådgivende Team, som alle beskrives nærmere i dette katalog.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er forankret i et samarbejde mellem hospitalet (region) og alkoholbehandlingen (kommune). Socialsygeplejersken er ansvarlig for indsatsen, så længe patienten er indlagt på hospitalet. Socialsygeplejersken er ansat på akutafdelingen, hvor den planlagte afrusning ofte foregår. Hvis der ikke er plads på akutmodtagelsen, kan patienten blive indlagt på en af de øvrige hospitalsafdelinger, hvor socialsygeplejersken tilser patienten. Abstinensbehandlingen varetages af afdelingens personale, og lægen har behandlingsansvaret.

Erfaringer med indsatsen

Der er ikke lavet en evaluering af indsatsen, og der er ikke planer herom på nuværende tidspunkt. Akutmodtagelsen ser færre akutte indlæggelser og færre forløb, hvor patienterne gentagne gange indlægges til afrusning. Der er positive tilbagemeldinger om, at det giver mening for patienterne, alkoholbehandlingen, almen praksis og akutmodtagelserne.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at et samarbejde mellem den kommunale alkoholbehandling og hospitalet kan indføres andre steder i landet. Det forudsætter som udgangspunkt en fælles aftale om planlagte forløb samt en læge, der kan overtage den medicinske abstinensbehandling i alkoholbehandlingen, når patienten udskrives fra hospitalet. Dette er dog ikke tilfældet på alle behandlingssteder. Da indsatsen endnu ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere, om den står mål med udbyttet, og det er desuden uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag.

Indsats 4: Koordinerende Indsatsplaner (KIP)

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Inddragelse og netværksopbygning

Formål

Formålet med koordinerende indsatsplaner (KIP) er at skabe en koordineret indsats, der er sammenhængende og tilpasset borgerens behov. KIP tages i brug ved de patienter, hvor der er behov for indsatser fra forskellige områder. Det kan eksempelvis være patienter med social udsathed, rusmiddelproblematik, psykisk lidelse med videre.

Beskrivelse af indsatsen

KIP er udviklet for at styrke samarbejdet om borgere med dobbeltdiagnoser (psykisk lidelse og et skadeligt forbrug eller afhængighed af rusmidler) og komplekse støttebehov. Når en borger er stærkt udfordret af både psykisk sygdom, afhængighed og sociale problemer, er der behov for, at faglige aktører på tværs af sektorer samarbejder og koordinerer den samlede indsats, der skal til for at gøre borgerens hverdag mere stabil. Den samlede indsats vil typisk omfatte psykiatrisk behandling, misbrugsbehandling og øvrige relevante indsatser, for eksempel somatisk behandling. KIP skal medvirke til at styrke samarbejdet mellem to forholdsvis forskellige sektorer. KIP går overordnet ud på at samle personer fra forskellige områder med henblik på at koordinere indsatser til gavn for borgeren. På somatiske hospitaler kan det være socialsygeplejersken, der er tovholder for indsatsen, når en patient med social udsathed indlægges, og der er mange forskellige problemområder, mange genindlæggelser og sygdom. Hvis der er behov for en indsats fra flere forskellige områder, og patienten samtykker dertil og til kontakt til de

øvrige instanser, kan socialsygeplejersken initiere koordinerende indsatsplan-møder, herunder planlægning samt afklaring af relevante aktører. Et KIP-møde kan eksempelvis være med deltagelse af patienten, patientens nærmeste pårørende, sagsbehandler i jobcenter, støttekontaktperson, praktiserende læge og rusmiddelbehandler. Antallet af møder og mødedeltagere er forskelligt alt efter behov for indsats og længden heraf. Ved mødet tages udgangspunkt i en skabelon som udfyldes med informationer om, hvorfor mødet foreligger, hvem der deltager samt kontaktinformationer. Ved mødet agerer socialsygeplejersken mødeleder, og sørger for, at alle deltagere kommer til orde og fremfører hvilke udfordringer, der er observeret, samt samler op. Med accept fra borgeren samles dette i skabelonen, hvor det angives, hvilken indsats, der er tale om, samt hvem der er ansvarlig for denne. Ved mødets afslutning vurderes behovet for et nyt møde og fastsættelse af en dato herfor. Møderne varer minimum 1,5 time og kan for eksempel afholdes på hospitalet. Indsatsen virker blandt andet ved at samle de relevante aktører omkring borgeren, særligt i situationer hvor det kan være vanskeligt at koordinere et sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Indsatsen understøtter samtidig, at der systematisk følges op på de aftaler, der indgås. På længere sigt kan borgeren opnå et stærkere ejerskab over eget forløb og gradvist tage en mere aktiv og styrende rolle i møderne.

Mulighed for differentiering

KIP-modellen indeholder en afklaring af relevante behov og aktører, så de relevante parter indgår i mødet. Der er dog ikke et systematisk spørgeskema eller lignende til at understøtte afklaringen. Idet alle indsatser, der aftales, tager udgangspunkt i patientens behov, er der en individuel differentiering deri. Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter dennes problematik og sociale situation. Der lægges vægt på at kontakte borgerens sociale netværk for, at disse kan agere støtte for patienten, hvis patienten ønsker det.

Udvikling og implementering af indsatsen

KIP blev udviklet som redskab i forbindelse med et satspuljeprojekt i 2014 og frem, efter at Psykiatriudvalgets rapport fra 2013 pegede på behovet for et styrket samarbejde om indsatsen for personer med psykisk lidelse kombineret med et skadeligt forbrug eller afhængighed af rusmidler. Det anbefales i den forbindelse, at regioner og kommuner udarbejder en koordinerende indsatsplan for borgere med psykisk lidelse og samtidigt afhængighed (se Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner (7)), KIP anvendes i den regionale psykiatri i alle fem regioner samt i for eksempel kommunale rusmiddelcentre men kan også anvendes af somatiske hospitaler, eksempelvis af socialsygeplejerskerne. Det nøjagtige omfang af anvendelsen af KIP er ikke kendt. Der er undervejs sket justeringer i forhold til inddragelse af praktiserende læge, hvor den praktiserende læge, frem for at deltage fysisk i mødet, kan deltage over teams eller via telefon eventuelt i et begrænset tidsrum. Koordinering og sikring af sammenhæng for borgere med komplekse behov findes i lignende versioner rundt omkring i landet. Indsatsen kan have forskellige navne, for eksempel tværsektorielt møde.

Organisering af indsatsen

KIP er et redskab og er således ikke forankret et sted, men det er blandt andet anvendt i psykiatrien og på Holbæk Sygehus. Mødet kan foregå på hospitalets lokaler, men det kan også være i borgerens eget hjem.

Evaluerings/erfaring med indsatsen

Der er i 2020 udarbejdet en evaluering af erfaringerne med KIP. Erfaringerne viser, at arbejdet med KIP kan styrke relationen mellem fagpersoner fra forskellige sektorer og skabe en fælles forståelse af borgerens aktuelle situation. Der er ikke lavet opgørelser over, hvor mange KIP-møder der er blevet afholdt eller hvor mange borgere, der har gennemført et forløb.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at redskabet kan implementeres flere steder i landet og eventuelt inden for andre sektorer. Indsatsen kræver ledelsesmæssig opbakning. Ved implementering er det vigtigt at være opmærksom

på, at det første KIP-møde er det sværeste både i forhold til planlægning, vurdering af hvilke områder der skal inddrages samt hvem fra de udvalgte områder, der skal deltage. Det kræver derfor en tovholder, der er vedholdende i forhold til at planlægge mødet. Derudover kræver indsatsen en vis investering af ressourcer, men erfaringerne viser, at udbyttet kan være stort, særligt i sager med komplekse og sammensatte udfordringer, hvor der er behov for tæt samarbejde på tværs. Da indsatsen ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere, om indsatsen modsvarer udbyttet.

Indsats 5: Socialsygeplejersker

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis

Formål

Formålet med socialsygeplejersken er at skabe lige adgang til sundhed og til sundhedsvæsenet for socialt udsatte borgere. Socialsygeplejersken hjælper socialt udsatte borgere med at gennemgå et behandlingsforløb, eksempelvis borgere, som udover deres sygdom, har andre problematikker såsom hjemløshed, brug af rusmidler og psykisk lidelse. Der findes socialsygeplejersker på hospitaler, i psykiatrien og også i nogle kommuner. Her beskrives socialsygeplejerskefunktionen, som den kan foregå på et somatisk hospital.

Beskrivelse af indsatsen

Socialsygeplejersker er med til at sikre mere lighed i sundhed ved blandt andet at have en dybere forståelse for udsatte patienters komplekse problemstillinger, samt solid viden om de relevante tilbud på tværs af sektorer (8, 9). Socialsygeplejersken bliver kontaktet, når en borger med social udsathed, eksempelvis med et skadeligt alkoholforbrug, har behov for ekstra støtte til behandling i sundhedsvæsenet. Kontakten til socialsygeplejersken kan for eksempel komme fra gadesygeplejersker, støttekontaktpersoner, medarbejdere på herberg, den kommunale alkoholrådgivning eller det sundhedsfaglige personale, der modtager patienten på hospitalet. Socialsygeplejerskens rolle kan blandt andet være at identificere og handle på patientens udfordringer, både i forhold til fysiske, psykiske og sociale problematikker samt bidrage til vurdering af patienternes sundhedskompetencer. Socialsygeplejersken støtter patienten i at gennemføre indlæggelse, ambulante forløb samt at fremmøde til kontroller på hospitalet. Det kan for eksempel være ved at sørge for, at lægen behandler patienten for abstinenser og derved ikke forlader hospitalet. Socialsygeplejerskerne arbejder ofte skadesreducerende, hvilke vil sige, at der er stort fokus på at reducere de konsekvenser, som er forbundet med overforbruget af alkohol uden krav om, at patienten skal være afholdende (10). Socialsygeplejerskerne understøtter desuden patientens behandling uden at have behandlingsansvaret. De kan således aflaste sundhedspersonalet og skabe tryghed på afdelingen. Nogle steder i landet har socialsygeplejerskerne også ansvar for at organisere tværfaglige dialogmøder, hvor relevante fagligheder/specialer og eventuelle kommunale aktører samles for i fællesskab at tilrettelægge en koordineret behandlingsplan for patienten. Her kan der for eksempel også tildeles en patientansvarlig læge, det vil sige en læge, der har det overordnede koordinerende ansvar. Inden patienten udskrives, kan socialsygeplejersken kontakte eller hjælpe patienten med at kontakte det kommunale tilbud for at sikre, at patienten får det bedst mulige forløb. Det kan for eksempel være kontakt til den kommunale alkoholbehandling eller socialforvaltning, eventuelt med fokus på støtte i hjemmet eller hjælp til boligsituation. Udover patientstøtte, yder socialsygeplejerskerne også tæt faglig sparring med det øvrige sundhedspersonale i forhold til den enkelte patient, men de står også for generel undervisning i blandt andet udfordringer, levevilkår og abstinensbehandling hos personer i social udsathed. Socialsygeplejefunktionen er blevet tilpasset igennem tiden og var oprindelig udviklet til stofbrugere. Siden er den blevet udvidet til også at omfatte borgere i social udsathed. Der har også været en lokal tilpasning af indsatsen grundet forskelle i befolkningssammensætningen i optageområderne.

Mulighed for differentiering

Indsatsen kan tilpasses alt efter patientens behov og plan for videre hjælp. Socialsygeplejerskerne har generelt bredere rammer, end det øvrige sundhedspersonale til at hjælpe patienterne med sociale problemstillinger, der kan stå i vejen for, at patienterne kan følge en behandling. Der er eksempelvis i nogen grad mulighed for at følge patienten efter udskrivelse eller bygge bro til andre sektorer, hvis det vurderes nødvendigt for behandlingsforløbet.

Udvikling og implementering af indsatsen

Indsatsen startede som et pilotprojekt på Bispebjerg Hospital i 2006-2009, hvorefter den første socialsygeplejerske blev fastansat. I 2012 blev der ansat socialsygeplejersker i Region Hovedstaden, og indsatsen blev gjort permanent. Sidenhen er der ansat socialsygeplejersker i Region Sjælland, Region Syddanmark, og Region Midtjylland. I Region Nordjylland har der tidligere været ansat Brobyggerpsykiatriske sygeplejersker (fra 2019 til 2023 (11, 12)), der havde en lignende funktion. Socialsygeplejerskeordningen er startet på de somatiske hospitaler, men er siden blevet udbredt til både psykiatrien og flere kommuner rundt om i landet.

Organisering af indsatsen

Det er forskelligt på de enkelte hospitaler, hvordan socialsygeplejerskerne er forankret. Nogle er ansat i en patientforløbsenhed andre i akutmodtagelsen. Fælles for socialsygeplejerskerne er dog, at de har deres daglige gang på tværs af afdelingerne på det hospital, de er ansat. Socialsygeplejerskerne har specialistviden indenfor rusmidler, afhængighed, smertebehandling, abstinens- og substitutionsbehandling og levevilkår hos patienter i social udsathed.

Erfaringer med indsatsen

Alle socialsygeplejersker kan benytte en specifik procedurekode, så det er muligt at monitorere aktionsdiagnose, indlæggelsesdage og hvor mange patienter socialsygeplejersken har været i kontakt med. Der er, så vidt vides, ikke på nuværende tidspunkt en samlet opgørelse heraf. Baseret på interviewmaterialet indsamlet til Delstudie 2 i den fulde rapport fremstår det tydeligt, at socialsygeplejersker spiller en central rolle i at understøtte kvalitet og sammenhæng og tryghed i behandlingen, når patienter med alkoholproblemer kommer i kontakt med hospitalet – både under indlæggelse og i ambulant regi. Der er udarbejdet flere evalueringer af indsatsen. Eksempelvis viser en evaluering fra 2013, at socialsygeplejerskens arbejde resulterer i flere og ofte også længere behandlingsforløb (8). Dette kan ses som et tegn på, at deres arbejde bidrager til forbedret behandling og potentielt også til, at patienter i social udsathed, herunder patienter med alkoholproblemer, i højere grad kan følge et behandlingsforløb.

Det, der beskrives som den bærende virkningsmekanisme i indsatsen, er den øgede udsattefaglighed. Socialsygeplejerskerne er et fagligt supplement til det øvrige personale. De kommer med en bred faglig viden og forståelse for overforbrug af alkohol og andre rusmidler - og med en metodisk tilgang baseret på skadesreduktion (Harm Reduction (13)).

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Socialsygeplejefunktionen findes i dag på stort set alle større hospitaler i Danmark, undtagen i Region Nordjylland. Derved har indsatsen opnået stor udbredelse siden opstarten i 2006. Ideologien bag indsatsen er, at alt personale skal have evne, vilje og kompetencer til også at behandle patienter i social udsathed for at skabe lighed i behandling. Socialsygeplejerskerne skal være et fagligt, specialiseret supplement til den øvrige behandling, men indsatsen med sygepleje og behandling af patienter i social udsathed må ikke alene hvile på socialsygeplejerskens skuldre, men skal hvile på alles. Der arbejdes løbende med at udvikle og udbrede funktionen. Et eksempel herpå er, at socialsygeplejerskerne i nogle tilfælde tager ud af huset, eksempelvis til væresteder, hvor de kan håndtere mindre sundhedsfaglige problemstillinger og bygge bro til det øvrige sundhedsvæsen.

Indsats 6: Socialoverlæge

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholafklaring og helhedsorienteret praksis

Der findes socialoverlæger på flere af landets somatiske og psykiatriske hospitaler og i enkelte kommuner. I denne beskrivelse er der primært fokus på hospitalsfunktionen.

Formål

Formålet med socialoverlægerne er at yde sparring og lægefaglig bistand til socialsygeplejerskerne og det øvrige personale i vanskelige forløb, samt understøtte tværsektorielt samarbejde om målgruppen. Målgruppen er patienter i social udsathed som udover somatisk sygdom også har eksempelvis psykisk lidelse og et problemskabende forbrug af rusmidler.

Beskrivelse af indsatsen

Opgaverne for socialoverlægerne i somatikken kan overordnet set opdeles i tre spor: 1) Socialoverlægerne yder faglig sparring i vanskelige forløb, særligt til hospitalslægerne blandt andet i forhold til abstinensbehandling 2) Socialoverlægerne understøtter udsattefagligheden på regionens hospitaler og har en særlig rolle i forhold til at understøtte hospitalslægenes viden og kompetenceudvikling. De har ligeledes en central rolle i forhold til kompetenceudvikling af sygeplejersker, herunder socialsygeplejerskerne. 3) Socialoverlægerne understøtter samarbejdet om borgere i særligt udsatte positioner mellem somatiske hospitalsafdelinger og psykiatrien, kommunernes socialforvaltninger, praktiserende læger, rusmiddelcentre, herberger med flere. Et sådant samarbejde i Region Hovedstaden har konkret affødt flere projekter, som for eksempel "koordinerende patientteams" og tværsektorielle forløbsbeskrivelser blandt andet i forbindelse med abstinensbehandling.

Mulighed for differentiering

Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter behov og sociale situation. Socialsygeplejersken vil typisk være den første som kontaktes ved sociale problematikker, hvorefter socialsygeplejerskerne kan kontakte socialoverlægen for yderligere assistance.

Udvikling og implementering af indsatsen

På baggrund af identificerede behov blev socialoverlægefunktionen udviklet. Dette drejede sig blandt andet om udfordringer ved særligt komplekse forløb, der krævede lægefaglige kompetencer, og muligheden for mere tværsektorielt samarbejde med hospitalslæger. Socialoverlægefunktionen blev etableret i Region Hovedstaden i 2021 med to socialoverlæger i somatikken og i 2022 med to socialoverlæger i psykiatrien. Der findes socialoverlæger andre steder i landet. Socialoverlægerne supplerer den indsats, som socialsygeplejerskerne yder overfor borgere i de mest socialt udsatte positioner.

Organisering af indsatsen

Socialoverlægerne kan være ansat på akutafdelingerne sammen med socialsygeplejerskerne eller i en anden faglig enhed. De har en bred viden om målgruppen, blandt andet gennem erfaring fra rusmiddelcentre og kommer typisk fra specialer som samfundsmedicin eller almen medicin. Derudover har socialoverlægerne en omfattende tværsektoriel samarbejdsflade, herunder med psykiatrien og de kommunale rusmiddelcentre.

Erfaringer med indsatsen

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse ved Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) er ved at udarbejde en evaluering af "Samarbejde om socialt udsatte borgere med misbrugsproblematikker", hvor socialoverlægefunktionen i regionen indgår. Evalueringen forventes publiceret i foråret 2026.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Da indsatsen som nævnt ikke er evalueret endnu (men er i gang), er det ikke muligt at vurdere, om indsatsen giver det forventede udbytte. Det er derfor også uklart, hvordan indsatsen vil fungere på andre hospitaler, f.eks. steder med et anderledes patientgrundlag.

Indsats 7: Socialnøglepersoner

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholafhængighed og helhedsorienteret praksis

Formål

Formålet med socialnøglepersoner er at understøtte socialsygeplejerskens arbejde i forhold til at tage bedre hånd om patienter i social udsathed. Nøglepersonerne skal blandt andet sikre bedre behandling til patienter i social udsathed og understøtte, at de gennemfører deres behandlingsforløb. Indsatsen henvender sig særligt til patienter i social udsathed med rusmiddelproblematikker og samtidig somatisk sygdom, der har brug for en ekstra støtte i forbindelse med en hospitalskontakt.

Beskrivelse af indsatsen

Igennem socialnøglepersonerne bliver en del af socialsygeplejerskens viden og funktion forankret lokalt på afdelingerne, og socialnøglepersonerne fungerer således som socialsygeplejerskens forlængede arm. Det er op til afdelingerne at tilrettelægge og definere den form for socialnøgleperson, som bedst understøtter afdelingens specifikke behov. Indsatsen går overordnet ud på, at socialsygeplejersken formidler viden til socialnøglepersonerne om patienter i social udsathed og relaterede problemstillinger. Dette gøres, både når socialsygeplejersken og socialnøglepersonerne fra de forskellige afdelinger én gang årligt mødes til fælles undervisning og erfaringsudveksling samt ved en løbende sparring. Undervisningen omfatter blandt andet håndtering af patienter i social udsathed, effektive samtale- og spørgeteknikker, abstinensbehandling, planlægning af indlæggelsesforløb samt eventuelt tilrettelæggelse af udskrivningsforløb. Socialnøglepersonen kan med denne viden være behjælpelig på afdelingen, eksempelvis hvis en patient med alkoholafhængighed og social udsathed er indlagt. Socialnøglepersonerne har en særlig rolle i forhold til at understøtte deres kollegaer gennem faglig sparring, viden og praktisk hjælp i plejen. Da der lægges særlig vægt på forløbet efter udskrivelse, har socialsygeplejerskerne udarbejdet en oversigt over tilgængelige tilbud til patientgruppen, som alle medarbejdere kan tilgå (se beskrivelsen "Socialmappe/Den socialværktøjskasse" nedenfor dette afsnit). Det er også nøglepersonens opgave at instruere sine kollegaer i at anvende dette redskab. Formålet er at skabe bro til samarbejdspartnere under patientens indlæggelse og samtidig forberede en tryk og velkoordineret udskrivelse, så genindlæggelse kan undgås eller forebygges. Indsatsen finder primært sted på den afdeling, patienten er tilknyttet, og er aktuel så længe, patienten er indlagt, og der er behov for socialnøglepersonens kompetencer.

Mulighed for differentiering

Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter patientens behov og sociale situation.

Udvikling og implementering af indsatsen

Så vidt vides, findes socialnøglepersoner kun på Hospitalsenhed Midt og Bispebjerg Hospital og en tilsvarende indsats på Holbæk Sygehus.

På Hospitalsenhed Midt har funktionen været i drift siden 2023, og indsatsen blev indledt med en fælles undervisningsdag for de tilmeldte socialnøglepersoner. Konceptet med socialnøglepersoner blev udviklet som respons på den høje efterspørgsel efter socialsygeplejerskens faglighed på de forskellige matrikler på Hospitalsenhed Midt, hvor kun én socialsygeplejerske dengang var ansat. Indsatsen blev iværksat på Regionshospitalet i Hospitalsenhed Midt, hvor alle sengeafdelinger og ambulante klinikker i dag har en socialnøgleperson.

På Bispebjerg har der været socialnøglepersoner siden 2024. Baggrunden for implementering på Bispebjerg er, at socialsygeplejerskerne ikke havde mulighed for at indgå i alle patientforløb. Ydermere var der et ønske om, at viden ikke var personbåret og afhængig af den enkelte socialsygeplejerske, men at det blev til fælles viden tilgængeligt for alle. Desuden var der et ønske om at øge udsattefagligheden på de enkelte afdelinger.

På Hospitalsenhed Midt har der ikke været udfordringer med at opstarte indsatsen, og indsatsen er ikke blevet justeret efter implementering. På Bispebjerg har udfordringen været udskiftninger i nøglepersoner på grund af jobskifte, og det kræver tid i en travl hverdag at organisere og indkalde til nøglepersonsmøder. To socialsygeplejersker har stået for dette. Der er stor interesse hos personalet på de enkelte afdelinger, og der har været ledelsesmæssig opbakning til indsatsen.

Organisering af indsatsen

Indsatsen med socialnøglepersoner er forankret på hospitaler. Socialnøglepersoner kan have forskellige sundhedsfaglige uddannelser, de kan for eksempel være sygeplejersker, jordemødre, terapeuter, læger, assistenter. Men det vigtigste er, at de har interesse og lyst til at arbejde med målgruppen. Socialnøglepersonerne deltager i undervisning, hvor de får gode råd til, hvordan rollen kan håndteres. Indsatsen kræver ikke særlige fysiske rammer eller IT-systemer.

Erfaringer med indsatsen

Indsatsen er endnu ikke evalueret, men der er planer herom, når den har været i drift i flere år. Indsatsen er baseret på de bagvedliggende tanker for socialsygeplejersken, der tidligere er evalueret, og har vist sig at bidrage til forbedret behandling af patienter i social udsathed. Der er ingen konkrete tal på, hvor mange patienter, der har haft gavn af socialnøglepersonerne. Blandt socialnøglepersonerne har man oplevet, at der er stor tilslutning til indsatsen hos patientmålgruppen. Patienterne gennemfører oftere behandlingen, og der er færre genindlæggelser hos den enkelte. Det opleves, at afdelingerne med en socialnøgleperson i langt højere grad er i stand til at tage vare på patienter i social udsathed, og at socialsygeplejersken nu kun bliver tilkaldt, når der er tale om de mere komplekse problemstillinger. Der er en stor interesse blandt personalet for at blive en del af indsatsen. På Hospitalsenhed Midt er temadagene understøttet af HR uddannelse der yder økonomisk hjælp til at invitere eksterne eksperter.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Indsatsen kan i princippet implementeres på alle hospitaler, hvor der er en socialsygeplejerske, der har lyst til at opstarte og stå for indsatsen samt en ledelse, der er med til at understøtte denne. Der gøres opmærksom på, at det er essentielt med ledelsesmæssig opbakning, både på hospitals- og afdelingsniveau. Det er vigtigt, at ledelsen anerkender og støtter arbejdet, så det er muligt for socialnøglepersonerne at bruge tiden på patienterne og på kompetenceudvikling. Da indsatsen som nævnt ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere det reelle udbytte, og det er ligeledes uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag.

Indsats 8: Socialmappe/Den Sociale Værktøjskasse

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

Formål

Den sociale værktøjskasse har til formål at sikre, at patienten får den nødvendige støtte efter hospitalsudskrivelse. Indsatsen henvender sig særligt til patienter i udsatte positioner, eksempelvis med alkoholoverforbrug, begrænset socialt netværk eller hjemløshed, som har behov for en social og/eller sundhedsfaglig indsats efter udskrivelse. Formålet er både at støtte patienten i at gennemføre det videre behandlingsforløb og at forebygge, at den sociale eller sundhedsmæssige situation forværres.

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen gør det muligt for medarbejdere på alle afdelinger at få et overblik over tilbud til patienter i socialt udsatte positioner, som kan være med til at danne et sikkerhedsnet efter udskrivelse. Hvert tilbud beskrives med kontaktoplysninger. Tilbuddene kan eksempelvis være sociale akuttilbud, bostøtteordninger, krisecentre, rusmiddelcentre og forebyggende kommunale teams.

Mulighed for differentiering

Vurderingen af hvilket tilbud, der er relevant at kontakte, beror på en individuel vurdering af patientens behov.

Udvikling og implementering af indsatsen

Så vidt vides, findes denne indsats to steder i landet: på Hospitalsenhed Midt (Den sociale værktøjskasse) og Bispebjerg Hospital (Socialmappe). Den sociale værktøjskasse på Hospitalsenhed Midt er en elektronisk oversigt, der kan tilgås igennem e-Dok, der er Region Midtjyllands digitale dokumentsamlingsystem, for eksempel til instrukser og retningslinjer. Det digitale format er valgt, da det muliggør hurtig opdatering af indsatserne. På samme måde har Bispebjerg Hospital (Flexklinikken) udarbejdet en "Socialmappe", som ligeledes fungerer som et opslagsværktøj for indsatser, der kan henvises til efter udskrivelse. Socialmappen er ikke elektronisk, men en mappe i fysisk form som løbende opdateres. Oplevelsen er, at flere afdelinger er meget glade for den fysiske version, der er hurtig at tilgå. En del af socialmappen er en ca. 50 sider lang henvisningsliste med oversigt over tilbud i hovedstadsområdet til patienter i social udsathed. På sigt overvejes det at få specielt henvisningslisten i en elektronisk version, ikke mindst fordi andre aktører uden for hospitalet har ønsket at få adgang til listen. Det vurderes, at en mulig elektronisk udgave kunne være tilgængelig fra Flexklinikken's hjemmeside, eller eventuelt en national aktør, såsom Sundhedsstyrelsen.

Organisering af indsatsen

Oversigten udarbejdes af en socialsygeplejerske, der ofte har tilknytning til akutafdelingen. I udarbejdelsen af oversigten, kræver det et stort kendskab til tilgængelige indsatser og/eller kontakter til relevante informanter. Ved den elektroniske version, kræver det, at der er en nem tilgængelig online platform, der kan rumme oversigten.

Erfaringer med indsatsen

Indsatsen bygger på en ide om, at nem og hurtig information øger chancen for, at personalet kontakter et støttende tilbud, og derved øger chancen for, at patienten kommer bedre igennem en behandling. På Bispebjerg Hospital har socialsygeplejersker og socialoverlæge i 2024 deltaget i sygeplejerskemøder på alle afdelinger over nogle måneder og informeret om socialmappen. I tiden efter blev mappen brugt, og der var positive tilbagemeldinger på dens brugbarhed. Erfaringen på Bispebjerg er, at viden om mappens eksistens aftager med tiden, og at personalet med mellemrum skal opdateres. Det er ønsket, at nøglepersonerne skal vedligeholde kendskabet til mapperne. Det overvejes også, om der skal laves en fokuseret indsats til lægerne med henblik på udbredelse af kendskabet til mapperne. Der vil løbende være en vurdering af, hvorvidt mapperne bruges eller om formidlingen skal foregå på anden vis.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at indsatsen kan implementeres på andre hospitaler, så længe der er en medarbejder, ofte en socialsygeplejerske, der kan stå for at udarbejde og vedligeholde oversigten. Det er oplevelsen, at det kan være en tidskrævende opgave, særligt afhængigt af hvor mange kommuner og antal tilbud, der findes i hospitalets optageområde – men en vigtig prioritering. Da indsatsen ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere om den modsvarer udbyttet, og det er uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag.

Indsats 9: Flex-sengeafsnit

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholafslapning og helhedsorienteret praksis

Formål

Formålet med Flex-sengeafsnittet er at etablere et sengeafsnit dedikeret til patienter med overforbrug af rusmidler, hvor rusmiddelbehandling er en specialiseret opgave i trygge og værdige behandlingsrammer. Målgruppen er patienter, hvor primærdiagnosen er abstinensbehandling af alkohol og/eller stoffer. Patienterne på afsnittet vil ofte have somatiske eller psykiske komorbiditeter.

Beskrivelse af indsatsen

Patienterne henvises primært til Flex-sengeafsnit fra Akutmodtagelsen, egen læge, rusmiddelcentre eller Flex Almen Praksis¹. I Flex Almen Praksis kan patienterne blandt andet selv have henvendt sig, være kommet via kontaktperson eller være indbragt med sociolancen. Tidligere blev patienter med behov for abstinensbehandling indlagt akut på forskellige afdelinger på hospitalet. Ved at samle patientgruppen på Flex-sengeafsnittet kan der nu arbejdes målrettet med rusmiddelbehandling som en dedikeret opgave i trygge og værdige rammer. På afsnittet arbejdes hen imod, at flere kan få en planlagt indlæggelse (også beskrevet som "Planlagt afrusning", se Indsats 3 for yderligere beskrivelse). En planlagt indlæggelse sikrer, at patienten er motiveret, og at indlæggelsen er planlagt sammen med rusmiddelcentret eller egen læge, hvilket sikrer, at der allerede ved starten af indlæggelsen forelægges en plan for opfølgning på patienten efter udskrivelsen. Der samarbejdes tæt med både civilsamfund og kommunale tilbud for at skabe et sammenhængende og koordineret forløb for patienten og forebygge genindlæggelser. Kendskab til relevante tilbud udenfor hospitalet er derfor centralt (her anvendes blandt andet Socialmappen, jævnfør tidligere beskrivelse). Afsnittet har tilknyttet plejepersonale fra både somatik og psykiatri, socialsygeplejersker, faste speciallæger, en socialoverlæge, en socialfodterapeut, sikkerhedsportører og en socialfysioterapeut. Personalet bidrager til faglig kvalitet og sikrer sammenhæng i patientforløbene gennem koordination med aktører uden for hospitalet.

Da mange patienter har komorbiditet, er der tæt samarbejde med øvrige specialer på hospitalet omkring diagnostik og behandling. Der er desuden daglig tilstedeværelse af psykiatrisk læge på afsnittet.

Personalet arbejder sammen med patienterne om at afdække aktiviteter, der kan være med til at fjerne fokus på alkohol og abstinenser. Der er mulighed for samvær og aktiviteter med andre patienter blandt andet udendørsaktiviteter, og afsnittet samarbejder med WeShelter, der driver Den Sociale Have, hvor tidligere indlagte patienter kan deltage i havearbejde og indgå i et socialt fællesskab (14, 15). Flex-afsnittets nye fysiske lokaler forventes færdige i 2026.

Mulighed for differentiering

Indsatsen er designet til at imødekomme individuelle behov – både i forhold til abstinensbehandling og eventuelle andre sygdomme. Tilgangen til differentiering varierer derfor afhængigt af den enkelte patient og dennes behov. For nogle patienter kan det kræve en særlig indsats at få etableret sammenhængende forløb - også efter udskrivelse, hvilket ofte indebærer inddragelse af socialsygeplejersker, kommunen og andre relevante aktører.

Udvikling og implementering af indsatsen

Afsnittet er åbnet i oktober 2025 på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, og så vidt vides er indsatsen ikke andre steder i landet. Idéen opstod ud fra et ønske om at forbedre behandlingen for patienter med alkoholproblemer. Udviklingen af indsatsen er sket gennem workshops og arbejdsgrupper med deltagelse af aktører, der har med patientgruppen at gøre – herunder psykiatrien, kommuner, almen praksis, forskellige hospitalsafdelinger og NGO'er.

¹ Flex Almen Praksis er et alment medicinsk tilbud på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital til borgere med social udsathed, som enten ikke har en praktiserende læge eller ikke har kontakt til egen læge. Indsatsen er tidligere beskrevet i Behandlingsrådets uligheds analyse for 2023

Eftersom der ikke er kendskab til lignende afsnit, er og vil indsatsen fremadrettet blive udviklet i takt med, at der opnås flere erfaringer. Det har vist sig muligt at rekruttere plejepersonale til afsnittet - og selvom addiktiv medicin ikke er et selvstændigt speciale, har der også været lægefaglig interesse i etableringen af det nye afsnit.

Organisering af indsatsen

Sengeafsnittet er en del af Flexklinikken, som er organiseret under Akutafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Afsnittet er dimensioneret til 8–10 senge. Der er tilknyttet plejepersonale fra både somatik og psykiatri, samt socialfysioterapeut, socialfodterapeut, sikkerhedspportører og psykiatrisk læge. Personalet har været i praktik inden for både psykiatri og somatik afhængigt af tidligere erfaring – blandt andet med fokus på modtagelse og behandling af patienter med abstinenser. Derudover har socialsygeplejersker og fodterapeuter modtaget undervisning i psykiatriske diagnoser, patient i udsatte positioner og sprogbrug (beskrives blandt andet under "Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter"). De er også oplært i teknikker til håndtering af eskalerende situationer, eksempelvis Low Arousal og frigørelsesteknikker. De fysiske rammer er under opbygning og forventes klar i 2026. Afdelingen vil blive indrettet med fokus på tryghed og værdighed, med enestuer og mulighed for aktivering under indlæggelse.

Erfaringer med indsatsen

Det forventes, at der årligt vil være omkring 700 patienter indlagt på afsnittet. Afsnittet er i opstartsfasen, og det planlægges, at indsatsen skal evalueres løbende. Afdelingen rummer desuden gode muligheder for forskning i abstinensbehandling, hvilket kan komme patientgruppen til gavn. Det nye afsnit vil løbende blive udviklet og tilpasset i takt med de erfaringer, som patienter, personale og eksterne samarbejdspartnere gør sig, og efterhånden som de fysiske rammer færdiggøres.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Indsatsen henvender sig primært til større hospitaler med et betydeligt optag af patienter med rusmiddelproblematikker. Da få hospitaler i Danmark har et lige så stort patientgrundlag med disse problematikker som Bispebjerg og Frederiksberg har, vurderes det, at indsatsen mange steder vil skulle tilpasses lokale forhold og patientvolumen. En vellykket implementering forudsætter vilje til at gøre en særlig indsats for patientgruppen samt ledelsesmæssig opbakning. Da indsatsen ikke er evalueret, er det endnu ikke muligt at vurdere, om indsatsen modsvarer udbyttet.

Indsats 10: Alkoholrådgivende team (ART)

• Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis • Systematisk opmærksomhed på alkoholproblem

Formål

Det Alkoholrådgivende Team (ART) har til formål at støtte patienter med alkoholrelaterede problematikker, og med afsæt i disse problematikker at understøtte og styrke patientens egen motivation og egne kompetencer samt sikre velkoordinerede og sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sundhedssektorerne. Hensigten er endvidere, at ART's viden og kompetencer, i et meget tæt samarbejde med rusmiddelcenteret, kan give patienterne en større mulighed for at tage hånd om deres alkoholproblemer. Indsatsen henvender sig til alle patienter med et problematisk alkoholforbrug, der ønsker at reducere eller stoppe deres forbrug.

Beskrivelse af indsatsen

ART er et tværfagligt team fra akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital (AUH). Alle kan kontakte teamet, og kontakten er ikke betinget af en henvisning. Teamet har overordnet tre funktioner: Planlagt abstinensbehandling, stabiliseringsforløb og en sundhedsfremmende indsats.

Planlagt abstinensbehandling foregår typisk ved, at en kommunal alkoholrådgiver eller praktiserende læge fra den primære sundhedssektor kontakter teamet, hvis det vurderes uforsvarligt at påbegynde ambulant abstinensbehandling uden forudgående indlæggelse. Teamet planlægger indlæggelsen i samarbejde med alkoholrådgiver og praktiserende læge, så der i samarbejdet forligger en plan for overtagelse af behandlingen efter udskrivelse fra hospitalet. Patienten kan være tilknyttet teamet, så længe det vurderes nødvendigt. En typisk indlæggelse varer omkring 24-48 timer og foregår i akutmodtagelsen. Hvis der opstår uforudsete komplikationer, kan patienten flyttes til relevant stamafdeling. Under indlæggelsen opstarter sygeplejerske fra ART et samtaleforløb og tilser patienten dagligt for at fastholde patienten i samtaleforløbet.

Det stabiliserende forløb er et forløb, der er målrettet patienter i meget udsatte positioner, ofte hjemløse, som ikke umiddelbart ønsker at stoppe deres alkoholoverforbrug. Forløbet foregår typisk ved, at ART kontaktes af en alkoholrådgiver, egen læge, socialsygeplejerske, gadesygeplejerske eller en medarbejder på et herberg/forsorgshjem med henblik på indlæggelse. Indlæggelsen kan foregå enten akut eller på et planlagt tidspunkt, afhængig af patientens tilstand. Indlæggelsen er typisk 3-5 dage, hvor patientens tilstand stabilises og optimeres. Forløbet tilbydes med ønsket om, at alkoholoverforbruget med tiden kan nedsættes/ophøre, og patienten under indlæggelsen, får den nødvendige hjælp til at opbygge de ressourcer, som der kræves for at kunne klare sig selv og yde egenomsorg. Patienten tilbydes også afklaring og behandling af aktuelle sygdomme. Der iværksættes relevant medicinsk abstinensbehandling under indlæggelsen, og der er mulighed for efterfølgende at fortsætte dette forløb i Rusmiddelcenteret eller hos egen læge, såfremt der i forløbet opstår et ønske om fuld afholdenhed.

Den forebyggende indsats initieres, når et problematisk alkoholforbrug opspores under indlæggelse på en somatisk eller psykiatrisk afdeling. Ved indlæggelse skal der spørges ind til KRAM faktorer (kost, rygning, alkohol og motion), og ved mistanke om alkoholoverforbrug tilbydes kontakt med ART med henblik på en afklarende og rådgivende samtale.

Indsatsen bygger på et tæt samarbejde mellem AUH (ART) og Rusmiddelcenteret i Aarhus. Samarbejdet indebærer en samarbejdsaftale mellem parterne, der blandt andet betyder, at Rusmiddelcenteret skal kunne aftage en patient fra AUH (ART) med dags varsel. Det samme gælder for AUH, de skal kunne indlægge en patient med dags varsel efter, at Rusmiddelcenteret har taget kontakt.

Mulighed for differentiering

Indsatsen bygger på individualiserede forløb til patienterne, alt efter deres motivation, sundhedskompetencer, behov og sociale situation. Hvis der er særligt komplekse sociale problematikker, kontaktes socialsygeplejerskerne for yderligere assistance.

Udvikling og implementering af indsatsen

Indsatsen har i sin nuværende form eksisteret siden 2024 og findes, så vidt vides, ikke andre steder i Danmark. Indsatsen udspringer af et projekt mellem AUH og Aarhus kommune. Projektet udviklede sig efterfølgende til at omhandle patienter med alkoholproblemer.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er en tværsektoriel indsats mellem AUH og Aarhus kommune. ART er organisatorisk tilknyttet akutmodtagelsen på AUH, men ART's patientindsats kan etableres, uanset hvilken afdelingen patienten er indlagt på. ART har et indgående kendskab til alkoholbehandling og en bred klinisk erfaring med behandling af målgruppen. ART-sygeplejerskerne er tilgængelige alle ugens fem dage, og den samlede tværfaglige indsats er ligeledes tilgængelig fem dage om ugen, ved behov for kontakt fra andre afdelinger. ART-sygeplejerskerne kan desuden sparre med socialoverlægen i Region Midt ved behov. ART står for patientkontakt og for kontakten med de øvrige samarbejdspartnere og stiller deres samlede kompetencer til rådighed i forhold til en samlet rådgivning i de mere komplicerede forløb. Indsatsen kræver ikke noget særligt i forhold til udstyr og lokaler, men i forhold til IT-systemer er der i EPJ (elektronisk patientjournal) Klinisk Logistik oprettet en SFI (sundhedsfagligt indhold), der hedder "Alkoholrådgivende TEAM". Her kan personalet registrere, at patienten ønsker, at ART tager kontakt, hvorefter ART

får direkte besked. Hvis der opnås samtykke fra patienten, er det også muligt at kontakte patienten efter udskrivelse, hvis teamet ikke når at få kontakt til patienten under indlæggelsen.

Erfaringer med indsatsen

Der er ikke aktuelt konkrete tal for hvor mange, der modtager ART-indsatsen om året, men teamet har mellem tre - syv patienter tilknyttet om dagen. På nuværende tidspunkt matcher ressourcerne den samlede arbejdsmængde i teamet, men det forventes, at der vil opstå et øget optag af patienter, når den planlagte sammenlægning af somatik og psykiatri træder i kraft. Oplevelsen er, at patienter inkluderet i ART-indsatsen er mindre tilbøjelige til at afbryde deres abstinensbehandling, og at der generelt er færre akutte indlæggelser og længere intervaller imellem indlæggelserne. Indsatsen er etableret på baggrund af et projekt, hvor brugerne blandt andet har været aktivt involveret i udviklingen. Indsatsen er ikke evalueret, og der er ikke planer herom.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at indsatsen kan implementeres andre steder i landet. Det kræver ledelsesopbakning og en samarbejdsaftale med den kommunale alkoholbehandling/rusmiddelcentre. I indsatsens nuværende form kræver alkoholbehandlingen i primærsektoren adgang til lægefaglige kompetencer, da både ordination og justering af den medicinske abstinensbehandling forudsætter dette. Alternativt kan der indgås aftaler med patientens egen læge. Da indsatsen ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere, om indsatsen modsvarer udbyttet, og det er uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag.

Indsats 11: Rusmiddelindsatsen

- Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis • Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

Formål

Formålet med Rusmiddelindsatsen er at skabe et mere systematisk og helhedsorienteret tilbud for den enkelte patient med rusmiddelproblematik. Målet er at sikre, at den enkelte patient får den rette behandling og støtte så tidligt i forløbet som muligt. Målgruppen for indsatsen er voksne personer over 18 år med en rusmiddelproblematik og eventuel social udsathed, som kommer i kontakt med Regionshospital Nordjylland via Akutafdelingen.

Beskrivelse af indsatsen

Det tværfaglige rusmiddelteam arbejder med at tilrettelægge individuelle forløb for målgruppen både internt på Regionshospital Nordjylland, og på tværs af sektorer via et tæt samarbejde med de nordjyske kommuner, praktiserende læger og civilsamfundet (NGO'er). Patienter bliver identificeret ved, at sygeplejerske eller læge identificerer patienter med en rusmiddelproblematik og noterer i patientens journal, at der er behov for kontakt til rusmiddelteamet. Derudover screener teamet patientlister på de enkelte afdelinger, og nogle patienter opdages også af teamets overlæge, der har sin gang i Akutafdelingen. Teamet identificerer sundheds- og socialfaglige udfordringer, når de møder patienterne. Ved samtalen med patienten afklarer rusmiddelteamet, hvad der er behov for hjælp til efter udskrivelse, om patienten er i kontakt med egen læge, og om der skal tages kontakt til rusmiddelcenter med videre. Med patientens samtykke må rusmiddelteamet kontakte eventuelle kommunale instanser, begynde samarbejdet og fokusere på at mindske hullet mellem udskrivelse og patientens indgang til den kommunale indsats. Patienten bliver hjulpet med kontakt til rusmiddelcenteret ved første samtale, og får nøjagtige anvisninger om, hvor vedkommende skal henvende sig. Dette er et led i at øge patientens mestringsevne og nedbringe antallet af akut ambulante kontakter og (gen)indlæggelser hos målgruppen. Ved behov kan teamet tilkalde andre kompetencer til patienten under indlæggelse, eksempelvis psykiatrisk sygeplejerske, hospitalspræst, fysioterapeut med videre.

Rusmiddelteamet har også en udgående funktion til afdelingerne, hvor de underviser personalet i rusmiddelproblematik og gør opmærksom på teamets funktion. Personalet får udleveret et lommekort med teamets kontaktinformationer, og på sigt er der et ønske om, at de også indeholder forløbsbeskrivelser for akutte patienter med rusmiddelproblematik. Derudover har Rusmiddelteamet i samarbejde med Akutafdelingen, Aalborg Universitetshospital, udarbejdet en regional abstinensinstruks, som har til formål at ensrette abstinensbehandling på alle hospitaler i regionen.

Mulighed for differentiering

Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter problematik og sociale situation. Der iværksættes indsatser målrettet den enkelte patients sundhedskompetence. Der lægges især vægt på at kontakte netværk (for eksempel familie/venner, bostøtter, kommunale og civile samarbejdspartnere) for, at disse kan støtte patienten.

Udvikling og implementering af indsatsen

I 2022 blev det vedtaget i Sundhedsklynge Nord at igangsætte et tværsektorielt arbejde med fokus på en gruppe af patienter i sårbare positioner, hvor borgere med rusmiddelproblematik blev udpeget som målgruppe. Baggrunden for indsatsen bygger på viden fra i litteraturen og erfaringer fra den daglige praksis, som viser, at patienterne ofte både har sundhedsfaglige og socialfaglige problemstillinger. Derudover blev der set en stigning i antallet af personer med rusmiddelproblematik på hospitalet. Indsatsen blev udviklet med en helhedsorienteret tilgang, hvor der på systematisk vis samarbejdes for og med borgeren på tværs af faglige professioner, sektorer og indsatser. Indsatsen startede som et "passionsprojekt" af en overlæge på Regionshospital Nordjylland. Indsatsen har været i drift siden april 2024, og teamet omkring indsatsen består af tre medarbejdere. Der er sket få justeringer i indsatsen undervejs. Teamet er påbegyndt at arbejde mere subakut, idet henviste patienter med ønske om afholdenhed, men uden akutte behandlingskrævende abstinenser, kan tilbydes en subakut tid i dagene efter henvisningen, når abstinenser opstår. På den måde sikres kontakten til patienterne, og teamet kan yde relevant behandling på det rette tidspunkt. Så vidt vides, findes indsatsen ikke andre steder i landet.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er forankret i Akutafdelingen på Regionshospital Nordjylland. Rusmiddelindsatsen består af en socialrådgiver, en social- og sundhedsassistent samt en overlæge. Socialrådgiveren er ansat i Det Nære Sundhedsvæsen og Digitalisering, ved Regionshospital Nordjylland. Overlægen er ansat i Akutafdelingen, og social- og sundhedsassistenten er ansat i Kirurgisk Afdeling. Alle har særlige kompetencer på rusmiddelområdet og kan med hver deres faglighed bidrage til den helhedsorienterede tilgang. *Socialrådgiveren* kan identificere socialfaglige udfordringer, og har til opgave at skabe overblik over patientens samlede situation og kontakte relevante kommunale instanser. Det er i høj grad socialrådgiveren, der sikrer sammenhæng i de tværsektorielle overgange. *Overlægen* kan yde sparring, rådgivning og faglig vejledning i relation til for eksempel medicinsk abstinensbehandling og substitutionsbehandling. Overlægen kan også give råd og vejledning i forhold til samarbejdet med rusmiddelcentre og praktiserende læger om patientens rusmiddelproblematik. *Social- og sundhedsassistenten* kan give sparring, råd og vejledning vedrørende plejefaglige og til dels socialfaglige udfordringer. Socialrådgiveren er indgangen til Rusmiddelteamet for interne (kliniske medarbejdere på Regionshospitalet) og eksterne samarbejdspartnere (almen praksis og kommune). Efter kontakt vurderes det i fællesskab, hvilke faggrupper i Rusmiddelteamet, det er relevant at inddrage i det enkelte tilfælde.

Erfaringer med indsatsen

Der blev udført en audit ved udgangen af 2024, og resultatet viste en målbar nedgang i både ny- og genhenvendelser samt antal sengedage. Det blev konkluderet, at teamindsatsen er værdifuld og bidrager positivt til patientforløbene.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at indsatsen kan implementeres andre steder i landet, så længe der er lyst og vilje til at gøre en særlig indsats for patientgruppen, og der er ledelsesmæssig opbakning. Da indsatsen ikke er evalueret, er det ikke muligt at vurdere om indsatsen modsvarer udbyttet, og det er uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag. Der er potentiale for opskalering af indsatsen med eksempelvis flere medarbejdere, samt en udvidelse af målgruppen til at omfatte alle patienter i social udsathed.

Indsats 12: Lab10

• Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholfaglighed og helhedsorienteret indsats • Systematisk opmærksomhed på alkoholproblem

Formål

Lab10 har til formål at forbedre opsporing og behandling af borgere med rusmiddelproblemer. Indsatsen har et særligt fokus på at forbedre sammenhængen i sektorovergange og styrke brobygningen mellem hospital og kommunale behandlingstilbud. Indsatsen henvender sig til indlagte patienter med et problematisk forbrug af rusmidler, herunder særligt borgere med alkoholoverforbrug. Målgruppen spænder fra personer med et let øget alkoholforbrug til borgere med alvorlig afhængighed og komplekse sociale eller sundhedsmæssige udfordringer.

Beskrivelse af indsatsen

Lab10 er en tværsektoriel indsats, der bygger på en kombination af tidlig opsporing, brobygning til kommunale tilbud, undervisning af sundhedspersonale og en systematiseret plan for opsøgende arbejde og samarbejde på tværs af sektorer. Indsatsen består af to hovedkomponenter: Fremskudte rusmiddelbehandling og planlagt afrusning. *Den fremskudte rusmiddelbehandler* har en opsøgende funktion på hospitalet, hvor de er til stede på Akutafdelingen og Medicinsk Sengeafsnit B på Randers Sygehus fire dage om ugen og til rådighed på telefonen om fredagen. De tilbyder motiverende samtaler og støtter patienter i overgangen fra hospital til kommunale rusmiddelcentre og øvrige kommunale tilbud. Derudover fungerer de som sparringspartner for personalet og er behjælpelige med at identificere patienter med rusmiddelproblematikker. De underviser også personale i *Den Motiverende Samtale (16)*, viden om afhængighed og rusmiddelbehandling samt håndtering af abstinenser. *Planlagt abstinensbehandling* har fokus på at forebygge kaotiske akutte indlæggelser. Indsatsen er både teori- og erfaringsbaseret og bygger blandt andet på metoden *Den Motiverende Samtale*, som er anvendt til at understøtte adfærdsændringer. Indsatsen retter sig mod patienter, der tidligere har forsøgt ambulant afrusning uden succes, eller som har behov for en mere struktureret og understøttet abstinensbehandling på hospitalet. Ved den planlagte abstinensbehandling kan patienter med et velkendt rusmiddelproblem tilbydes en struktureret og planlagt indlæggelse med henblik på stabil abstinensbehandling. I den forbindelse understøtter den fremskudte rusmiddelbehandler indsatsen mellem hospital, rusmiddelcentre, hjemmepleje og andre relevante instanser – og følger op på, om der er blevet etableret kontakt.

Der er blevet udviklet flere materialer til at understøtte indsatsen og sikre systematisk tilgang til opsporing og behandling som for eksempel henvisningsskemaer, informationspjecer til borgere og personale, og funktionsbeskrivelse for den fremskudte behandler.

Mulighed for differentiering

Indsatsen er designet til at imødekomme patienternes individuelle behov, hvilket betyder, at tilgangen varierer afhængigt af den enkelte patient. For nogle patienter er den fremskudte behandlers rolle begrænset til en kort information om eksisterende behandlingstilbud og muligheden for, at patienten kan tage kontakt senere. For andre omfatter indsatsen en mere aktiv indsats med flere samtaler, telefonisk opfølgning eller direkte kontakt til det kommunale rusmiddelcenter med patientens samtykke.

Udvikling og implementering af indsatsen

Indsatsen blev udviklet i regi af *Sundhedsstrategisk Ledelse*, hvor ledere fra hospitaler, kommuner og almen praksis samarbejdede om at udvikle løsninger til at reducere ulighed i sundhed for borgere med rusmiddelproblemer. Lab10 blev igangsat som et projekt i 2016/17 og blev efterfølgende gjort permanent. Der er foretaget tilpasninger undervejs i indsatsen for at optimere opgaveløsningen blandt andet i forhold til opgavefordeling mellem rusmiddelbehandler og socialsygeplejerske, så disse bedre kan supplere hinanden. Socialsygeplejersken tager sig primært af de mest udsatte borgere, hvor den fremskudte behandler har et særligt fokus på rusmiddelproblematik, samt mere velfungerende patienter. Ændringen styrkede indsatsen ved at skabe bedre muligheder for fleksibilitet i opgaveløsningen og ved at sikre, at opgaver kunne overtages ved ferie eller sygdom. Oprindeligt har der også været en rusmiddelbehandler ansat uden sundhedsfaglig uddannelse, men erfaringer har vist, at arbejdet på somatiske afsnit kræver sundhedsfaglig indsigt og kendskab til hospitalets systemer. Så vidt vides er indsatsen ikke implementeret andre steder, men delelementet "planlagt afslutning" er eksempelvis implementeret på Regionshospitalet Horsens (se Indsats 3 for yderligere information).

Organisering af indsatsen

Lab10 er organiseret på klyngeniveau, hvor hospitaler og fire klyngekommuner (Randers kommune, Favrskov kommune, Norddjurs kommune og Syddjurs kommune) er gået sammen om at dele økonomien til den fremskudte behandler. Den fremskudte behandler er ansat i Rusmiddelcenter Randers for at sikre et fagligt og kollegialt tilhørsforhold. Den fremskudte rusmiddelbehandler-funktion bemannes af to sygeplejersker med erfaring med rusmiddelbehandling. Planlagt abstinensbehandling foregår i et samarbejde mellem praktiserende læger, rusmiddelcentre og en hospitalsafdeling. Samarbejdet sikrer en koordineret tilgang, hvor patientens behandlingsforløb planlægges i tæt dialog mellem primærsektor, hospital og kommunale tilbud. De fremskudte rusmiddelbehandlere samarbejder også med andre rusmiddelbehandlere og socialfaglige aktører i kommunerne, hjemmeplejen og socialafdelingerne samt botilbud, hvor relevante borgere kan blive brobygget videre efter endt hospitalsbehandling.

Erfaringer med indsatsen

Under projektforløbet (2017-2018) blev resultater og erfaringer systematisk indsamlet for at vurdere indsatsens effekt og identificere eventuelle justeringsbehov. Efter overgangen fra projekt til drift blev der ikke planlagt yderligere evaluering. Evalueringen viser, at den fremskudte rusmiddelbehandler har bidraget til øget opsporing af patienter med alkoholoverforbrug og bedre sektorovergange. I pilotperioden blev 289 patienter identificeret, hvoraf 240 modtog en samtale med den fremskudte behandler. Halvdelen af disse patienter blev efterfølgende tilknyttet rusmiddelcentre. Erfaringen er, at resultaterne af indsatsen er særligt gode, når den kombineres med socialfaglig støtte og et tæt samarbejde med psykiatrien. Personalet har oplevet, at *Den Motiverende Samtale* har styrket deres evne til at identificere og støtte patienter med rusmiddelproblemer, hvilket har bidraget til en kulturændring på hospitalet. En væsentlig udfordring i indsatsen har været at identificere patienter med mindre synlige alkoholoverforbrug, for eksempel dem, der stadig fungerer i hverdagen med job og familie.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Indsatsen anbefales især til mindre kommuner, hvor ressourcerne kan være begrænsede. For små kommuner vurderes det, at det vil være væsentligt at etablere samarbejder på tværs af kommunerne, da en indsats som denne formentlig ikke vil kunne opretholdes i en enkelt kommune alene. Muligheden for at dele en fremskudt behandler mellem flere kommuner har ved denne indsats sikret, at indsatsen kunne opretholdes med en forholdsvis lille økonomisk investering samtidig med, at flere patienter har fået adgang til tidlig intervention og behandling.

Indsats 13: Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholafslapning og helhedsorienteret praksis

Formål

Kurset har til formål at give sundhedsprofessionelle kompetencer til at skabe et godt møde med patienter i socialt udsatte positioner, at møde patienterne i deres aktuelle situation og målrette plejen til den enkelte. Kurset skal styrke deltagernes faglige og relationelle kompetencer – blandt andet gennem færdighedstræning, hvor reaktionsmønstre kan afprøves og udvikles i et trykt læringsmiljø.

Kurset henvender sig til alle sundhedsprofessionelle, der er i kontakt med patienter i social udsathed og er primært målrettet ansatte på hospitaler, men også relevante for ledere i sundhedssektoren.

Beskrivelse af indsatsen

Kurset strækker sig over seks dage og kombinerer holdundervisning, færdighedstræning og studiebesøg. Det er inddelt i tre moduler af to dage. Modul 1 handler om mødet med sundhedsvæsenet og fokuserer på patientens oplevelse af mødet, patientfortællinger, deltagernes for forståelse og stigmatisering. Modul 2 omhandler korrekt behandling og giver deltagerne viden om korrekt abstinens-, smerte- og substitutionsbehandling, med særligt fokus på alkohol. Her indgår færdighedstræning, hvor deltagerne omsætter teori til praksis i realistiske cases. En facilitator leder processen for en mindre gruppe (én facilitator pr. 7-8 personer). Her er der mulighed for fælles refleksion over mulige løsninger, herunder vurdering af patientens tilstand, abstinenssymptomer og behandlingsplan. Modul 3 sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde og beskæftiger sig med, hvordan samarbejdspartnere arbejder med patienter i social udsathed, hvem der bør inddrages under indlæggelse, og hvilke behandlingsmuligheder der er relevante ved udskrivelse. Dette modul indeholder også studiebesøg, for eksempel på rusmiddelcentre, herberger eller stofindtagelsesrum. Der er tilknyttet litteratur til hvert modul, herunder faglitteratur, artikler og retningslinjer. Kurset tager metodisk udgangspunkt i skadesreduktion (Harm Reduction (13)), som blandt andet bygger på principper om accept af rusmiddelbrug, respekt for brugeren og neutralitet i forhold til afholdenhed. Det betyder, at patienter hjælpes, uanset om de ønsker at ophøre med rusmidler eller ej. Tilgangen er gennemgående i al undervisning.

Mulighed for differentiering

Kurset kan tilpasses lokale behov og udfordringer. Der kan for eksempel vælges et fokus på enkelte temaer – såsom alkoholproblemer – eller der kan lægges særlig vægt på færdighedstræning.

Udvikling og implementering af indsatsen

Kurset har eksisteret i cirka otte år og er udviklet af en arbejdsgruppe bestående af en udviklingskonsulent, en socialsygeplejerske, en faglig koordinator for socialsygeplejerskerne, to oversygeplejersker (fra akutmodtagelse og medicinsk afdeling) samt en klinisk sygeplejespecialist.

Der foreligger en detaljeret drejebog, der beskriver indholdet for hver undervisningsdag og færdighedstræning. Kurset blev oprindeligt udviklet for at styrke udsattefagligheden blandt personalet og var i starten målrettet sygeplejersker. På grund af stor efterspørgsel blev det senere åbnet for øvrige faggrupper.

Organisering af indsatsen

Kurset er forankret i Center for HR og Uddannelse i Region Hovedstaden og drives af en udviklingskonsulent, der både driver og videreudvikler kurset. Undervisningen varetages af forskellige faggrupper for at sikre flere faglige perspektiver – herunder socialoverlæge, socialsygeplejerske, hospitalspræst, psykolog, repræsentanter fra NGO'er og erfarings eksperter. Færdighedstræningen faciliteres af udviklingskonsulenten og socialsygeplejersker, som alle er uddannede i at lede færdighedsstationer. Det indebærer evnen til at stille gode spørgsmål, aktivere alle deltagere, håndtere etiske dilemmaer og skabe refleksion i gruppen.

Erfaringer med indsatsen

En styregruppe blev nedsat ved opstarten med forventning om, at kurset skulle afvikles fire gange årligt. Deltagelsen har dog været lavere end forventet, med cirka 25 kursister årligt. Flere hospitalsledere har peget på udfordringer med at frigive personale i seks dage.

Der er endnu ikke gennemført effektstudier, og der foreligger ingen aktuelle planer herom. Kurset evalueres dog løbende via spørgeskemaer, og tilbagemeldingerne fra kursisterne er meget positive.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Kurset vurderes at kunne implementeres i andre regioner med lokale tilpasninger. Drejebogen gør det muligt at overføre konceptet direkte. Forudsætningen er ledelsesmæssig opbakning og prioritering af kompetenceudvikling med det formål at øge lighed og faglig kvalitet i behandlingen af patienter i social udsathed. Kurset vurderes desuden relevant for andre sektorer, herunder kommuner og almen praksis.

2.3 Indsatser i kommunerne

Indsats 14: Community Reinforcement Approach (CRA)

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Inddragelse og netværksforstærkning

Formål

Formålet med CRA er at gøre alkoholafholdenhed mere attraktivt end alkoholindtag for borgeren ved at tilbyde støtte til fastholdelse af afholdenhed og alkoholbehandling samt styrke patientens deltagelse og inddragelse i samfundet. CRA er særligt hensigtsmæssigt for patienter, som har flere udfordringer i livet udover alkoholafhængighed. Det kan være patienter med et spinkelt socialt netværk og/eller dårligt fysisk og/eller psykisk helbred. Det kan også være patienter, der bliver ved med at have mislykkede forsøg på afholdenhed og alkoholbehandling.

Beskrivelse af indsatsen

CRA står for Community Reinforcement Approach (netværksforstærkende tiltag) og har fokus på at styrke patientens inddragelse i samfundet. Det kan for eksempel ske ved at understøtte tilknytning til arbejdsmarkedet, fremme et mere aktivt og socialt liv, understøtte opbygningen af et ædru netværk og for nogle et mere velfungerende familieliv. CRA styrker ikke blot afholdenhed, men også perspektiverne ved at forblive ædru. CRA-metoden kan bruges både i individuelle forløb og i grupper. Indsatsen beskrevet her er gruppeorienteret. Patienterne deltager i gruppesessioner to gange om ugen, mandag og torsdag fra klokken 10.00 til 11.00. Hver session tager udgangspunkt i et tema, for eksempel trang, hvad der sker, når jeg drikker, mine styrker og fordelene ved at være ædru. Der bliver også inviteret oplægsholdere ind, eksempelvis sygeplejersker, der fortæller om abstinenser, angst, antabus eller lignende. CRA-behandleren er styrende ved hver gruppesession. Det er vigtigt, at behandleren holder fokus på dagens tema, holder tiden og sikrer, at alle får taletid. CRA-behandleren introducerer gruppen for dagens tema, tidsramme, tavshedspligt, accept af og respekt for hinandens forskelligheder samt spilleregler i gruppesessionen. Sessionerne er bygget op om konceptet *Den Motiverende Samtale*, og der er fokus på, at alle har målsætninger, de skal opnå fra gang til gang. Før hver ugentlig session, er der åbent fra klokken 09.00 til 09.45 til udlevering af medicin, booking af individuelle samtaler, blandt andet i forbindelse med statusopdateringer (hver tredje måned), behandlingsplaner (halvårligt i samarbejde med alkoholbehandlingslægen) og for at aftale ledsagelse til møder med sagsbehandler, psykiatrien eller hospitalet. CRA-behandlerne gør en stor indsats for, at borgeren ikke bliver overladt til sig selv i systemet og derved falder tilbage i tidligere negative mønstre. Derfor ses det også som en vigtig del af deres arbejde at sørge for, at patienterne får styr på sociale, psykiske og/eller somatiske problemstillinger. Hvis behandlerne ikke selv har mulighed for at ledsage patienten, tager de eksempelvis fat i Social Sundhed (indsatsen er yderligere beskrevet i dette katalog) for assistance. CRA-behandlerne arbejder sammen om patienterne, og teamarbejdet er vigtigt i forhold til at ensrette arbejdet. Her drøftes, hvad der er den bedst mulige støtte for den enkelte patient i forskellige situationer. Der afholdes teammøder, hvor behandlerne også vender udfordringer og fremskridt i patienternes forløb, samt sociale/somatisk/psykiske problematikker hos patienterne. Minimum en gang om året indhentes samtykke til kontakt til samarbejdspartnere/netværk, samt eventuel tilladelse til hjemmebesøg hos patienten ved bekymring. Det kan for eksempel være, hvis patienten udebliver fra gruppebehandlingen i en længere periode.

Mulighed for differentiering

Når personer med alkoholproblemer henvender sig til den kommunale alkoholbehandling i Odense, besluttet det, hvilken indsats de skal have ud fra et scoringssystem, der hedder Addiction Severity Index (ASI) (17). De kan også visiteres til CRA ved en behandlingskonference med læge, eksempelvis hvis der er behov for yderligere behandling efter et individuelt forløb. Hvis patienten selv ønsker CRA, noteres det i journalen og vurderes løbende i forhold til kriterierne. Metoden kan desuden tilbydes som individuelle samtaleforløb. Der kan også indgås aftaler med den enkelte patient om fremmøde til gruppesession én gang om ugen, så behandlingen kan tilpasses arbejdstid eller fungere som en del af

udslusningen fra CRA-forløbet. Der er ikke nogen begrænsning på, hvor lang tid et forløb kan vare, da det afhænger af deltagernes individuelle fremskridt og overgang til øvrige tilbud i samfundet.

Udvikling og implementering af indsatsen

Indsatsen blev implementeret i Alkoholbehandlingen i Odense i 2018, da de oplevede, at der manglede et tilbud til de patienter, der ikke profitterede af den traditionelle alkoholbehandling. Det var nyt for behandlerne at skulle arbejde med gruppeforløb, og det krævede et fokus på gruppedynamikker og samarbejde mellem behandlerne. Gruppesessionerne er meget strukturerede, hvilket betød, at der var en del fokus på adfærdstræning i opstarten. Da metoden også var ny for behandlerne, var det fra start afgørende, og en stor fordel, med supervision i metoden, og det er det fortsat.

I opstarten var der ingen øvre grænse for, hvor mange der deltog til gruppesessionerne. Her kunne der være helt op til 14 patienter i gruppen, hvilket gav udfordringer, da der ikke var tid til, at alle blev hørt. Der er efterfølgende lavet regler om, at hvis der er flere end otte til en session, deles gruppen i to.

Organisering af indsatsen

CRA-gruppen er forankret i Odense Kommune som en del af Alkoholbehandlings tilbud. Indsatsen varetages af et team på fem alkoholbehandlere med et stort kendskab til patienter i udsatte positioner med alkoholproblemer samt et særligt kendskab til alkoholbehandling. Alle fem er uddannede socialrådgivere og to behandlere har modtaget 1,5 dages kursus i CRA-metoden i 2017. Gruppesessionerne foregår i lokaler i kommunens alkoholbehandling, hvor CRA-behandleren kan bruge whiteboard og stor-skærm til videoklip. Teamet samarbejder med mange forskellige medarbejdere både i sundhedsvæsenet, socialsektoren, jobcentre, psykiatri, socialtandplejen og frivillige, eksempelvis Social Sundhed. Der er tilknyttet tre læger og en psykiater til Alkoholbehandlingen. Der samarbejdes med Psykiatrisk Akut Modtagelse og lokalpsykiatrien, når det vurderes relevant.

Erfaringer med indsatsen

Ugentligt deltager cirka 8-10 patienter i gruppesessionerne. Der er høj gennemførselsprocent, også set i lyset af, at det ofte er en målgruppe, der tidligere ikke har kunnet opretholde afholdenhed. Deltagerne giver udtryk for, at de er glade for at komme i gruppen. De finder tryghed og kan spejle sig i hinanden, og det er med til at sikre, at der er meget få udeblivelser. De føler en forpligtelse overfor resten af gruppen. Indsatsen er ikke evalueret, men der er et ønske herom. Der er blandt andet planer om en sundhedsøkonomisk analyse. CRA-metoden er evidensbaseret (18). Det vides blandt andet, at CRA typisk er mere effektivt end standard behandling, når man ser på tværs af studier (19), og CRA øger sandsynlighed for afholdenhed og er med til at forbedre levestandarden for hjemløse (20).

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at indsatsen kan implementeres andre steder i landet, så længe der er lyst og vilje til at gøre en særlig indsats for patientgruppen, og der er ledelsesmæssig opbakning hertil. Da indsatsen ikke er evalueret i sin nuværende form (CRA-metoden leveret i gruppeforløb), er det ikke muligt at vurdere, om indsatsen modsvarer udbyttet, og det er uvist, hvordan den vil fungere andre steder med et andet patientgrundlag. Der er dog evidens for, at CRA-metoden også virker til andre patientgrupper, herunder patienter med stofbrug og dobbeltdiagnose (21).

Indsats 15: Støttekontaktperson (SKP) korpset

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Inddragelse og netværksforstærkning

Her beskrives SKP-korpset, der arbejder under § 99 i Serviceloven. Paragraffen kan bruges forskelligt fra kommunen til kommune, og nedenstående beskrivelse tager udgangspunkt i hvordan paragraffen anvendes i Lolland Kommune.

Formål

Formålet med SKP-korpset er at afdække borgerens behov for støtte og bygge bro til eksisterende tilbud, samt at motivere borgeren til at komme i behandling for eventuelle psykiske lidelser og/eller afhængighed. Målgruppen for indsatsen er borgere i meget udsatte positioner, isolerede borgere med psykisk lidelse, borgere med stof – og/eller alkoholafhængighed samt hjemløse, som almindeligvis ikke gør brug af eller ikke kan gøre brug af eksisterende tilbud (22).

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen er ikke visiteret, og korpset kan kontaktes for at afklare, om en borger har behov for hjælp og i så fald hvilken. Kontakten kan eksempelvis komme fra pårørende eller offentlige myndigheder, såsom politiet, der i forbindelse med et tilkald har identificeret en uholdbar situation, eller socialsygeplejersken som henvender sig om en patient, der efter afrusning har brug for støtte i hjemmet. Andre gange kan det være naboer eller en vicevært, der har observeret et alkoholproblem hos en borger, som ikke længere ser ud til at kunne klare sig selv. Efter en henvendelse tager korpset kontakt til borgeren – enten ved at besøge dem eller ringe for at aftale et møde. Borgeren har dog altid ret til at afvise hjælpen. Ved mødet forsøger de sammen at skabe et overblik over situationen, og korpset vurderer, om der er behov for at etablere kontakt til eksisterende tilbud. Det kan eksempelvis være hjælp til at kontakte rusmiddelcenteret ved ønske om alkoholbehandling eller kommunen om behov for støtte til rengøring eller hjemmehjælp. Medarbejderen kan motivere borgeren til at opsøge behandling for psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblematikker. SKP-korpset kan også medvirke til at gøre kontakten til social- og sundhedssystemet mere konstruktiv og mindre konfliktfyldt. Korpset kan desuden yde støtte ved somatiske problemstillinger, for eksempel i forbindelse med behandling i hjemmet. De kan også hjælpe med at huske sundhedsaftaler, motivere borgeren til at møde op og eventuelt bestille transport. Borgeren er tilknyttet korpset, indtil der er skabt mere stabilitet i hverdagen, og vedkommende er klar til at overgå til andre tilbud eller til at klare sig selv. Hvis borgeren takker nej til hjælp, kan korpset fortsat holde en løbende kontakt for at sikre sig, at situationen ikke forværres, eller for at følge op på, om borgerens motivation for hjælp har ændret sig.

Mulighed for differentiering

Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter problematik og sociale situation.

Udvikling og implementering af indsatsen

§ 99 kan bruges i alle kommuner, og tilbuddet kan se meget forskellig ud i kommunerne. I større kommuner kan der være mere fokus på at opsøge borgere i social udsathed på gadeplan, og medarbejderne kan have forskellige titler, som for eksempel gadejurist/gademedarbejder. I Lolland Kommune findes der kun få personer med synlig hjemløshed, men flere borgere opholder sig på forsorgshjem eller lever med skiftende boligforhold. Derfor arbejder indsatsen i mindre grad på gadeplan.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er organiseret under Center for Socialpsykiatri og Rusmiddel i Lolland Kommune efter § 99. Korpset består af fem SKP-medarbejdere. SKP-medarbejderne skal enten være uddannede pædagoger eller have en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. På nuværende tidspunkt er der ansat pædagoger og social- og sundhedsassistenter.

Korpset samarbejder tæt med andre kommunale afdelinger i forbindelse med bekymringshenvendelser, for eksempel, når en borger udebliver fra en aftale og ikke besvarer telefonopkald. De samarbejder også med borgerens egen læge, særligt når der er behov for vurdering af borgerens fysiske tilstand, eller når det ikke lykkes at motivere borgeren til selv at opsøge lægen. Desuden er der et samarbejde med socialsygeplejerskerne, som kan støtte borgeren ved hospitalsaftaler og hjælpe med spørgsmål relateret til behandlingen. Indsatsen foregår primært i borgerens eget hjem, hvor medarbejdere fra korpset yder støtte i forhold til de problemstillinger, borgeren står med.

Erfaringer med indsatsen

Indsatsen er endnu ikke blevet evalueret, og der foreligger heller ikke planer herom. Den opleves dog som særligt vigtig for borgere i social udsathed, da der ikke findes andre tilsvarende tilbud i Lolland Kommune. Erfaringerne peger på, at indsatsen virker, fordi borgeren har medbestemmelse, hjælpen gives uden tvang, og fordi SKP-korpset er vedholdende i kontakten og tilbyder støtte på en respektfuld måde.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

SKP-korpsets funktion, som beskrevet her, vurderes at have potentiale til at blive anvendt flere steder i landet, da de varetager en opgave, som ikke umiddelbart dækkes af andre tilbud. Da indsatsen endnu ikke er blevet evalueret, er det dog ikke muligt at vurdere, om indsatsens effekt står mål med ressourcerne, eller hvordan den vil fungere i andre kommuner med et andet populationsgrundlag.

2.4 Indsatser i civilsamfundet

Indsats 16: Omsorgscenter

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholafslags og helhedsorienteret indsats

Formål

Omsorgscentre er et tilbud om restitutionsoophold til borgere, der er hjemløse eller funktionelt hjemløse og som har behov for at restituere blandt andet efter indlæggelse på hospitalet, hvor der er behov for ro og hvile. Dette kan eksempelvis være efter abstinensbehandling på hospitalet, hvor det vurderes, at der er behov for at støtte til fortsat abstinensbehandling. Formålet er, at borgeren opnår større udbytte af behandlingen.

Beskrivelse af indsatsen

Der tilbydes ophold til personer, der udskrives fra både somatiske og psykiatriske afdelinger. Derudover kan der også tilbydes ophold for syge borgere med hjemløshed, der kommer direkte fra gaden, og de fleste omsorgscentre modtager også patienter via henvisning fra kommunen.

Med henblik på eventuel henvisning til et omsorgscenter vil personalet på hospitalet foretage en faglig vurdering af borgerens situation og vurdere, om der kan tilbydes ophold. Det er desuden et krav, at borgeren ikke må være udadreagerende eller selvmordstruet, da der ikke er personale døgnet rundt på omsorgscentrene. Derudover lægges der vægt på, at borgeren kan indgå i gruppen med de andre beboere. Opholdet kan vare i op til 14 dage. På opholdet får borgerne et værelse, mad, varmt tøj, støtte fra personalet, hjælp til at navigere i sundhedsvæsenet og deres videre forløb samt råd omkring pleje og behandling af eventuel sygdom. Ved indskrivning på omsorgscentret vil der generelt blive spurgt ind til rusmiddelproblematikker for at afklare, om borgeren ønsker hjælp til dette, hvad enten borgerens ophold har dette som primær årsag eller ej. Hvis borgeren tilbydes ophold i forbindelse med abstinensbehandling, vil medicinen blive udskrevet fra hospitalet, hvor lægen har lavet en nedtrapningsplan. På omsorgscentret vil borgeren få hjælp til at tage medicinen og holde øje med abstinenser. Omsorgscentret kan stå for kontakten mellem borgeren og myndigheder med henblik på boligsituation samt kontakt til rusmiddelcentre eller andre behandlingssteder, hvis borgeren ønsker dette efter endt ophold (23-26).

Mulighed for differentiering

Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt til patienterne alt efter problematik og sociale situation.

Udvikling og implementering af indsatsen

Indsatsen har eksisteret siden 2014, hvor omsorgscentret i København åbnede. Omsorgscentrene udspringer af en efterspørgsel fra socialsygeplejerskerne, der oplevede et behov for understøttelse af fortsat behandling af patienterne efter udskrivelse fra hospitalet. Der er i dag fem omsorgscentre; Eirsgaard i København, Pitstop i Aarhus, Svalegangen i Middelfart, Nordly i Aalborg og Midtly i Herning. I forbindelse med implementeringen af centrene, er det en udfordring at gøre hospitaler og kommuner opmærksomme på tilbuddet. Der kan ligeledes være udfordringer med at få skabt en god fælles forståelse af, hvem der kan være på centrene – og hvem der ikke kan, og at reglerne accepteres. Det kan blandt andet dreje sig om, at der ikke tages nye borgere ind om fredagen, da det ikke er muligt at få afklaret deres behov (om de *kan* være på centeret) inden weekend, hvor omsorgscenteret er uden personale. I forhold til selve etableringen af et omsorgscenter, er det en udfordring at finde en egnet bygning, som har egne værelser, gode fælles- og uderum med videre. Der er løbende sket små ændringer siden opstarten til indsatsen. For eksempel er der variation imellem centrene, blandt andet i forhold til tidsrum med personaledækning og hvilke opgaver, personalet varetager.

Organisering af indsatsen

Omsorgscentrene er finansieret på forskellig vis, men driftes alle af Røde Kors. De ansatte på omsorgscentrene er sygeplejersker med bred erfaring med målgruppen samt socialrådgivere. Udover de ansatte er der frivillige på alle omsorgscentrene, som støtter borgerne med omsorg, samtaler og fællesskab. Omsorgscentrets personale samarbejder med flere forskellige instanser under borgerens ophold, herunder eksempelvis borgerens egen læge. Derudover kan omsorgscentret, som tidligere nævnt, bygge bro til relevante myndigheder afhængigt af borgerens situation og ønsker. Det kan dreje sig om kontakt til pårørende, hjemkommunen i forbindelse med støttekontaktperson, rusmiddelbehandling, sundhedstilbud eller hjælp til boligsituation (her kan Blå Kors eksempelvis også kontaktes i henhold til §110 i Serviceloven).

Erfaringer med indsatsen

Der opleves generelt en stor efterspørgsel for omsorgscentrene og stor tilslutning, når kendskabet er skabt til omsorgscentrene. I 2024 havde Pitstop i Århus 129 borgere igennem, Svalegangen i Middelfart havde 73 borgere og Eirsgaard i København havde 187. Det vurderes, at et flertal af borgerne, der tilbydes ophold, har en alkoholproblematik. Omsorgscenter Eirsgaard er blevet evalueret med et randomiseret kontrolleret studie (RCT) samt en sundhedsøkonomisk evaluering (27). RCT-studiet viste, at de borgere, som var blevet tilbudt ophold på omsorgscentret, var mindre omkostningstunge for samfundet end personer i lignende situationer, som ikke blev tilbudt et ophold. De højere omkostninger skyldtes generelt flere akutte hændelser. Der er desuden lavet et kvalitativt studie, hvor der er foretaget 12 interviews med borgere med hjemløshed, som har boet på et omsorgscenter (28). Fundene fra dette studie viste, at omsorgscentret giver plads til hvile og restitution, hvilket giver borgeren mulighed for at reflektere over sit liv.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Det vurderes, at indsatsen kan implementeres flere steder i landet alt efter behov. Det kræver, at regioner, kommuner eller staten finansierer dette.

Indsats 17: Social Sundhed

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

Formål

Formålet med den nationale NGO Social Sundhed er at bidrage til større social lighed i sundhed i hele Danmark ved, at frivillige brobyggere støtter, motiverer og ledsager mennesker i sårbare og udsatte positioner i deres kontakt med sundhedsvæsenet, foreningsliv og fællesskaber. Derudover er formålet at fremme relationelle og kommunikative kompetencer og viden om barrierer og bias hos brobyggerne, der er frivillige sundhedsfaglige studerende eller erfarne sundhedsprofessionelle. Indsatsen henvender sig til alle mennesker, som står sårbart i deres kontakt med sundhedssystemet – eksempelvis personer med alkoholproblemer.

Beskrivelse af indsatsen

Der er ingen visitation til indsatsen, hvilket vil sige, at alle kan henvende sig til Social Sundhed med behov for følgeskab og få hjælp af en brobygger. Pårørende og sundheds- og socialfagligt personale kan også tage kontakt til den åbne rådgivningstelefon på vegne af et menneske, der ønsker hjælp. Rådgivningstelefonen er åben alle hverdage klokken 8.00 til 15.30 og varetages af professionelle rådgivere. Brobyggerne indgår i en vagtplan, og tildeles aftaler af rådgiveren, som også er deres frivilligleder. Brobygningen starter og slutter, hvor den enkelte ønsker det, men oftest i eget hjem, plejehjem, bosted eller fra gaden. Brobyggeren tilbyder støtte og følgeskab til alle sundhedsrelaterede aftaler for eksempel egen læge, hospitalet, tandlægen eller i kommunen. De har også mulighed for at bidrage med følgeskab til aktiviteter i foreningslivet og fællesskaber, som kan bidrage til et mere aktivt og socialt liv

samt et nyt netværk. Det kan for eksempel være med til at understøtte mennesker med alkoholproblemer i at forblive ædru. I forbindelse med en aftale i sundhedsvæsenet, kan brobyggeren eksempelvis støtte med forberedelse, transport samt ved at tage noter under aftalen og samle op på vigtige punkter, efter aftalen er afsluttet. Det kan eksempelvis være i forbindelse med en aftale i den kommunale rusmiddelbehandling. Der arbejdes for eksempel sammen med Amager-Hvidovre Hospitalerne om en særligt målrettet indsats med følgeskab til den kommunale rusmiddelbehandling.

Mulighed for differentiering

Indsatsen rummer mulighed for at tilbyde noget forskelligt alt efter behov og den sociale situation.

Udvikling og implementering af indsatsen

Indsatsen er udviklet på baggrund af en idé fra en case competition for social innovation på Aarhus Universitet i 2013. Indsatsen er løbende blevet evalueret og udviklet jævnfør de erfaringer, organisationen, brobyggere og mennesker i sårbare og udsatte positioner har fået fra alle led i indsatsen. Metoden med sundhedsbrobygning er siden 2020 videreudviklet til også at indbefatte foreningsbrobygning og fra 2025 en prototype med socialbrobygning til beskæftigelses- og sociale indsatser. Det har også betydet en udvidelse af brobyggerkorpset til at indbefatte studerende fra lærer-, pædagog-, socialrådgiver-, psykologi- og jurauddannelserne. For at sikre brugernes perspektiv i udvikling af indsatsen, er de repræsenteret i organisationens bestyrelse, og er endvidere med til introduktion og uddannelse af de sundhedsfaglige studerende. Indsatsen er recovery og empowerment orienteret, og bygger på den grundlæggende antagelse, at reduktion af den sociale ulighed også skal foregå på systemniveau (29).

Organisering af indsatsen

Social Sundhed er en politisk uafhængig organisation og er organiseret med en frivillig landsbestyrelse, en direktør, et landssekretariat og foreløbigt seks hovedsæder. Social Sundhed er udbredt til alle fem regioner. Organisationens arbejde er blandt andet finansieret igennem partnerskaber med kommuner, regioner og private fonde. Der er 35 ansatte, der blandt andet koordinerer fordelingen af "brobygningsaftaler" for de omkring 350 studerende, der er tilknyttet indsatsen (August 2025). De lønnede medarbejdere står også for undervisningen af brobyggerne, fundraising og frivilligledelse. Derudover træder de selv til, hvis der pludselig opstår sygdom/forhindring i forbindelse med en aftale og ingen anden brobygger kan træde til med kort varsel. Brobyggerne er frivillige sundhedsfaglige studerende, som rekrutteres 1-2 gange årligt ved korte oplæg på alle uddannelsesinstitutioner og på efterfølgende info-aftener over hele landet. Den studerende modtager ved opstart et 20 timers obligatorisk grundkursus, fordelt på fire moduler. Der anvendes et GDPR-sikkert SharePoint system som brobyggerportal, hvor relevant information noteres i forbindelse med afdækning af behov og ønsker om støtte og følgeskab.

Erfaringer med indsatsen

I 2024 blev der udført cirka 3500 brobygninger, men behovet vurderes af Social Sundhed til at være langt større, og organisationen arbejder løbende på at imødekomme behovet. Et pilotprojekt fra 2020 viste, at borgerne, der blev fulgt af en brobygger, oplevede færre barrierer end normalvis i deres kontakt med sundhedsvæsenet (30). De studerende fik indsigt i de barrierer, som borgerne møder, og de udfordringer sundhedsvæsenet havde med at imødekomme disse. I 2021 påbegyndte et større forskningsprojekt, og de første studier herfra blev udgivet i 2023 (29, 31). Det kvalitative studie viste, at borgere, brobyggere og sundhedsprofessionelle fremhævede, at tryghed og vejvisning bidrager til, at patienten kommer til aftalen (29).

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Indsatsen er på nuværende tidspunkt udbredt til 17 kommuner af forskellige størrelse og befolknings sammensætning, og der er planer om yderligere udbredelse. Dette er med til at understøtte, at indsatsen kan fungere i forskellige settings rundt omkring i Danmark. Forskningsresultater indsamlet i 2021/22 viser endvidere, at indsatsen er implementeret med succes i landets større kommuner (31).

Indsats 18: Alkolinjen

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkohol-faglighed og helhedsorienteret praksis

Formål

Alkolinjens formål er at tilbyde anonym, gratis og professionel rådgivning til personer med alkoholproblemer og deres pårørende. Derudover har Alkolinjen til opgave at informere om alkohol, abstinenser, medicinsk og terapeutisk alkoholbehandling, samt at henvise flest muligt til relevant alkoholbehandling og yde støtte efter behov.

Beskrivelse af indsatsen

Alkolinjen tilbyder rådgivning via telefon, chat og brevkasse. Telefon og chat har åbent året rundt på alle hverdage – også på helligdage, der falder på hverdage – fra kl. 9 til 17. Når borgere ringer, vises deres telefonnummer ikke, hvilket sikrer anonymitet. Uden for åbningstiden kan man lægge sit telefonnummer med henblik på at blive ringet op i åbningstiden; nummeret slettes efter opkaldet.

Rådgivningen hjælper både personer med alkoholproblemer og deres pårørende. For personer med alkoholproblemer kan rådgivningen støtte i håndtering og ændring af alkoholvaner, give sparring om behandlingsmuligheder og informere om alkoholproblemer og typiske tegn. For pårørende tilbyder rådgivningen hjælp til at håndtere egne følelser, værktøjer til at støtte den drikkende samt råd om, hvordan man bedst taler med personen. Derudover gives sparring og rådgivning om behandlingsmuligheder. Rådgivningen skaber et trygt og ikke-fordømmende rum, hvor det er muligt at tale om alkoholproblemer, og bygger bro til alkoholbehandling i landets rusmiddelcentre. Desuden informerer rådgivningen om rettigheder i alkoholbehandlingen – både for den drikkende og for pårørende.

Mulighed for differentiering

Der bruges systematisk tilgang (Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT (1)) til screening af alkoholproblemets omfang, hvilket anvendes som pejlemærke til hvilken behandlingsform, der vil være mest fordelagtig – om personen eksempelvis bør gå til egen læge, henvises til rusmiddelcentre eller forløbssamtaler i sundhedscentre med videre. Indsatsen bygger på individualiserede forløb til patienterne, alt efter deres motivation, sundhedskompetencer, behov og sociale situation.

Udvikling og implementering af indsatsen

Alkolinjen er finansieret af puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til forebyggelse og sundhedsfremme. Tilbuddet blev udviklet i 2016 i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Alkohol & Samfund.

Organisering af indsatsen

Indsatsen er organiseret som et udviklings- og driftsprojekt under Alkohol & Samfund og drives fra Alkolinjens egne lokaler i Valby, København. Rådgivningen varetages af et team på 23 lønnede rådgivere med forskellige faglige baggrunde, herunder sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger, diætister, fysioterapeuter, læger, psykologer og terapeuter. Rådgiverne arbejder i et callcenter, hvor der typisk er to-tre personer på vagt ad gangen. Arbejdet foregår med headset og pc i afskærmede lokaler, integreret med sekretariatet hos Alkohol & Samfund. Rådgiverne samarbejder med aktører i hele sundhedsvæsenet, herunder jordemødre, sundhedsplejersker, kommunale og regionale sygeplejersker samt aktører inden for alkoholforebyggelse og -behandling. Derudover ydes sparring til sagsbehandlere i børnefamilieteam, jobcentre og arbejdspladser – både i konkrete sager og i forbindelse med udvikling af alkoholpolitikker. Det kan eksempelvis være sparring i enkeltssager eller undervisning om behandlingsmuligheder. Som rådgiver sikres generel kompetenceudvikling og supervision - både personligt og fagligt - samt i brug af metoden Den Motiverende Samtale (16).

Erfaringer med indsatsen

Alkolinjen modtager årligt cirka 4.500 henvendelser fra både personer med alkoholproblemer og deres pårørende. Derudover har Alkolinjen et digitalt univers med indhold målrettet både unge (15-25 år) og

voksne (25+), hvor der kan opnås viden om, hvad det vil sige at vokse op med alkoholproblemer, have et alkoholproblem eller være pårørende. Hjemmesiden har omkring 300.000 besøgende om året og indeholder desuden et landsdækkende overblik over alle godkendte alkoholbehandlingssteder.

En rapport om Alkolinjens samfundsøkonomiske betydning viser, at indsatsen skaber et økonomisk overskud og medfører en besparelse på 20 millioner kroner over en toårig periode.

Potentiale for udbredelse af indsatsen

Hvis finansiering bliver mulig, kan Alkolinjen potentielt udvide sine åbningstider. Derudover kan der være mulighed for at udvikle egentlige forløb for alkoholafhængige og deres pårørende.

Ældre er et vedvarende fokusområde, særligt med hensyn til tilgængelighed på hjemmesiden. I de kommende år vil der desuden være øget fokus på minoriteter, herunder LGBTQ+-miljøet.

2.5 Sammenhæng mellem barrierer og indsatser

I den samlede rapport *Ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer – behovet for differentierede indsatser* beskrives en række barrierer, som patienter med alkoholproblemer kan møde i behandlingen. Barriererne peger på et behov for indsatser, der tager højde for patienternes forskellige behov og udfordringer.

De følgende bokse giver et samlet overblik over de overordnede barrierer, der er identificeret i rapporten, og fremhæver eksempler på eksisterende danske indsatser, som er præsenteret i dette katalog, som har til formål at imødegå nogle af de beskrevne udfordringer.

Kliniske og behandlingsrelaterede barrierer og behov for indsatser

Barrierer:

- Alkoholproblemer vanskeliggør somatisk behandling og fremmøde.
- Uens praksis og uklarhed i abstinens- og afrusningsforløb.
- Manglende systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer og utilstrækkelig sammenhæng mellem somatik og psykiatri.

Relevante indsatser:

Socialsygeplejersker, Alkoholrådgivende Team (ART), Planlagt Afrusning, Flex-sengeafsnit, 15-metoden og Sammenhængende Alkoholbehandling kan bidrage til mere koordinerede og trygge behandlingsforløb, tidligere opsporing og bedre sammenhæng mellem behandling af somatik, psykiatri og alkoholproblematik.

Organisatoriske og systemiske barrierer og behov for indsatser

Barrierer:

- Manglende sammenhæng ved sektorovergange (hospital, almen praksis og kommune).
- Uklar ansvarsfordeling i forhold til afrusning, abstinensbehandling og opfølgning.
- Utilstrækkelige og uflexible tilbud til de mest udsatte patienter, herunder begrænset adgang til psykiatrisk behandling.

Relevante indsatser:

Socialsygeplejersker, Koordinerende Indsatsplaner (KIP), Rusmiddelindsatsen, Sammenhængende Alkoholbehandling og Støttekontaktperson (SKP)-korpset kan medvirke til at styrke koordination og ansvar på tværs af sektorer, skabe bedre sammenhæng efter udskrivelse og øge adgangen til fleksibel støtte for udsatte patienter.

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

Barrierer:

- Stigmatisering og manglende forståelse for alkoholproblemers kompleksitet skaber afstand mellem patient og sundhedsvæsen.
- Manglende tid, kontinuitet og realistisk behandlingsmål svækker tillid og relationsdannelse.
- Systemet griber ikke patientens motivation, når den opstår, og ansvaret placeres ofte alene hos patienten.

Relevante indsatser:

Socialsygeplejersker, Socialnøglepersoner, Alkoholrådgivende Team (ART), Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter, samt Community Reinforcement Approach (CRA) kan fremme tillid, reducere stigmatisering og styrke patientens motivation og deltagelse gennem relationsarbejde, faglig opkvalificering og inddragende behandlingstilgange.

Kompetence- og ressourcemæssige barrierer og behov for indsatser

Barrierer:

- Forskelle i erfaring og kompetencer mellem afdelinger skaber uensartet behandling af patienter med alkoholproblematikker.
- Manglende systematisk opkvalificering og efteruddannelse i håndtering af alkoholproblematikker.
- Begrænsede ressourcer og fravær af specialiseret viden inden for alkohol- og afhængighedsbehandling.

Relevante indsatser:

Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter, Socialsygeplejersker, Socialoverlæger, Socialnøglepersoner og Rusmiddelindsatsen kan bidrage til at styrke faglighed, skabe fælles retning og fremme en mere respektfuld og kvalificeret behandling af patienter med alkoholproblematikker.

3. Referencer

1. Saunders JB. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. auditscreen.org: AUDIT; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://auditscreen.org/>.
2. Schøler PN, Volke KH, Andréasson S, Rasmussen S, Søndergaard J, Nielsen AS. The identification and treatment of alcohol problems in primary care (iTAPP) study: protocol for a stepped wedge cluster randomized control trial testing the 15-method in a primary care setting. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2024;19(1):49-.
3. Schøler PN, Olsen, Camila Dahl Haislund., Volke, Kristina Hasselbalch, Nielsen, Anette Søgaard. The 15-Mental Project: Implementation and evaluation of the 15-Method in a mental health hospital setting: Assessing process, effectiveness, and cost-effectiveness in identifying and addressing alcohol problems at early stages. portal.findresearcher.sdu.dk: SDU; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/projects/the-15-mental-project-implementation-and-evaluation-of-the-15-met/>.
4. Schøler PN, Søndergaard J, Rasmussen S, Volke KH, Nilsen P, Nielsen AS. Determinants of implementing the 15-method in Danish general practice using the consolidated framework for implementation science. *Addict Sci Clin Pract*. 2025;20(1):43.
5. CFIR - Consolidated Framework for Implementation Research. What is the CFIR? cfirguide.org: CFIR - Consolidated Framework for Implementation Research; 2022 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://cfirguide.org/>.
6. Becker U, Nielsen, Anette Søgaard. Alkoholproblemer, behandling. [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk/): Sundhed.dk, Patienthåndbogen; 2023 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/alkohol/alkoholproblemer-behandling/>.
7. Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Sundhedsstyrelsen: 2014 26. august 2014. Report No.
8. Ludvigsen KB, Brünés N. Socialsygepleje i somatik og psykiatri - En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb. KABS VIDEN: 2013.
9. Dideriksen TL, Lisby M, Brünés N, Dreyer P. Social Nurses' Descriptions of Nursing: A Qualitative Study of What Social Nursing is and Does? *The Open Nursing Journal*. 2019;13(1):228-36.
10. KFUKs Sociale Arbejde. Reden København - Vores tilgang. kfuk.dk: KFUKs Sociale Arbejde; 2025 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://kfuk.dk/reden-kobenhavn/generelt/vores-tilgang>.
11. Dansk Sygepleje Råd. Regionsråd vedtager verdens største selvmål. dsr.dk: DSR; 2023 [cited 2025]. Available from: <https://dsr.dk/kreds-nordjylland/nyheder-fra-kreds-nordjylland/regionsraad-vedtager-verdens-stoerste-selvmaal/>.
12. Region Nordjylland. Brobyggerpsygeplejersker er med til at mindske ulighed i sundhed. 2020 [cited 2025 07.08.]. Available from: <https://rn.dk/service/nyhedsbase-rn/2020/09/brobyggerpsygeplejersker-er-med-til-at-mindske-ulighed-i-sundhed>.
13. Leslie KM. Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatrics & Child Health*. 2008;13(1):53-6.
14. Hansen SH. Den sociale have. [bispebjerghospital.dk](https://www.bispebjerghospital.dk/): Bispebjerg Hospital; 2016 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.bispebjerghospital.dk/om-hospitalet/oplevel/haver/Sider/En-social-have-til-s%C3%A5rbare-mennesker.aspx>.
15. Bendixen LV. Den Sociale Blomsterhave. [bispebjerghospital.dk](https://www.bispebjerghospital.dk/): Bispebjerg Hospital; 2022 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.bispebjerghospital.dk/om-hospitalet/oplevel/haver/sider/den-sociale-have.aspx>.
16. Miller WR, Rollnick S. Den motiverende samtale: Hans Reitzels Forlag; 2024.
17. McLellan TA, Luborsky L, Woody EG, O'Brien PC. An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients - The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1980;168(1):26-33.
18. Nielsen AS, Blomholt C. Helhedsorienteret alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. [academicbooks.dk](https://www.academicbooks.dk/): Samfundslitteratur; 2025 [cited 2025 16. december]. 1: [Available from: <https://www.academicbooks.dk/content/helhedsorienteret-alkoholbehandling-til-socialt-udsatte-borgere>.

19. Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE. The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Res Health*. 2011;33(4):380-8.
20. Morse GA, York MM, Dell N, Blanco J, Birchmier C. Improving outcomes for homeless people with alcohol disorders: a multi-program community-based approach. *J Ment Health*. 2020;29(6):684-91.
21. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. nice.org.uk: NICE, 2014 21. oktober 2014. Report No.
22. Danske Love. Serviceloven § 99. danskelove.dk: Danske Love; 2025 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://danskelove.dk/serviceloven/99>.
23. Røde Kors. Omsorgscenter Eirsgaard. hovedstaden.rodekors.dk: Røde Kors Hovedstaden; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://hovedstaden.rodekors.dk/detgorvi/indsatser-for-hjemlose/omsorgscenter-eirsgaard/>.
24. Røde Kors. Omsorgscenter Nordly. rodekors.dk: Røde Kors; 2025 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/socialt-arbejde/hjemloese/omsorgscenter-nordly>.
25. Røde Kors. Omsorgscenter Pitstop. rodekors.dk: Røde Kors; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/socialt-arbejde/hjemloese/omsorgscenter-pitstop>.
26. Røde Kors. Omsorgscenter Svalegangen. rodekors.dk: Røde Kors; 2025 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/socialt-arbejde/hjemloese/omsorgscenter-svalegangen>.
27. Bring C, Kruse M, Ankarfeldt MZ, Brünés N, Pedersen M, Petersen J, et al. Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):508.
28. Pedersen M, Bring C, Brünés N, Andersen O, Petersen J, Jarden M. Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark. *Health Soc Care Community*. 2018;26(4):538-46.
29. Tonnesen M, Mømsen HA-M. Bridging gaps in health? A qualitative study about bridge-building and social inequity in Danish healthcare. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2023;18(1).
30. Ravn MB. Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed. Defactum: Defactum, 2020.
31. Valentin G, Nielsen VC, Nielsen MA-S, Tonnesen M, Bliksted LK, Jensen TK, et al. Bridging Inequity Gaps in Healthcare Systems While Educating Future Healthcare Professionals—The Social Health Bridge-Building Programme. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(19):6837.

4. 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 Diderksen. 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

