

Rapport

# Ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer

Behovet for differentierede indsatser



---

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver  
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

[www.sundk.dk](http://www.sundk.dk)

Version 1.1  
Versionsdato: 11.02.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

---

# Indhold

1. Begreber og forkortelser .....	5
2. Rapport resume .....	6
3. English summary .....	9
4. Introduktion .....	12
4.1 Rammer for opgaven .....	12
4.2 Læsevejledning .....	12
4.3 Metode og datagrundlag .....	13
5. Baggrund .....	19
6. Formål .....	23
7. Resultater af Delstudie 1 .....	24
7.1 Beskrivelse af patientpopulationen .....	26
7.2 Kronisk obstruktiv lungelidelse – KOL .....	28
7.2.1 Kontakt til primærsektoren .....	28
7.2.2 Ambulante hospitalskontakter .....	29
7.2.3 Indlæggelser .....	31
7.2.4 Sygedage ved langvarigt sygefravær .....	33
7.2.5 Tilbagevenden til arbejdsmarkedet .....	35
7.2.6 Sundhedsudgifter .....	36
7.2.7 Behandlingskvalitet .....	38
7.2.8 Død .....	42
7.2.9 Alkoholproblemer og behandlingskvalitet .....	43
7.2.10 Opsummering af resultater vedrørende KOL .....	44
7.3 Stroke .....	46
7.3.1 Kontakt til primærsektoren .....	46
7.3.2 Ambulante hospitalskontakter .....	47
7.3.3 Indlæggelser .....	49
7.3.4 Sygedage ved langvarigt sygefravær .....	51
7.3.5 Tilbagevenden til arbejdsmarkedet .....	53
7.3.6 Sundhedsudgifter .....	54
7.3.7 Behandlingskvalitet .....	55
7.3.8 Død .....	61
7.3.9 Alkoholproblemer og behandlingskvalitet .....	62
7.3.10 Opsummering af resultater vedrørende stroke .....	63
7.4 Betydningen af alkoholproblematik for behandling og sygdomsudfald .....	64
7.5 Delkonklusion .....	67
8. Resultater af Delstudie 2 .....	69
8.1 Barrierer for somatisk behandling ved samtidigt alkoholoverforbrug .....	70
8.2 Uens praksis og uklarhed omkring afrusning og abstinensbehandling på hospitalet .....	73
8.3 Begrænset fokus på alkoholproblemer og tidlig indsats .....	78
8.4 Barrierer ved udskrivelse fra hospitalet og sektorovergange .....	82

8.5 Uklarheder og uenigheder vedrørende ansvaret for patientgruppen .....	84
8.6 Manglende behandlingstilbud til patienter i særligt sårbare positioner.....	87
8.7 Vanskelig adgang til psykiatrisk udredning og behandling .....	91
8.8 Stigmatisering af patientgruppen .....	95
8.9 Motivation som barriere for adgang til behandling.....	98
8.10 Utilstrækkelig alkoholfaglig ekspertise på hospitalet .....	100
8.11 Delkonklusion.....	102
<b>9. Resultater af Delstudie 3 .....</b>	<b>106</b>
9.1 Identificerede differentierede indsatser .....	107
9.2 Almen praksis .....	108
9.2.1 15-metoden .....	108
9.2.2 Flex Almen Praksis .....	110
9.3 Hospital .....	111
9.3.1 Planlagt afrusning .....	111
9.3.2 Koordinerende Indsatsplaner (KIP).....	113
9.3.3 Socialsygeplejersker .....	114
9.3.4 Socialoverlæge .....	116
9.3.5 Socialnøglepersoner .....	117
9.3.6 Socialmappe/Den Sociale Værktøjskasse .....	119
9.3.7 Flex-sengeafsnit.....	120
9.3.8 Alkoholrådgivende team (ART).....	122
9.3.9 Rusmiddelindsatsen.....	123
9.3.10 Lab10 .....	125
9.3.11 Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter .....	127
9.4 Kommune.....	128
9.4.1 Community Reinforcement Approach (CRA).....	128
9.4.2 Støttekontaktperson (SKP) korpset .....	130
9.5 Civilsamfundet .....	131
9.5.1 Omsorgscenter.....	131
9.5.2 Social Sundhed .....	133
9.5.3 Alkolinjen.....	134
9.6 Sammenhæng mellem barrierer og indsatser .....	136
9.7 Delkonklusion.....	138
<b>10. Diskussion .....</b>	<b>139</b>
10.1 Sammenfatning af rapportens fund .....	139
10.2 Hvordan opnås mere lighed i behandlingsforløb? .....	140
10.3 Konklusion .....	145
<b>11. Referencer .....</b>	<b>147</b>
<b>12. Bilag.....</b>	<b>151</b>
12.1 Delstudie 1 – Udvidet metodebeskrivelse .....	151
12.2 Delstudie 2 – Udvidet metodebeskrivelse .....	157
12.3 Delstudie 3 – Kobling mellem barrierer og indsatser.....	160
12.4 Metodiske styrker og svagheder .....	162
<b>13. Fagudvalgets sammensætning.....</b>	<b>164</b>

# 1. Begreber og forkortelser

<b>Alkoholproblem</b>	Der findes ingen entydig definition af et alkoholproblem, og begrebet anvendes ofte som en samlebetegnelse for flere forskellige tilstande – fra overforbrug af alkohol til skadeligt forbrug og alkoholafhængighed. I denne rapport bruges begrebet alkoholproblemer om situationer, hvor alkoholforbruget er skadeligt og/eller præget af afhængighed (1, 2). I Delstudie 1 defineres alkoholproblem ud fra relevante diagnosekoder i Landspatientregisteret eller indløste recepter i Lægemedeldatabasen (specifikke koder findes i Tabel 1 i afsnit 4.3.1).
<b>Alkoholoverforbrug</b>	Alkoholoverforbrug defineres som et alkoholindtag, der hyppigt eller gentagne gange overskrider de genstandsgrænser, som Sundhedsstyrelsen anbefaler som maksimal alkoholindtagelse (2).
<b>Differentierede indsatser</b>	Differentierede indsatser anvendes om indsatser, der tilpasses målgruppens behov eller forudsætninger. Tilgangen anvendes inden for mange forskellige fag, for at sikre et mere ensartet udbytte af en given indsats.
<b>Socialt differentierede indsatser</b>	Socialt differentierede indsatser er indsatser i sundhedsvæsenet, hvor der – ud over medicinske kriterier – også tages højde for patientens sociale forhold. Da sociale vilkår kan påvirke udbyttet af behandlingen, tilbydes patienter, der midlertidigt eller permanent har svært ved at få fuldt udbytte af standardbehandling, et tilpasset behandlingsforløb.
<b>DAGS</b>	Dansk Ambulant Grupperings System
<b>DRG</b>	Diagnose Relaterede Grupper
<b>DRG og DAGS-takster</b>	DRG og DAGS-taksterne udtrykker hospitalernes gennemsnitlige driftsudgifter på landsplan inden for indlagte og ambulante kontakter.
<b>KOL</b>	Kronisk obstruktiv lungesygdom
<b>LPR</b>	Landspatientregistret
<b>Socioøkonomisk status</b>	Anvendes om individer eller grupper status eller position i samfundet defineret ud fra sociale og økonomiske faktorer, såsom uddannelsesniveau, indkomst og/eller erhvervsstatus (3, 4).
<b>Ulighed i sundhed</b>	Anvendes om forskelle i sundhedstilstanden og risikoen for at blive syg mellem individer eller grupper i befolkningen (3, 5). Social ulighed i sundhed anvendes om systematiske forskelle i sundhed mellem grupper med forskellig social position målt på socioøkonomiske faktorer såsom uddannelse, indkomst, beskæftigelse og sociodemografiske faktorer såsom køn og etnicitet (6). Geografisk ulighed i sundhed anvendes om forskelle i sundhedstilstanden, som forekommer på baggrund af, hvor i landet man er bosat. Hvis den geografiske ulighed i sundhed skyldes forskelle i social sammensætning mellem lokalområder, er det et aspekt af social ulighed i sundhed. Geografisk ulighed i sundhed kan også skyldes andre forhold såsom forskelle i sundhedsvæsenets tilbud og ressourcer på tværs af landet.

## 2. Rapport resume

Denne rapport omhandler ulighed i behandling af patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer samt behovet for differentierede indsatser i sundhedsvæsenet. Rapporten er udarbejdet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og udgør den fjerde analyse indenfor hovedtemaet: Ulighed i Sundhed. Formålet med årets analyse er at skabe viden, der kan styrke beslutningsgrundlaget for at prioritere de sygdomsområder og patientgrupper, som har behov for mere målrettede og differentierede indsatser.

Rapportens analyser udspringer af et voksende behov for en mere målrettet prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer for at understøtte et bæredygtigt system, hvor indsatser og midler fordeles mere retfærdigt på tværs af befolkningen. Socialt differentierede indsatser kan understøtte denne prioritering ved i højere grad at tilpasse behandlingen efter borgernes forskellige behov. Det kan for eksempel i nogle tilfælde styrke kvaliteten og et mere lige behandlingsudbytte, at der prioriteres mere håndholdte løsninger til borgere med mere komplekse helbredsudfordringer samtidig med at der frigøres ressourcer hos borgere, der i højere grad kan håndtere dele af behandlingen selv eller ved hjælp af nye løsninger.

Flere somatiske og psykiatriske sygdomsområder er særligt relevante i denne sammenhæng. Analysen omfatter seks somatiske og psykiatriske sygdomsområder med betydelig sygdomsbyrde, herunder med særligt fokus på kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og stroke. Disse sygdomme er forbundet med omfattende sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser for både patienter og samfund. Uligheder i behandling og sygdomsudfald kan forstærke denne byrde, hvilket understreger behovet for differentierede indsatser.

En af de patientgrupper, der er i særlig risiko for ikke at få fuldt udbytte af standardbehandlingen, er patienter med alkoholproblemer. Denne gruppe kan have behov for, at behandlingsforløbet i højere grad bliver tilpasset deres samlede sociale og helbredsmæssige situation. Rapporten har derfor et særligt fokus på denne patientgruppe for at belyse de barrierer, disse patienter møder i behandlingen, samt hvordan differentierede indsatser kan styrke behandlingskvalitet og et mere lige behandlingsudbytte.

Rapporten består af tre delstudier, som hver især adresserer et specifikt delformål.

Rapportens registerstudie, Delstudie 1, *undersøger ulighed i behandlingsforløbet for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde (KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK)), herunder med fokus på betydningen af forskellige faktorer som eksempelvis alkoholproblemer. Hensigten er at identificere patientkarakteristika, der er associeret med uønskede udfald i behandlingsforløbet og kan indikere behov for differentierede indsatser.*

Patientpopulationen, der omtales i hovedrapporten, omfatter 183.224 patienter med KOL og 119.589 patienter med stroke. For begge populationer ses betydelig ulighed i indgang til og brug af det primære og sekundære sundhedsvæsen, ressourceforbrug og behandlingsudfald. Disse forskelle relaterer sig til demografiske, socioøkonomiske, helbredsmæssige og geografiske (bopæls-) faktorer. Overordnet er patienter der er dårligere stillet, relateret til disse faktorer, oftere i højere risiko for flere kontakter til sundhedsvæsenet - særligt det sekundære og akutte sundhedsvæsen - og i højere risiko for død end patienter der er bedre stillet. Lignende mønstre ses for de øvrige inkluderede patientgrupper.

Helbredsmæssige faktorer som alkoholproblemer har stor betydning for sygdomsforløb og behandlingsudfald. Alkoholproblemer forekommer hyppigere blandt patienter med høj sandsynlighed for mange sundhedskontakter, indlæggelser og død, men sjældnere hos patienter med høj sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde og høj behandlingskvalitet.

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

I alt har 31 informanter – sundhedsprofessionelle fra hospitaler (12) samt ledelsesrepræsentanter (2), alment praktiserende læger (7), kommunalt ansatte (6) og borgere/patienter (4) – medvirket i dybdegående kvalitative interviews omhandlende barrierer i behandlingen for patienter med alkoholproblemer samt behov for differentierede indsatser. Interviewene er gennemført i perioden april til august 2025.

Delstudiet peger på en række væsentlige barrierer i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, som kan øge risikoen for lavere behandlingskvalitet, både i alkoholbehandlingen og i behandlingen af andre somatiske sygdomme som KOL og stroke, hvis ikke indsatser tilpasses patientens situation. Disse omfatter: Kliniske og behandlingsrelaterede barrierer (f.eks. uens praksis og uklarhed omkring håndtering af abstinensbehandling på hospitalet), organisatoriske og systemiske barrierer (f.eks. uklarheder vedr. ansvaret for patientgruppen), barrierer relateret til interaktionen mellem patient og sundhedsvæsen (f.eks. stigmatisering), samt kompetence og ressourcemæssige barrierer (f.eks. utilstrækkelig alkoholfaglig ekspertise på hospitalet). Analysen identificerer samtidig konkrete behov for differentierede indsatser, som opleves og beskrives af de fagpersoner, der arbejder tættest på behandlingen.

Rapportens Delstudie 3 *identificerer eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløbet og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer.*

Dette deskriptive studie er baseret på desk research, interviews med 22 forskere og fagprofessionelle samt skriftlige tilbagemeldinger fra 10 af landets akutmodtagelser. Data er indsamlet fra april til september 2025. I rapporten præsenteres og beskrives 18 forskellige indsatser under følgende fire temaer: Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis, inddragelse og netværksopbygning samt systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer. Til inspiration beskrives indsatserne bredt og omfatter blandt andet formål, udvikling og implementering, organisering samt erfaringer fra de involverede aktører. De beskrevne indsatser er generelt forbundet med positive erfaringer blandt de aktører, der er involveret, men langt størstedelen mangler formel evaluering. Det understreger behovet for at undersøge deres effekter systematisk, så potentialet kan vurderes for udbredelse til andre dele af landet og anvendelse i forskellige kontekster.

Rapporten konkluderer, at der eksisterer betydelig ulighed i både behandling og sygdomsudfald for patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet. Disse uligheder knytter sig tæt til patienternes demografi, socioøkonomi, helbredstilstand og bopæl og indikerer, at den nuværende opsporings- og behandlingsindsats ikke i tilstrækkelig grad imødekommer patienternes forskellige behov. Patienter med alkoholproblemer fremstår som en udsat gruppe, der møder væsentlige barrierer relateret til både kliniske, organisatoriske og systemiske forhold samt til interaktionen med sundhedsvæsenet.

Analysen viser, at alkoholproblemer med fordel kan anvendes som et centralt differentieringskriterium i tilrettelæggelsen af behandlingsforløb – alene eller i kombination med anden udsathed. Dette kan forankres i de kommende kronikerpakker og/eller i en potentiel selvstændig rusmiddelpakke, hvor målrettede tilpasninger vurderes at kunne styrke forløbenes kvalitet og sammenhæng. Rapporten fremhæver desuden en række eksisterende differentierede indsatser, der adresserer kendte barrierer i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, og som kan inspirere til bredere implementering, særligt hvis de ledsages af løbende evaluering, der kan tydeliggøre deres effekt.

Analysen peger samtidig på behovet for styrket koordinering på tværs af sektorer med klar juridisk og organisatorisk forankring af ansvar og roller mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner. Sundhedsrådene kan spille en central koordinerende rolle, mens almen praksis kan bidrage væsentligt til at understøtte sammenhængende patientforløb gennem tidlig identifikation af alkoholproblemer, henvisning til relevante tilbud og opfølgning med patienten.

Samtidig vurderes behovet for en national, tværgående klinisk retningslinje til behandling af alkoholafhængighed at være betydeligt, da patienter med alkoholproblemer i dag kan møde uensartet praksis på tværs af hospitaler, faggrupper og sektorer, blandt andet hvad angår afrusning, abstinensbehandling og henvisning til relevante tilbud. En sådan retningslinje, kombineret med systematisk faglig opkvalificering af sundhedsprofessionelle i håndteringen af patienter med alkoholproblemer og eventuelle øvrige udsathedsfaktorer, er afgørende for at sikre mere ensartede behandlingsforløb og understøtte kvalitet i behandlingen.

Mens denne analyse undersøger barrierer og behovet for differentierede indsatser i relation til alkoholproblemer, peger resultaterne også på andre forhold, der knytter sig tæt til uligheder i behandling og sygdomsudfald inden for de undersøgte sygdomsområder. Disse områder kræver en nærmere afdækning af årsagerne til ulighederne og understreger behovet for opmærksomhed på, hvordan indsatser kan tilrettelægges for bedre at imødegå disse udfordringer.



### 3. English summary

This report examines inequalities in the treatment of patients with high-burden conditions and alcohol-related problems, highlighting the need for tailored interventions in healthcare delivery. Prepared by the Danish Healthcare Quality Institute (DHQI), this is the fourth analysis in the thematic area of Health Inequalities. The aim of this year's analysis is to generate knowledge that strengthens the evidence base for prioritising disease areas and patient groups in need of tailored interventions.

The analyses presented in this report are motivated by the growing need to prioritise healthcare resources more effectively, supporting a sustainable system in which interventions and resources are distributed more equitably across the population. Tailored interventions can help achieve this by addressing patients' needs and social circumstances. For instance, providing more intensive, hands-on support for patients with complex health needs may improve quality of care and promote more equitable outcomes, while simultaneously allowing resources to be reallocated to those who can manage parts of their care independently or with the help of innovative solutions.

Several somatic and psychiatric disease areas are particularly relevant in this context. The analysis examines six such areas characterised by a substantial burden of disease, with particular emphasis on chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and stroke. These conditions are associated with wide-ranging health, social, and economic consequences for both patients and society. Inequalities in access to treatment and in health outcomes may further exacerbate this burden, highlighting the need for tailored interventions.

One group at particular risk of not fully benefiting from standard treatment is individuals with alcohol-related problems. These patients may require care pathways that are better tailored to their broader health and social circumstances. The report therefore places special emphasis on this group to highlight the barriers they face in treatment and to explore how tailored interventions can improve care quality and promote more equitable outcomes.

The report consists of three substudies, each addressing a specific sub-objective.

*Substudy 1, the reports registry-based study, examines inequalities in treatment pathways among selected patient groups with a high burden of disease, namely COPD, stroke, depression, dementia, type 2 diabetes, and frequent acute healthcare contacts, focusing on factors such as alcohol-related problems. The study aims to identify patient characteristics linked to suboptimal treatment outcomes, which may signal a need for tailored interventions.*

The study population in focus in the main report comprises 183,224 patients with COPD and 119,589 with stroke. In both populations, notable inequalities are evident in access to and use of primary and secondary healthcare, resource utilization, and treatment outcomes. These disparities are associated with demographic, socioeconomic, health-related, and geographical (residential) factors. Overall, patients who are disadvantaged along these dimensions are more likely to have frequent healthcare contacts, particularly with secondary and acute services, and face a higher risk of mortality compared with their better-off counterparts. Similar patterns are observed across the other included patient groups.

Health-related factors, including alcohol-related problems, are associated with disease progression and treatment outcomes. Alcohol-related problems are more common among patients who are likely to have frequent healthcare contacts, hospitalizations, and higher mortality, and less common among those with a higher likelihood of returning to work and achieving favorable treatment outcomes.

*Substudy 2, the report's qualitative study, explores the treatment of patients with alcohol-related problems, focusing on the barriers that tailored interventions should address and the types of interventions that may be needed.*

A total of 31 informants - including 12 healthcare professionals from hospitals, two management representatives, seven general practitioners, six municipal staff, and four citizens/patients—participated in in-depth qualitative interviews on barriers to care and the need for tailored interventions. The interviews were conducted between April and August 2025.

The substudy identifies several key barriers in the treatment of patients with alcohol-related problems, which may contribute to lower quality of care for both alcohol-related conditions and other somatic diseases, such as COPD and stroke, if interventions are not tailored to the patient's circumstances. These barriers include clinical and treatment-related issues (e.g., inconsistent practices and unclear management of alcohol withdrawal treatment in hospitals), organizational and systemic challenges (e.g., unclear responsibilities for the patient group), patient–healthcare interaction barriers (e.g., stigma), and competence- and resource-related limitations (e.g., insufficient alcohol-specific expertise in hospitals). The analysis also highlights specific needs for tailored interventions, as perceived and described by professionals working closest to patient care.

*Substudy 3 of the report highlights examples of tailored interventions implemented in Denmark to improve treatment pathways and reduce inequalities in the care of patients with alcohol-related problems.*

This descriptive study draws on desk research, interviews with 22 researchers and professionals, and written feedback from 10 emergency departments in Denmark. Data were collected between April and September 2025. The report presents 18 interventions organized under four themes: cross-sectoral and interdisciplinary collaboration; alcohol expertise and holistic practice; engagement and network building; and systematic attention to alcohol-related problems. Each intervention is described broadly, covering its purpose, development and implementation, organization, and the experiences of involved stakeholders. While generally associated with positive experiences among stakeholders, most interventions lack formal evaluation. This underscores the need for systematic evaluation to determine their effectiveness and to assess their potential for broader implementation at a national level and in different contexts.

The report concludes that considerable inequalities exist in both treatment and health outcomes among patients with COPD, stroke, depression, dementia, type 2 diabetes, and frequent acute healthcare contacts. These disparities are closely associated with patients' demographics, socioeconomics, health conditions, and place of residence, suggesting that current screening and treatment efforts do not fully address the diverse needs of these populations. Patients with alcohol-related problems emerge as a vulnerable group, facing substantial barriers related to clinical, organizational, and systemic factors, as well as to their interactions with the healthcare system.

The analysis indicates that alcohol-related problems can serve as a key criterion for tailoring care pathways, either alone or in combination with other vulnerabilities. This approach could be integrated into upcoming chronic care packages - structured care programs designed to provide coordinated, long-term management for patients with chronic conditions - and/or a potential standalone substance use package, aimed at offering tailored support for individuals with alcohol or other substance-related problems. The report also highlights existing tailored interventions that address known barriers in the treatment of patients with alcohol-related problems, which could inform broader implementation, particularly if accompanied by ongoing evaluation to assess their effectiveness.

The analysis highlights the need for strengthened coordination across hospitals, general practitioners, and municipal services, with clearly defined legal and organizational responsibilities and roles. Municipal health councils (Sundhedsrådene), which bring together representatives from both municipalities and regional authorities to provide local oversight and coordination of health initiatives, can play an important role in supporting alignment across these actors. Primary care can contribute significantly by promoting coherent patient pathways through early identification of alcohol-related problems, referral to appropriate services, and follow-up.

At the same time, there is a need for a national, cross-sector clinical guideline for the treatment of alcohol dependence, as patients with alcohol-related problems may currently encounter inconsistent practices across hospitals, professional groups, and sectors, particularly regarding detoxification, management of alcohol withdrawal symptoms, as well as referral to appropriate follow-up services. Combined with systematic professional training for healthcare providers in managing patients with alcohol problems and other potential vulnerability factors, such a guideline is essential to ensure more consistent care pathways and to enhance the quality of treatment.

While this analysis focuses primarily on barriers and the need for tailored interventions for patients with alcohol-related problems, the findings also highlight other factors closely associated with inequalities in treatment and health outcomes within the disease areas examined. These areas call for further examination to better clarify what contributes to these inequalities and highlight the importance of interventions designed to effectively address them.

## 4. Introduktion

### 4.1 Rammer for opgaven

Let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt behandling af høj kvalitet er to af hjørnesteenene i den danske sundhedslov. Sigtet med loven er blandt andet at undgå, at der sker forskelsbehandling af patienter, medmindre disse er begrundet i objektive forhold (7).

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut har siden 2022 haft til opgave at udarbejde årlige analyser vedrørende ulighed i sundhed. Formålet med disse analyser er at afdække og belyse eventuelle uligheder i behandling eller tilbud for patientgrupper. Opgaven blev tildelt det daværende Behandlingsråd som en del af økonomiaftalen for 2022 mellem Regeringen og Danske Regioner og overgik til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i forbindelse med oprettelsen af dette fra 2025.

Ulighed i sundhed handler bredt defineret om systematiske forskelle i befolkningen i forhold til risikoen for eksponering for sygdomsfremkaldende faktorer, forekomsten af sygdom samt behandlingen og konsekvenserne af sygdom (8). De årlige analyser fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut fokuserer på ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i det danske sundhedsvæsen, som et aspekt af ulighed i sundhed. Selvom ulighed i sundhed ikke begynder i sundhedsvæsenet, spiller det en rolle i forhold til potentielt at skabe, vedligeholde, eller forstærke uligheden.

Denne rapport udgør den fjerde analyse indenfor ulighed i sundhed. Det overordnede formål med analysen er at skabe viden, der kan styrke beslutningsgrundlaget for at prioritere de sygdomsområder og patientgrupper, som har behov for mere målrettede og differentierede indsatser. Analysen undersøger uligheder i behandlingsforløb og behovet for differentierede indsatser for patienter med høj sygdomsbyrde, med særligt fokus på patienter med alkoholproblemer, som kan møde særlige barrierer i behandlingsforløbet. Analysen er struktureret i tre delstudier: For det første et kvantitativt studie, der undersøger ulighed i behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde med fokus på betydningen af faktorer som eksempelvis samlivsstatus, uddannelsesniveau og alkoholproblemer - med henblik på at identificere behovet for differentierede indsatser. For det andet et kvalitativt studie, der med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer undersøger, hvilke barrierer differentierede indsatser bør adressere, samt hvilke typer af indsatser, der kan være behov for. Slutteligt et deskriptivt studie, som identificerer konkrete eksempler på differentierede indsatser der anvendes i Danmark, med henblik på at forbedre behandlingsforløbet og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer.

### 4.2 Læsevejledning

Denne rapport indeholder en introduktion (afsnit 4), samt et baggrundsafsnit (afsnit 5), der sætter rammen for analysen og giver en indføring i den aktuelle problemstilling. Herefter præsenteres resultaterne af rapportens tre delstudier (afsnit 7, 8 og 9). Hver af disse resultatafsnit afsluttes med en delkonklusion, der diskuteres og sammenfattes sidst i rapporten i et diskussionsafsnit (afsnit 10). For en kort gennemgang af rapportens indhold og resultater henvises til rapportresuméet (afsnit 2) samt diskussionsafsnittet (afsnit 10). Rapporten indeholder også en række bilag, der knytter sig til de tre delstudier (afsnit 12) samt en oversigt over fagudvalgets medlemmer (afsnit 13). Der er desuden udgivet en pixi-udgave af rapporten, en særskilt udgivelse af Delstudie 3 samt en særskilt udgivelse af resultater fra Delstudie 1 (bilagsmateriale). Disse udgivelser kan findes på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside.

## 4.3 Metode og datagrundlag

I det følgende gives en kort beskrivelse af metode- og datagrundlaget for rapportens tre delstudier. En udvidet metodebeskrivelse findes i bilagsmaterialet for Delstudie 1 (afsnit 12.1) og Delstudie 2 (afsnit 12.2).

### 4.3.1 Delstudie 1 – Ulighed i behandlingsforløb for patientgrupper med høj sygdomsbyrde

#### Formål

Formålet med Delstudie 1 er at undersøge ulighed i behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde, med fokus på betydningen af forskellige faktorer som eksempelvis samlivsstatus, uddannelsesniveau og alkoholproblemer. Hensigten er at identificere patientkarakteristika, der er associeret med uønskede udfald i behandlingsforløbet og kan indikere behov for differentierede indsatser. De udvalgte sygdomme er KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK). I selve rapporten fremhæves de specifikke resultater for KOL og stroke, som eksempel på to forskelligartede sygdomme med et henholdsvis kronisk og akut sygdomsforløb. Resultater for de resterende patientgrupper kan findes i eksternt bilagsmateriale på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside. Som mål for behandlingsforløbet undersøges det, hvorvidt patienter med de udvalgte sygdomme modtager diagnostik, behandling og rehabilitering i henhold til gældende kliniske retningslinjer, samt om der for eksempel er forskel i patienternes kontaktmønstre, sundhedsudgifter og behandlingsudfald. Slutteligt, fokuseres der specifikt på sammenhængen mellem alkoholproblemer og specifikke mål for behandlingskvaliteten blandt patienter med KOL og patienter med stroke.

#### Studiedesign og datakilder

Delstudiet er designet som et landsdækkende kohortestudie, baseret på de danske administrative registre, hvor studiepopulationen består af patienter over 18 år, der i perioden 2014-2022 blev diagnosticeret med (eller har indløst første recept på medicin relateret til) KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller har haft gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK) ( $\geq 4$  kontakter inden for et år). Uddybende beskrivelse af populationsdefinitionen findes i Bilag (afsnit 12.1). Patienterne bliver så vidt muligt fulgt gennem hele deres behandlingsforløb, som i analysen dækker over adgang til sundhedsvæsenet, diagnostik og behandling, samt for nogle patientgrupper også rehabilitering. Patienterne følges i op til et år efter diagnosen. Herudover følges patienter med eksisterende (prævalent) sygdom i de kvalitetsdatabaser, hvor der er tilgængelige informationer herom. Forskellige relevante mål for behandlingskvalitet opgøres for subpopulationer og studieperioder, der er defineret svarerende til kvalitetsdatabasernes algoritmer for populations- og kvalitetsindikator dannelse. Til analysen er der indhentet data fra Sygesikringsregistret, Lægemedelstatistikregisteret, Landspatientregisteret (LPR), inklusiv LPR-psykiatri og DRG-grupperet LPR (herunder DAGS-takster), CPR-registret, Uddannelsesregisteret, Ældredokumentationen, Familieindkomststatistikken, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase - DREAM. Der er desuden indhentet data om behandlingskvalitet fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, herunder data fra Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL), Dansk Stroke Register (DanStroke), Dansk Depressionsdatabase, Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) og Dansk Diabetes Database (DDiD), se Figur 1. Analyserne er gennemført via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Figur 1 – Datakilder i Delstudie 1



## Eksposering

Ulighed omfatter i analysen både demografiske, socioøkonomiske, helbredsmæssige og bopælsrelaterede eksponeringer. Disse omfatter køn, alder, samlivsstatus, disponibel familieindkomst, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus, alkoholproblemer, multisygdom, kommunetype og region. Alle eksponeringer er registreret op til eller på diagnosedatoen/indexdatoen, se Tabel 1.

Tabel 1 - Oversigt over de variable, der anvendes som eksponering i analysen

	Eksposering	Kategorisering	Register	Specifikation (variabelnavn/koder)
Demografi	<b>Køn</b>	Mand/kvinde	CPR	BEF: KOEN
	<b>Alder</b>	År ved diagnose	CPR	BEF: FOED_DAG
	<b>Samlivsstatus</b>	Enlig/samlevende	FAIK	FAMAEKVIVADISP_13: 1 år før indexdatoen. Inddelt i tre grupper på baggrund af en rask kontrolgruppe matchet (1:1) på alder og køn
Socioøkonomi	<b>Indkomst</b> (disponibel familieindkomst)	Lav, mellem, høj	FAIK	FAMAEKVIVADISP_13: 1 år før indexdatoen. Inddelt i tre grupper på baggrund af en rask kontrolgruppe matchet (1:1) på alder og køn.
	<b>Uddannelse</b>	Lav, mellem, høj	UDDA	HFAUDD inddelt efter Danmarks statistiks klassificering på indexdatoen
	<b>Beskæftigelse</b>	I arbejde, arbejdsløs eller pensioneret	RAS	SOC_STATUS_KODE på indexdatoen.
Helbred	<b>Alkoholproblem</b>	Ja/nej	LPR og LMDB	ICD-10 koder: F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, K70, O35.4, P04.3, X45, X65, Y15, Z721N07BB04, N07BB05 eller ATC-koder: N07BB01, N07BB03. Indenfor 10 år før indexdatoen
	<b>Multisygdom</b>	NMI: Ingen, lav, høj	LPR og LMDB	Vægtet multimorbiditet i henhold til (9) (6 måneder før indexdatoen for indløste recepter og 5 år før indexdatoen for diagnoser). Kategoriseret: ingen (NMI=0) Lav (NMI=1-5) eller høj (NMI ≥6).

Bopæl	<b>Kommune</b>	Hovedstads-, Storby-, Provinsby-, Oplands-, Landkom- mune	BEF	KOM grupperet efter Danmarks Statistiks definition. Samlet til niveauer: KOMMUNEGRUPPER_V1_2018, På indexdatoen.
	<b>Region</b>	Nordjylland, Midtjyl- land, Syddanmark, Hovedstaden, Sjælland	BEF	REG på indexdatoen

Registervariable kan findes på i Danmarks Statistiks Grunddataoversigt (10). ATC=Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, BEF=Befolkningen, CPR=CPR-registeret, FAIK=Familieindkomst, LPR=Landspatientregisteret, LMDB=Lægemedeldatabasen, NMI=Nordic Multimorbidity Index, RAS= Registerbaserede arbejdsstyrkestatistik UDDA=Uddannelsesregisteret

## Behandlingsudfald

Ulighed i behandlingsforløb undersøges i analysen ud fra opfyldelsen af flere udvalgte udfald på forskellige stadier af behandlingsforløbet. For alle de udvalgte sygdomme undersøges for ulighed i kontakt til primærsektoren, ambulante hospitalskontakter, indlæggelser (ikke-akut og akut), sygedage ved langvarigt sygefravær, tilbagevenden til arbejde, sundhedsudgifter, behandlingskvalitet og død. Behandlingskvaliteten vil blive undersøgt ud fra de kvalitetsindikatorer, der findes i de aktuelle kliniske kvalitetsdatabaser. Så vidt det er muligt og klinisk relevant, belyses kvaliteten af hele forløbet, herunder diagnostik, behandling og rehabilitering. Data er tilgængeligt for opfyldelsen af relevante kvalitetsindikatorer fra databaserne på individniveau, som kobles med resterende sundhedsdata ved hjælp af CPR-nummer ved Danmarks statistik. Populationen og tidsrammen for hver kvalitetsindikator afhænger af, hvor længe en given indikator har eksisteret i den aktuelle form - og vurderes relevant. Behandlingskvaliteten er opgjort som samlet kvalitetsmål (Opportunity based kompositmål) for opfyldelse af alle kvalitetsindikatorer, for hver enkelt patient. Den kompositte score beregnes som det samlede antal leverede kvalitetsindikatorer til alle patienter divideret med det samlede antal mulige kvalitetsindikatorer. Der udarbejdes også analyser på udvalgte kvalitetsindikatorer for KOL og stroke. En uddybende beskrivelse af behandlingsudfaldene findes i Bilag (afsnit 12.1).

## Analyse

Karakteristika for de forskellige patientgrupper præsenteres i deskriptive tabeller i resultatafsnittet. Til analysen er der anvendt en prædiktionsmodel baseret på en *Random Forest*-model til at modellere ikke-lineære effekter og interaktioner mellem eksponeringerne (hvis sådanne findes i data). Patienternes levetid er medtaget som en ligestillet variabel for at tage højde for død som konkurrerende risiko. Modellen danner grundlag for en *SHapley Additive exPlanations* (SHAP)-analyse, der viser, hvor meget hver eksponering (alder, køn, samlivsstatus, indkomst, uddannelse, beskæftigelse, alkoholproblemer, multisygdom, udkantskommune, region og indexår) bidrager til det forventede udfald, når der tages højde for de øvrige faktorer. SHAP-værdierne har samme enhed som udfaldet (for eksempel antal kontakter) og angiver, hvor meget en eksponering får en patient til at afvige fra gennemsnittet. Resultaterne vises i et *effektplot*, hvor hver patient i et sample repræsenteres med, hvordan den enkelte eksponering påvirker udfaldet for den enkelte patient ifølge modellen. Materialet, herunder figurene, findes i eksternt bilagsmateriale på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside. Som supplement er der udført en *Propensity score*-analyse, der estimerer sandsynligheden for, at en person modtager en bestemt behandling eller opnår et givent udfald - baseret på deres observerede karakteristika. Analysen bruges til at sammenligne de 10 % af patienterne med højest og lavest sandsynlighed for hvert udfald. Resultaterne vises i tabeller i resultatafsnittet.

For at belyse mulig ulighed i somatisk behandling for patienter med alkoholproblemer, i tråd med Delstudie 2 og 3, er der slutteligt udarbejdet en simpel regressionsanalyse justeret for alder, behandlingsår og region, for sammenhængen mellem alkoholproblemer og udvalgte kvalitetsmål for KOL og stroke.

## 4.3.2 Delstudie 2 – Barrierer i behandlingen og behov for differentierede indsatser for patienter med alkoholproblemer

### Formål

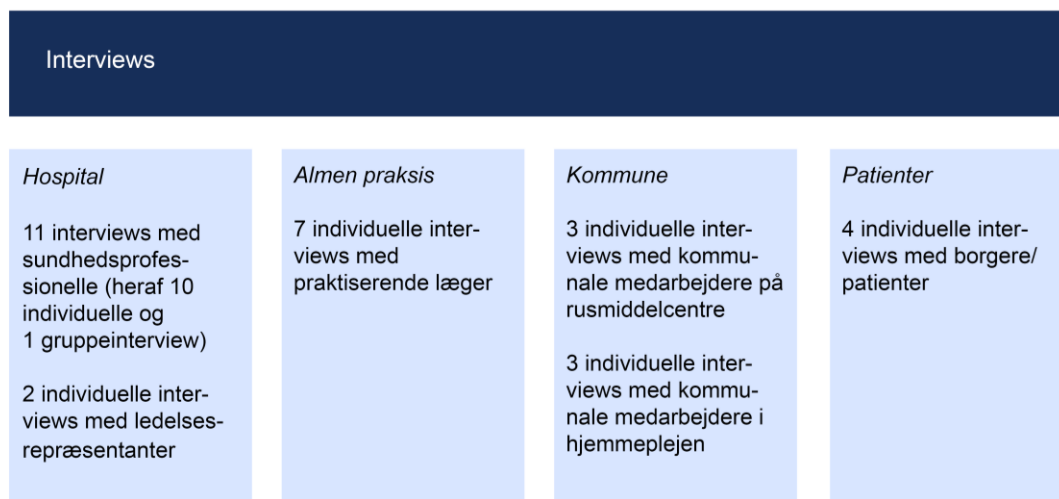
Delstudie 2 har til formål, med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, at undersøge hvilke barrierer i behandlingen, differentierede indsatser bør sigte mod at adressere, samt hvilke typer af indsatser, der kan være behov for. Analysen belyser de faktorer, der kan påvirke kvaliteten og udbyttet af behandlingen for denne patientgruppe, og inddrager perspektiver fra patienter, sundhedsprofessionelle samt kommunale aktører.

### Studiedesign og datakilder

I delstudiet anvendes et kvalitativt studiedesign baseret på semistrukturerede interviews. I alt er der gennemført 30 interviews med følgende grupper: borgere/patienter (4), sygeplejersker, socialsygeplejersker og læger fra akutafdelinger på hospitalerne (9), samt sundhedsprofessionelle fra andre somatiske specialer, herunder lungemedicin (1), gastroenterologi (1) og endokrinologi (1), ledelsesrepræsentanter fra hospitaler (2), praktiserende læger (7), medarbejdere i kommunale rusmiddelcentre (3), samt ansatte i den kommunale hjemmepleje (3). Ét af interviewene er gennemført som et gruppeinterview med to informanter.

Interviewene er gennemført ud fra semistrukturerede interviewguides, tilpasset hver målgruppe. De blev udført som en kombination af ansigt-til-ansigt-interviews, telefoninterviews og interviews via Teams, og så vidt muligt med informanter fra forskellige dele af landet for at sikre bred geografisk repræsentation fra flere regioner. Dataindsamlingen har fundet sted i perioden april til august 2025.

Figur 2 – Datakilder i Delstudie 2



### Analyse

Alle interviews er kodet og analyseret ved hjælp af en tematisk analysestrategi. De personer, der har deltaget i interviews, er benævnt "informanter" med et tildelt informantnummer i analysen. En uddybende metodebeskrivelse og en samlet oversigt over informanter findes i Bilag (afsnit 12.2, Tabel 36-39).



### 4.3.3 Delstudie 3 – Differentierede indsatser i Danmark til patienter med alkoholproblemer

#### Formål

Formålet med Delstudie 3 er at identificere eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer. Delstudie 3 har primært fokus på patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer. Med dette studie ønskes det at beskrive eksempler på indsatser, der er god erfaring med, og som kan inspirere og skabe grundlag for udvikling og anvendelse af differentierede indsatser i Danmark. Studiet vil ligeledes give indblik i de metoder, der anvendes til differentiering på området, samt beskrivelser af eventuelle samarbejder på tværs af sektorer i indsatserne.

#### Studiedesign og datakilder

Delstudie 3 er et deskriptivt studie, der anvender flere forskellige metoder til identifikation af indsatser, herunder desk research, spørgeskema og interviews. Indsatserne skal inkludere patienter med alkoholproblemer, men de kan som udgangspunkt godt være rettet mod en bredere patientgruppe. Indsatserne kan være forankrede forskellige steder i det danske sundhedssystem og civilsamfund, alt efter hvor det er hensigten, at indsatsen skal bidrage. Proces for identifikation af indsatser ses i Figur 3.

Delstudie 3 gennemføres i følgende faser:

#### Identifikationsfasen

Formålet med denne fase er at identificere relevante danske indsatser. Indsatserne kan være forankrede i alle dele af behandlingsforløbet.

1. Indledningsvis fastlægges udvælgelseskriterier, der skal sikre en systematisk identifikation af relevante indsatser.
2. Herefter identificeres relevante indsatser i Danmark gennem desk research og spørgeskema, samt indsigter fra Delstudie 2.
3. Der foretages semi-strukturerede interviews med aktører, der er ansvarlige for eller har indgående kendskab til den identificerede indsats. Interviewene skal danne grundlag for en dybdegående beskrivelse af indsatsen.

#### Udvælgelsesfasen

Formålet med denne fase er at sikre, at de mest relevante indsatser bliver beskrevet i dybden.

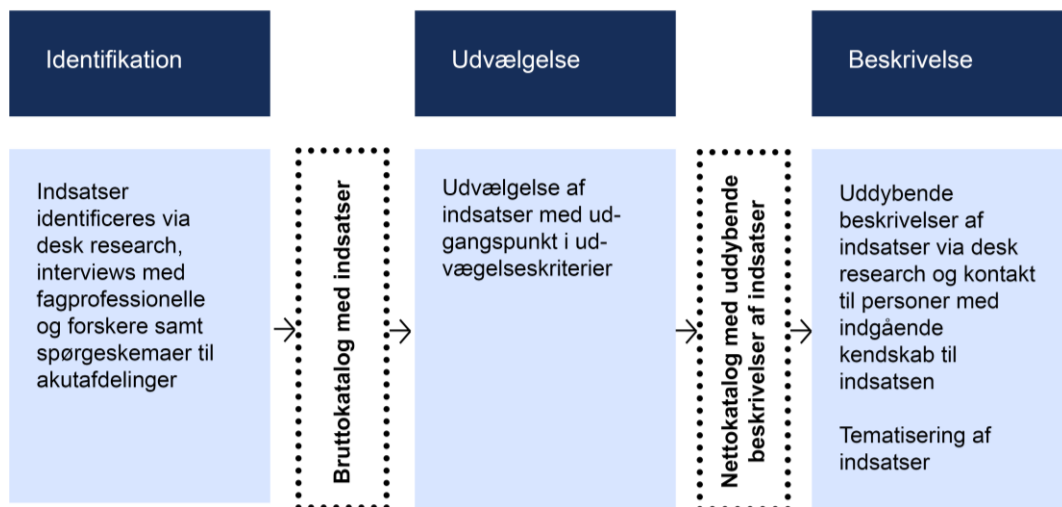
4. I denne fase udvælges indsatser (både fra desk research, spørgeskema og interviews) til uddybende beskrivelse ud fra de definerede udvælgelseskriterier.

#### Beskrivelsesfasen

Formålet med denne fase er at beskrive de udvalgte indsatser, blandt andet med henblik på deres relevans og inspiration til en dansk kontekst.

5. I den afsluttende fase beskrives de udvalgte indsatser grundigt. Fokus ligger på blandt andet at beskrive indsatsernes opbygning, formål, målgrupper, implementering, samarbejder samt hvordan de virker i praksis og om indsatserne er evalueret. Denne beskrivelse danner grundlag for formidlingen af indsatserne til inspiration.

Figur 3 – Oversigt over proces for identifikation, udvælgelse og beskrivelse af indsatser i Delstudie 3



## 5. Baggrund

### 5.1 Prioritering og differentierede indsatser i sundhedsvæsenet som en vej til at fremme lighed i sundhed

I disse år er prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer et centralt tema for at sikre sundheds- og hospitalssektorens bæredygtige udvikling. Dette indebærer blandt andet en prioritering og fordeling af midler og indsatser mellem forskellige patientgrupper og sygdomsområder (3, 11-13). Baggrunden for dette er blandt andet den demografiske udvikling, hvor en voksende andel ældre medfører et øget behov for sundhedsydelse, samtidig med at en faldende andel personer i den arbejdsdygtige alder skaber mangel på medarbejdere i sundhedsvæsenet. Derudover øger nye behandlingsmuligheder, stærke patientrettigheder og stigende forventninger til sundhedsvæsenet det samlede opgavepres (3, 13).

For at fremtidssikre sundhedsvæsenet er det blevet fremhævet som afgørende at fokusere på en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette fremhæves i aftalen om sundhedsreformen fra 2024, hvori der ligeledes påpeges et behov for at reducere ulighed i sundhed og gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt for de patienter, der har størst behov (13). Som middel til at øge lighed i sundhed har socialt differentierede indsatser i de senere år fået øget opmærksomhed. Socialt differentierede indsatser er ikke klart defineret i eksisterende litteratur. I nærværende rapport defineres socialt differentierede indsatser således: Socialt differentierede indsatser omfatter indsatser i sundhedsvæsenet, hvor der ved valg af behandlingsforløb, i tillæg til de medicinske kriterier, indgår sociale kriterier. Tankegangen bag er, at patientens sociale situation har indflydelse på udbyttet af behandlingen. Patienter, der midlertidigt eller permanent er i en social situation, hvor de har svært ved at få det fulde udbytte af den tilbudte standardbehandling, kan derfor tilbydes en behandling, som er tilpasset deres situation. Dette bygger på erkendelsen af, at differentiering er nødvendig for at sikre lige behandling af høj kvalitet, samt fremme lighed i patienternes udbytte af behandlingen.

Socialt differentierede indsatser kan gå hånd i hånd med prioritering og målsætningen om at øge lighed i sundhed ved, at indsatser og ressourcer prioriteres efter borgernes behov. Flere publikationer fra Sundhedsstyrelsen peger på, at behovsbaseret og socialt differentieret tilrettelæggelse af indsatser er et centralt redskab til at reducere ulighed i sundhed. Det indebærer, at indsatser målrettes patienternes behov, og at sundhedsvæsenet tilpasses borgernes forskellige forudsætninger ved at møde patienter forskelligt og tilpasse blandt andet kommunikation, organisering og støtte i behandlingsforløbene (4, 14). Mens en mere håndholdt støtte kan være relevant for patienter i mere udsatte positioner, vurderes det også, at indsatser kan differentieres, så patienter i god sygdomskontrol med en hverdag præget af egenomsorg kan modtage tilbud, der i højere grad er skræddersyet deres behov, eksempelvis gennem digitale løsninger (13).

Der er allerede eksempler på socialt differentierede indsatser i Danmark (15), for eksempel i svangreomsorgen (16) og i rehabiliteringsforløb (17). I tillæg hertil indføres der, som en del af aftalen om sundhedsreformen for 2024, kronikerpakker fra 2027, der skal tilpasses den enkelte patients behov gennem en graduering af behov i en rød, gul og grøn patientgruppe (13). Sundhedsstyrelsen udarbejder i løbet af 2025 en generisk model for disse kronikerpakkeforløb. Pakkeforløbene skal ifølge Sundhedsstyrelsen "sikre behovsdrevne differentierede indsatser på baggrund af en systematisk vurdering af den individuelle patients behov".

En væsentlig udfordring ved at implementere differentierede indsatser i sundhedsvæsenet er at fastlægge, hvordan de mest effektivt kan udformes og tilpasses. Spørgsmålene er blandt andet: Hvad skal kriterierne for social differentiering være? I hvor høj grad skal der være tale om en "håndholdt" differentiering? I hvor høj grad skal differentieringen ske ud fra standardkriterier? Derudover rejser det spørgsmål om ansvar: Hvem skal foretage vurderingen og afgøre differentieringsniveauet – almen praksis eller

hospitalet? Og hvad skal de differentierede tilbud konkret indeholde? Robusthedskommissionens anbefalinger fremhæver behovet for at balancere mellem universelle rettigheder og målrettede indsatser som en central problemstilling (12). På samme måde har Sundhedsstyrelsen peget på nødvendigheden af at udvikle og udbrede metoder, der gør det muligt for sundhedsprofessionelle at differentiere skarpt efter borgernes individuelle behov (11).

## 5.2 Ulighed i behandling kan forværre den samlede sygdomsbyrde og skabe ineffektivt forbrug af ressourcer

I forhold til behovet for differentierede indsatser i sundhedsvæsenet, kan det være nyttigt at fokusere på de områder, hvor sygdomsbyrden er størst. Begrundelsen for dette er, at der her er tale om sygdomme, der både har store sundhedsmæssige konsekvenser for den enkelte og samtidig medfører betydelige samfundsøkonomiske omkostninger. At sygdomsbyrden er større i socialt udsatte grupper, betyder desuden, at uligheder i behandling og adgang kan forstærke de negative konsekvenser for de mest udsatte, hvis de ikke adresseres og samtidig medføre ineffektiv ressourceudnyttelse. For disse sygdomme er der et særligt stort potentiale i at reducere belastningen for patienterne, reducere ulighed i sundhed og det samlede samfundsmæssige ressourceforbrug - et potentiale, som differentierede indsatser kan være med til at realisere.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet flere rapporter vedrørende "Sygdomsbyrden i Danmark" som synliggør områder, hvor byrden af sygdomme udgør den største belastning for patienterne, sundhedsvæsenet og samfundet, og hvor der samtidig ses social ulighed (1). Formålet med rapporterne er at bidrage til, at der kan træffes beslutninger på sundhedsområdet blandt andet hvad angår prioritering.

Sygdomsbyrderapporten fra 2022 giver et indblik i betydningen af 15 sygdomme<sup>1</sup> i samfundet eksempelvis i forhold til sygdommens forekomst, patienternes dødelighed, kontakter i sundhedsvæsenet, de samfundsøkonomiske konsekvenser og social ulighed (1). Sygdommene i Sygdomsbyrderapporten er udvalgt på baggrund af det globale sygdomsbyrdestudie (Global Burden of Disease), hvor sygdommene har vist sig at have en særlig betydning for sundhedstilstanden. Derudover er de udvalgt på baggrund af tilgængelighed af data samt muligheden for eventuel forebyggelse på områderne.

I dette analysedesign er fem sygdomsområder fra Sygdomsbyrderapporten 2022 udvalgt til nærmere kvantitativ analyse i Delstudie 1. Baggrunden for dette er, at disse sygdomme – KOL, stroke, depression type 2-diabetes, stroke/apopleksi og demens – har store sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser både for den enkelte og for samfundet som helhed. Særligt vil undersøgelsen fokusere på uligheder i behandlingen af disse sygdomme relateret til ophobning af social udsathed og sygdomskompleksitet. I rapporten fokuseres der særligt på KOL og stroke. De øvrige resultater kan findes i særskilt bilagsmateriale på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside.

## 5.3 Differentierede indsatser for patienter med alkoholproblemer

En patientgruppe, der er i særlig risiko for ikke at få fuldt udbytte af den tilbudte standardbehandling – og som derfor kan have behov for indsatser, der er bedre tilpasset deres situation og behov – er patienter med alkoholproblemer. Ifølge Sundhedsstyrelsen har ca. 402.000 danskere tegn på moderate alkoholproblemer og ca. 67.000 har tegn på svære alkoholproblemer (18, 19).

---

<sup>1</sup> Lungekræft, brystkræft, tyk- og endetarmskræft, type 2-diabetes, alkoholrelateret sygelighed, depression, angst, skizofreni, demens, iskæmisk hjertesygdom, stroke, KOL, lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt.

I denne analyse er patienter med alkoholproblemer derfor udvalgt som case for at belyse de særlige udfordringer og behov for differentierede indsatser, der kendetegner behandlingen af denne gruppe. Analysen undersøger desuden de eksisterende indsatser i Danmark, som sigter mod at nedbryde behandlingsbarrierer, styrke og forbedre patienternes samlede behandlingsforløb og fremme lighed i behandlingen. Det omfatter både selve alkoholbehandlingen og behandlingen af andre somatiske sygdomme hos patienter, der samtidig har et alkoholproblem.

Når et alkoholforbrug udvikler sig til et alkoholproblem – et skadeligt forbrug af alkohol med afhængighed – har det ofte omfattende sociale og helbredsmæssige konsekvenser (1, 20). Alkoholafhængighed er i sig selv en sygdom, defineret via kriterier i ICD 11 og karakteriseret ved en række fysiologiske, adfærdsmæssige og kognitive forandringer/forstyrrelser. Tilstanden påvirker hjernens belønningssystem og medfører blandt andet toleranceudvikling, abstinenssymptomer, nedsat impuls kontrol og en vedvarende trang til alkohol. Det betyder, at afhængigheden både forandrer kroppens fysiologiske funktioner og den enkeltes evne til at regulere forbruget, hvilket i sig selv kan drive sygdomsprogression og forværre andre helbredstilstande (21).

Derudover kan et stort og langvarigt alkoholforbrug føre til en bred vifte af øvrige somatiske sygdomme og tilstande. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan alkohol være en medvirkende årsag til mere end 200 sygdomme og helbredsproblemer, herunder kræft, leversygdomme og hjertekarsygdomme, samt psykosociale konsekvenser som øget risiko for vold, selvmord og ulykker (22). I Danmark registreres årligt 7.961 nye tilfælde af alkoholrelateret sygelighed – det vil sige sygdomme og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af alkoholindtag - og 135.988 personer lever med alkoholrelateret sygelighed (opgjort i perioden 2017-2018) (1). Alkohol bidrager samtidig til omkring 6% af alle dødsfald i Danmark (ca. 3.000) hvert år (22).

Samtidig er alkoholrelateret sygelighed et område præget af markante sociale uligheder: Personer med lav socioøkonomisk position har en højere risiko for alkoholrelaterede sygdomme samt en større andel af akutte indlæggelser, akutte ambulante kontakter til hospitalsvæsenet og tidlige dødsfald (23). Alkoholproblemer medfører desuden betydelige samfundsøkonomiske udgifter, både gennem øgede udgifter til behandling, pleje og medicin i sundhedsvæsenet og via tabt produktivitet som følge af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død (24).

For både sundhedsvæsenet og patienterne er der ofte tale om komplekse behandlingsforløb, når alkoholproblemer indgår. Det gælder både i forhold til selve alkoholbehandlingen og i situationer, hvor alkohol har betydning for behandlingen af andre somatiske sygdomme. Alkohol kan for eksempel sløre symptomer ved stroke (25) eller påvirke lægers vurdering af patienters egnethed til behandling ved akut koronart syndrom eller lungekræft – særligt når der er tvivl om patientens evne til at følge behandlingsanvisninger eller tage vare på sig selv efter endt behandling (15). Har en patient først været indlagt med et alkoholproblem, er risikoen for efterfølgende alkoholrelateret genindlæggelse og død desuden væsentligt forhøjet (26).

Disse udfordringer tydeliggør betydningen af tidlig identifikation og intervention af alkoholproblemer – eksempelvis i mødet med praktiserende læge eller ved første hospitalsindlæggelse (27). Ifølge Den Lægefaglige Tænketaank, Atlas, drikker 15-25% af indlagte patienter på tværs af alle specialer mere end de anbefalede grænser fastsat af Sundhedsstyrelsen – og specielt akutafdelingerne, hvor koncentrationen med patienter med stort alkoholforbrug er særlig markant, er blevet fremhævet som et såkaldt *window of opportunity* i forhold til potentialet for at identificere og henvise patienter til alkoholbehandling eller forbyggende alkoholintervention (20).

Ifølge Sundhedsloven har kommunerne ansvaret for alkoholbehandlingen i Danmark (7). Behandlingen foregår primært ambulant i kommunalt regi, mens akutte tilfælde af svære abstinenser varetages på hospitalet (20). Praktiserende læger kan opspore et problematisk alkoholforbrug og kan rådgive patienter med let til moderat forbrug til at opsøge enten offentligt eller privat finansieret behandling. Der foregår

også farmakologisk alkoholbehandling i almen praksis. Alkoholbehandling kan desuden iværksættes i psykiatrien, særligt for patienter med samtidig psykisk sygdom og alkoholproblemer.

Der er identificeret væsentlige udfordringer i alkoholbehandlingen, blandt andet i rapporter fra Atlas, Den Lægefaglige Tænk tank (2022) (20), Alkohol & Samfund (2019) (28) og senest i Kulegravningen af alkoholbehandlingen i Danmark (29). Disse fremhæver for eksempel, at patienter med alkoholproblemer ofte ikke i tilstrækkelig grad identificeres og henvises fra hospitalerne og alment praktiserende læge til kommunernes alkoholbehandlingstilbud. Derudover kritiseres de kommunale tilbud for at være uensartede. De offentlige og private behandlingssteders kompetencer – herunder sundhedsfaglige kompetencer - og tværfaglige samarbejde på tværs af sektorer varierer betydeligt, hvilket betyder, at borgere kan modtage meget forskellige tilbud afhængigt af bopæl og henvisning. Det er udfordringer, der kan bidrage til, at alkoholproblemer kan forblive ubehandlede, følgesproblematikker overses, og at patienterne ikke modtager den nødvendige hjælp.

For nogle patienter optræder alkoholproblemer som en del af en kompleks social situation præget af psykiske lidelser, somatiske sygdomme, hjemløshed eller andre faktorer, hvor alkohol kan fungere som selvmedicinering. Dette øger deres udsathed og risikoen for dårligere behandlingskvalitet og resultater. For andre kan alkoholproblemet være mere skjult, mens symptomerne på anden fysisk sygdom er til stede. I disse tilfælde kan alkoholproblemet overses, hvilket øger risikoen for yderligere forværring af sygdom, med indlæggelse og tidlig død som resultat. Disse forskelligartede udfordringer understreger behovet for differentierede indsatser, som både adresserer alkoholproblemerne og forbedrer behandlingsmulighederne for patienterne. I det nedenstående præsenteres formålet med Ulighedsanalysen for 2025, hvorefter analysens resultater gennemgås.

## 6. Formål

Det overordnede formål med analysen er at skabe viden, der kan styrke beslutningsgrundlaget for at prioritere de sygdomsområder og patientgrupper, som har behov for mere målrettede og differentierede indsatser. Analysen består af tre delstudier omfattende:

1. Et kvantitativt studie, der undersøger ulighed i behandlingsforløbet for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde (KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK)), med henblik på at identificere patientkarakteristika, der er associeret med uønskede udfald i behandlingsforløbet og kan indikere behov for differentierede indsatser. Herunder undersøges ulighed i somatisk behandling for KOL og stroke patienter med alkoholproblemer.
2. Et kvalitativt studie, der med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, undersøger hvilke barrierer i behandlingen, differentierede indsatser bør sigte mod at adressere og hvilke typer af indsatser, der kan være behov for.
3. Et deskriptivt studie, der identificerer eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløbet og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer.

## 7. Resultater af Delstudie 1

I dette afsnit præsenteres resultaterne af Delstudie 1, der har til formål at identificere ulighed i behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde, herunder med fokus på betydningen af faktorer som eksempelvis alkoholproblemer, multisygdom, uddannelsesniveau og indkomst. De udvalgte sygdomme er KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK). Hensigten er at identificere hvilke patientkarakteristika, der er associeret med uønskede udfald i behandlingsforløbet, for at udpege mulige indikatorer for differentierede indsatser. Som mål for behandlingsforløbet undersøges det, hvorvidt patienter med de udvalgte sygdomme modtager diagnostik, behandling og rehabilitering i henhold til gældende kliniske retningslinjer, samt om der er forskel i patienternes kontaktmønstre, sundhedsudgifter og behandlingsudfald. Analyserne er baseret på danske registerdata fra 2014-2022. Afsnittet indledes med en beskrivelse af alle seks populationer. Efterfølgende er der primært fokus på resultaterne for KOL og stroke, som eksempler på to forskelligartede sygdomme og sygdomsforløb. Herunder undersøges særligt ulighed i somatisk behandling for KOL og stroke patienter med alkoholproblemer. Resultaterne for KOL og stroke præsenteres i de to følgende afsnit. Resultaterne for depression, demens, type-2 diabetes og GAK findes i eksternt bilag (tilgængelig på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside). Delkonklusionen præsenterer de overordnede resultater for alle seks populationer.



**Figur 4 – Opsummering af resultater af Delstudie 1**

Med afsæt i registeranalyser er der identificeret **ulighed i behandlingsforløbet** for patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet (GAK). **Delstudie 1** viser markante forskelle i sygdomsforløb og behandlingsudfald baseret på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl blandt patienter med de udvalgte sygdomme med høj sygdomsbyrde. Med særligt fokus på resultaterne for patienter med KOL og stroke ses det at:

### **KOL**

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

Mænd, ældre, enlige, patienter med lav indkomst, pensionister, patienter med alkoholproblem og høj grad af multisygdom oftere har høj sandsynlighed for:

- Mange hospitalskontakter, indlæggelser (herunder særligt akutte indlæggelser) og død.

Kvinder og ældre har oftere høj sandsynlighed for:

- Mange kontakter til primærsektoren og høj samlet behandlingskvalitet.

### **Stroke**

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

Kvinder, ældre, enlige, pensionister, patienter med lav indkomst/uddannelse, høj multisygdom og alkoholproblem har oftere høj sandsynlighed for:

- Mange kontakter til primærsektoren, akutte indlæggelser og død.

Mænd, yngre, samlevende, høj indkomst/uddannelse, i arbejde og bor i Region Hovedstaden har oftere høj sandsynlighed for:

- Mange ambulante hospitalskontakter og ikke-akutte indlæggelser, at vende tilbage til arbejde, at modtage høj samlet behandlingskvalitet, men også specifikt i form af at blive indlagt på en strokeenhed og modtage revaskulariserende behandling.

### **Betydning af alkoholproblem for behandling og sygdomsudfald**

Patienter med KOL eller stroke og alkoholproblemer har generelt oftere højere risiko for:

- Alle uønskede udfald, men særligt: Mange sundhedskontakter, indlæggelser og høje sundhedsudgifter.

For **stroke** ses en association mellem alkoholproblematik og de udvalgte behandlingskvalitetsmål, hvor patienter med alkoholproblemer:

- I mindre grad modtager optimal akut udredning og behandling.
- I højere grad får en plan for genoptræning.

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

## 7.1 Beskrivelse af patientpopulationen

I dette afsnit beskrives karakteristika hos patienter diagnosticeret med (eller med første indløste recept relateret til sygdommen) KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes, eller registreret med GAK i perioden 2014-2022. Karakteristika og størrelsen af patientpopulationerne kan ses i Tabel 2. Den yngste population består af patienter med depression (medianalder 51 år) og den ældste population består af patienter med demens (medianalder 81 år). Den største andel af patienter med lav uddannelse og indkomst findes blandt patienter med demens, hvor langt størstedelen af patienterne også er pensioneret på diagnosetidspunktet. En stor andel af patienterne, der diagnosticeres med KOL (66%) eller har stroke (69%), er også pensionerede. Den største andel af patienter med alkoholproblemer findes blandt patienter, der diagnosticeres med KOL (9%), men andelen er høj i alle populationerne, sammenlignet med 3% i en køn og aldersmatchet population uden de udvalgte sygdomme (denne population er ikke præsenteret i resultaterne). Mange patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller GAK har en høj grad af multisygdom før diagnosetidspunktet/indexdatoen.

**Tabel 2 – Karakteristika hos patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), stroke, depression, demens eller gentagne akutte kontakter (GAK) ved første diagnose i perioden fra 2014-2022. IQR=interkvartilområde n=antal patienter, SD=standardafvigelse**

	KOL	Stroke	Depression	Demens	Diabetes	GAK
<b>Antal patienter</b>	183.224	119.589	324.038	74.031	126.691	327.152
<b>Køn, n (%)</b>						
Kvinde	90.888 (49,6)	54.758 (45,8)	179.296 (55,3)	42.788 (57,8)	58.755 (46,4)	171.611 (52,5)
Mand	92.336 (50,4)	64.831 (54,2)	144.742 (44,7)	31.243 (42,2)	67.936 (53,6)	155.541 (47,5)
<b>Alder, år</b>						
Median (IQR)	69,0 (59,9-76,9)	73,2 (63,2-81,4)	51,1 (31,4-72,8)	81,6 (76,3-86,6)	62,2 (50,8-72,6)	67,3 (41,0-79,1)
<b>Samlivsstatus, n (%)</b>						
Enlig	86.352 (47,1)	55.764 (46,6)	147.984 (45,7)	41.085 (55,5)	51.710 (40,8)	158.202 (48,4)
Samlevende	96.821 (52,9)	63.793 (53,4)	175.688 (54,3)	32.945 (44,5)	74.924 (59,2)	168.790 (51,6)
<b>Indkomst, n (%)</b>						
Lav	80.006 (43,7)	49.490 (41,4)	139.910 (43,2)	38.611 (52,2)	48.208 (38,1)	146.939 (44,9)
Mellem	63.658 (34,8)	40.942 (34,2)	106.997 (33,1)	24.901 (33,6)	43.131 (34,1)	106.165 (32,5)
Høj	39.509 (21,6)	29.125 (24,4)	76.765 (23,7)	10.518 (14,2)	35.295 (27,9)	73.888 (22,6)
<b>Uddannelse, n (%)</b>						
Lav	74.809 (41,9)	45.001 (38,7)	112.082 (35,3)	33.081 (46,1)	44.283 (35,9)	127.862 (40,1)
Mellem	78.505 (44,0)	51.488 (44,3)	142.270 (44,8)	27.419 (38,2)	57.221 (46,3)	131.625 (41,3)
Høj	25.024 (14,0)	19.766 (17,0)	63.116 (19,9)	11.233 (15,7)	21.970 (17,8)	59.155 (18,6)
<b>Beskæftigelse, n (%)</b>						
I arbejde	46.241 (26,9)	26.005 (25,8)	142.968 (45,0)	2.180 (2,9)	49.050 (41,8)	97.613 (31,8)
Arbejdsløs	12.489 (7,3)	4.897 (4,9)	66.841 (21,0)	262 (0,4)	12.922 (11,0)	40.125 (13,1)
Pensioneret	113.145 (65,8)	70.023 (69,4)	107.986 (34,0)	71.584 (96,7)	55.240 (47,1)	169.293 (55,1)
<b>Alkoholproblem, n (%)</b>						
Nej	166.626 (90,9)	111.867 (93,5)	307.215 (94,8)	70.527 (95,3)	119.793 (94,6)	298.130 (91,1)
Ja	16.598 (9,1)	7.722 (6,5)	16.823 (5,2)	3.504 (4,7)	6.898 (5,4)	29.022 (8,9)
<b>Multisygdom, n (%)</b>						
Ingen	34.719 (18,9)	33.967 (28,4)	99.214 (30,6)	12.161 (16,4)	44.101 (34,8)	35.481 (10,8)
Lav	57.942 (31,6)	32.710 (27,4)	105.488 (32,6)	16.232 (21,9)	36.846 (29,1)	70.276 (21,5)
Høj	90.563 (49,4)	52.912 (44,2)	119.336 (36,8)	45.638 (61,6)	45.744 (36,1)	221.395 (67,7)
<b>Kommune, n (%)</b>						
Hovedstad	39.351 (21,5)	29.900 (25,0)	81.125 (25,1)	18.648 (25,2)	31.282 (24,7)	109.349 (33,4)
Storby	19.794 (10,8)	12.187 (10,2)	44.031 (13,6)	8.604 (11,6)	14.411 (11,4)	30.404 (9,3)
Provinsby	43.569 (23,8)	27.115 (22,7)	75.434 (23,3)	17.118 (23,1)	28.360 (22,4)	68.461 (20,9)
Opland	31.634 (17,3)	21.200 (17,7)	50.356 (15,6)	12.116 (16,4)	22.200 (17,5)	49.667 (15,2)

Land	48.825 (26,7)	29.155 (24,4)	72.726 (22,5)	17.544 (23,7)	30.381 (24,0)	69.111 (21,1)
<b>Region, n (%)</b>						
Hovedstaden	48.268 (26,4)	36.212 (30,3)	94.438 (29,2)	22.505 (30,4)	37.524 (29,6)	133.033 (40,7)
Midtjylland	39.119 (21,4)	24.171 (20,2)	78.287 (24,2)	14.423 (19,5)	26.527 (20,9)	52.617 (16,1)
Nordjylland	22.232 (12,1)	12.343 (10,3)	34.940 (10,8)	6.914 (9,3)	12.835 (10,1)	30.485 (9,3)
Sjælland	31.075 (17,0)	21.113 (17,7)	46.526 (14,4)	10.568 (14,3)	20.065 (15,8)	53.286 (16,3)
Syddanmark	42.479 (23,2)	25.718 (21,5)	69.481 (21,5)	19.620 (26,5)	29.683 (23,4)	57.571 (17,6)

I de næste afsnit er der fokus på to populationer: Patienter med KOL og patienter med stroke. Populationerne er udvalgt, da de repræsenterer to meget forskellige sygdomme og forløb.

*KOL* er en kronisk sygdom, der udvikler sig langsomt over flere år med gradvis tab af lungefunktion og forsnævring af luftvejene. I starten har patienterne ofte kun kontakt til deres praktiserende læge, måske uvidende om, hvad der ligger til grund for de tidlige symptomer som hoste og opspyt, der kan forveksles med "tobakshoste". Over tid kan større anstrengelser give åndenød, og der kan opstå akut forværring (eksacerbationer) på grund af infektioner eller forurening. Diagnosen bliver oftest stillet af patientens praktiserende læge ud fra en lungefunktionsmåling (FEV1 - Forceret Ekspiratorisk Volumen i det 1. sekund) samt sygehistorie, eventuelt suppleret med blodprøver, røntgenbilleder eller CT-scanning af lungerne. Lægen igangsætter behandlingen, og patienten går til årskontroller i almen praksis. Ved svær eller ustabil KOL kan patienten blive henvist til hospitalet for yderligere undersøgelse og behandling (30). Behandlingen består primært af inhalationsmedicin, og det anbefales at deltage i KOL-rehabilitering for at forbedre livskvaliteten. Rygestop er den vigtigste "behandling", da det bremser sygdomsudviklingen, og det er med til at sikre mest udbytte af den øvrige behandling. Iltbehandling i hjemmet kan blive nødvendigt ved meget svær KOL (31). Der er en social ulighed i udvikling af KOL, da blandt andet rygning er mere udbredt i socialt udsatte grupper, og rygning er hovedårsagen (ca. 90% af alle tilfælde) til sygdommen (32, 33).

*Stroke* (tidligere også omtalt som apopleksi eller slagtilfælde) er en akut opstået tilstand med blodprop (i ca. 85% af tilfældene) eller blødning (i ca. 15% af tilfældene) i hjernen. Symptomerne kan blandt andet være pludselig nedsat kraft i arm eller ben, usammenhængende eller utydelig tale, halvsidig ansigtslammelse med en hængende mundvig eller skævt smil. Andre symptomer kan være synsvanskeligheder, besvær ved koordinering af bevægelse eller svimmelhed. Symptomerne afhænger af, hvor i hjernen blodproppen eller blødningen er placeret. Ved symptomudbrud er det vigtigt at patienten, pårørende eller eventuelt forbigående kontakter hospitalet - hurtig diagnostik og behandling er afgørende for at igangsætte den rette behandling og sikre de bedste behandlingsresultater. Patienter med mistanke om stroke bliver akut indlagt på et specialiseret strokesengeafsnit. Her bliver de observeret og undersøgt for at finde årsagen til symptomerne. Nogle patienter med milde symptomer eller dem, der allerede er i udredning, kan blive henvist til en stroke-klinik for ambulant vurdering. Behandlingen af blodprop består af trombolyse (medicinsk opløsning af blodpropper), hvis patienten kommer til hospitalet inden for 4,5 time, eller trombektomi (kirurgisk indgreb til fjernelse af blodproppen) såfremt tidsvinduet for trombolyse er overskredet, eller blodproppens størrelse kræver det (tillukning af hjernens større kar). Behandling af blødning omfatter at få blødningen under kontrol og sænke blodtrykket. Hvis patienten tager blodfortyndende medicin (antikoagulationsmedicin), skal der gives medicin til at modvirke dette. Ca. 90% overlever et stroke, og langt de fleste oplever varige følgevirkninger, som eksempelvis halvsidig lammelse, synsudfald, problemer med hukommelse, planlægning og træthed. Udviklingen af stroke har til dels en social slagside, da udviklingen afhænger af flere faktorer, der har en socialt skæv fordeling, såsom rygning, diabetes, fysisk inaktivitet, overvægt og et overforbrug af alkohol (34).

## 7.2 Kronisk obstruktiv lungelidelse – KOL

I det følgende afsnit præsenteres, hvordan de forskellige eksponeringer hænger sammen med udfaldene hos patienter med KOL. SHAP-analyserne viser, hvor meget hver enkelt eksponering, justeret for de andre eksponeringsvariable, bidrager til det forventede udfald. Disse individuelle bidrag er samlet og præsenteret for hele gruppen af patienter for hvert udfald i et "effektplot" (se eksternt bilagsmateriale tilgængelig på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside). I denne analyse ses det, at alle eksponeringsvariable (køn, alder, indkomst, uddannelsesniveau, beskæftigelse, samlivsstatus, alkoholproblemer og multisygdom) spiller en væsentlig rolle for alle udfald, når der justeres for de andre eksponeringer. Omfanget varierer alt efter hvilket udfald, der er tale om.

Nedenfor vises resultaterne fra propensity score-analyserne for patienter, der diagnosticeres med KOL i separate afsnit for hvert udfald. Analyserne estimerer sandsynligheden for, at en patient modtager en bestemt behandling eller opnår et givent udfald baseret på deres observerede karakteristika. Analysen bruges til at sammenligne de 10 % af patienterne med højest og lavest sandsynlighed for hvert udfald. Inklusionsdatoen (indexdatoen) til KOL-populationen er defineret som første registrerede afhentning af KOL-medicin på apoteket eller første diagnose i LPR.

### 7.2.1 Kontakt til primærsektoren

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har højest og lavest sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren (eksempelvis praktiserende læge, speciallæge, fysioterapeut med flere) inden for et år efter indexdatoen. Mange kontakter til primærsektoren kan være tegn på flere forhold for eksempel dårligt reguleret sygdom (ikke kun relateret til KOL), samt at patienten kommer til de planlagte besøg (faste årskontroller og systematik opfølgning). Det kan imidlertid også være udtryk for høj sundhedskompetence, fordi patienten formår at reagere på symptomer og komme til lægen.

Af Tabel 3 ses markante forskelle mellem patienter med højest og lavest sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren på tværs af demografiske og socioøkonomiske faktorer samt tilstedeværelse af multisygdom. Patienter med KOL med den højeste sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren er oftere kvinder, ældre, enlige, har lav indkomst og uddannelse, er pensionerede, har oftere alkoholproblemer og høj multisygdom sammenlignet med patienterne med KOL, der har lavest sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren. Derudover bor patienter med højest sandsynlighed lidt oftere i Region Midtjylland eller Region Syddanmark, og ofte i en storbykommune. Mænd med arbejdsmarkedstilknytning, som er samlevende og har en lav grad af eller ingen multisygdom er i højere grad præsenteret i gruppen med lav sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren.

**Tabel 3 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren et år efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
<b>Antal patienter</b>	16.884	16.884	
<b>Demografi</b>			
<b>Køn, n (%)</b>			
Kvinde	2.094 (12,4)	10.387 (61,5)	+49,1
Mand	14.790 (87,6)	6.497 (38,5)	-49,1
<b>Alder, år</b>			
Median (IQR)	55,5 (48,9; 61,2)	77,6 (68,7; 84,4)	+22,1 år
<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	7.247 (42,9)	10.832 (64,2)	+21,3
Samlevende	9.627 (57,1)	6.052 (35,8)	-21,3

<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	5.181 (30,7)	8.249 (48,9)	+18,2
	Mellem	5.655 (33,5)	6.376 (37,8)	+4,3
	Høj	6.038 (35,8)	2.259 (13,4)	-22,4
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	5.824 (35,5)	8.190 (50,3)	+14,8
	Mellem	8.601 (52,4)	5.831 (35,8)	-16,6
	Høj	2.003 (12,2)	2.262 (13,9)	+4,2
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	12.209 (73,9)	225 (1,6)	-72,3
Arbejdsløs	2.674 (16,2)	182 (1,3)	-14,9	
Pensioneret	1.631 (9,9)	13.610 (97,1)	+87,2	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	16.155 (95,7)	14.862 (88,0)	-7,7
	Ja	729 (4,3)	2.022 (12,0)	+7,7
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	5.513 (32,7)	540 (3,2)	-29,5
	Lav	10.074 (59,7)	26 (0,2)	-59,5
Høj	1.297 (7,7)	16.318 (96,6)	+88,9	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	4.192 (24,8)	3.116 (18,5)	-6,3
	Storby	1.494 (8,9)	2.404 (14,2)	+5,3
	Provinsby	3.769 (22,3)	4.266 (25,3)	+3,0
	Opland	2.863 (17,0)	2.604 (15,4)	-1,6
	Land	4.556 (27,0)	4.494 (26,6)	-0,4
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	4.876 (28,9)	3.826 (22,7)	-6,2
	Midtjylland	3.582 (21,2)	4.327 (25,6)	+4,4
	Nordjylland	2.064 (12,2)	2.219 (13,1)	+0,9
	Sjælland	2.771 (16,4)	2.537 (15,0)	-1,4
	Syddanmark	3.581 (21,2)	3.975 (23,5)	+2,3
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<12,6 (1,4)	>41,7 (5,5)	

## 7.2.2 Ambulante hospitalskontakter

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har højest og lavest sandsynlighed for mange ambulante hospitalskontakter op til et år efter indexdatoen. Mange ambulante kontakter kan eksempelvis være et udtryk for mangelfuld sygdomsbehandling eller komplikationer, som kræver hyppig opfølgning. Det kan også afspejle et behov for tættere monitorering af sygdomsforløb, hvor patienten har brug for regelmæssige behandlinger eller vurdering af sygdommens udvikling.

Af Tabel 4 ses tydelige demografiske, helbreds- og beskæftigelsesmæssige forskelle mellem høj- og lavsandsynlighedsgruppen. Patienter med KOL med høj sandsynlighed for mange ambulante hospitalskontakter er oftere mænd, ældre, enlige, har lav indkomst, men lidt oftere høj uddannelse, pensionerede, har alkoholproblemer og en høj grad af multisygdom sammenlignet med patienter med KOL med den laveste sandsynlighed for ambulante hospitalskontakter. Derudover bor en større andel i Region Hovedstaden - i hovedstadskommuner - eller i Region Syddanmark. Patienter med arbejdsmarkeds-

tilknytning, lav grad af eller ingen multisygdom, og som er bosiddende i Region Midtjylland er i højere grad præsenteret i lavsandsynlighedsgruppen for flere ambulante hospitalskontakter.

**Tablet 4 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for ambulante hospitalskontakter et år efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
<b>Antal patienter</b>	16.884	16.884	
<b>Demografi</b>			
<b>Køn, n (%)</b>			
Kvinde	9.538 (56,5)	7.232 (42,8)	-13,7
Mand	7.346 (43,5)	9.652 (57,2)	+13,7
<b>Alder, år</b>			
Median (IQR)	62,2 (54,8; 70,5)	69,3 (60,0; 75,6)	+7,1 år
<b>Samlevsstatus, n (%)</b>			
Enlig	6.337 (37,5)	7.747 (45,9)	+8,4
Samlevende	10.542 (62,5)	9.136 (54,1)	-8,4
<b>Socioøkonomi</b>			
<b>Indkomst, n (%)</b>			
Lav	5.533 (32,8)	7.195 (42,6)	+9,8
Mellem	6.296 (37,3)	6.223 (36,9)	-0,4
Høj	5.050 (29,9)	3.465 (20,5)	-9,4
<b>Uddannelse, n (%)</b>			
Lav	6.928 (42,0)	6.636 (40,6)	-1,4
Mellem	7.600 (46,0)	7.124 (43,6)	-2,4
Høj	1.976 (12,0)	2.577 (15,8)	+3,8
<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
I arbejde	8.581 (52,1)	2.049 (14,2)	-37,9
Arbejdsløs	754 (4,6)	1.327 (9,2)	+4,6
Pensioneret	7.122 (43,3)	11.102 (76,7)	+33,4
<b>Helbred</b>			
<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
Nej	16.483 (97,6)	14.379 (85,2)	-12,4
Ja	401 (2,4)	2.505 (14,8)	+12,4
<b>Multisygdom, n (%)</b>			
Ingen	5.376 (31,8)	1.386 (8,2)	-23,6
Lav	9.950 (58,9)	186 (1,1)	-57,8
Høj	1.558 (9,2)	15.312 (90,7)	+81,5
<b>Bopæl</b>			
<b>Kommune, n (%)</b>			
Hovedstad	1.367 (8,1)	5.083 (30,1)	+22,0
Storby	2.415 (14,3)	1.631 (9,7)	-4,6
Provinsby	4.598 (27,2)	3.712 (22,0)	-5,2
Opland	3.117 (18,5)	2.593 (15,4)	-3,1
Land	5.382 (31,9)	3.864 (22,9)	-9,0
<b>Region, n (%)</b>			
Hovedstaden	1.665 (9,9)	6.042 (35,8)	+25,9
Midtjylland	6.666 (39,5)	2.254 (13,4)	-26,1
Nordjylland	3.438 (20,4)	1.611 (9,5)	-10,9
Sjælland	2.627 (15,6)	2.626 (15,6)	+0,0

Syddanmark	2.483 (14,7)	4.350 (25,8)	+11,1
Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<1,9 (0,3)	>14,1 (4,6)	

## 7.2.3 Indlæggelser

### Ikke-akutte indlæggelser

Analysen opgør de 10 % af patienterne med KOL, der har højest og lavest sandsynlighed for mange ikke-akutte indlæggelser op til et år efter indexdatoen. Ikke-akutte indlæggelser omfatter både planlagte og ikke-planlagte hospitalsindlæggelser. Et højt antal ikke-akutte indlæggelser kan afspejle sygdomsforværring eller behovet for planlagt behandling som følge af kronisk sygdom. Det kan også indikere utilstrækkelig sygdomskontrol, hvilket kan føre til indlæggelse for at håndtere komplikationer.

Af Tabel 5 ses tydelige demografiske, socioøkonomiske, helbreds- og bopælsmæssige forskelle mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for ikke-akutte indlæggelser. Patienter med KOL med høj sandsynlighed for mange ikke-akutte hospitalsindlæggelser er generelt ældre, mænd, har oftere lav indkomst og høj uddannelse, er oftere pensionerede, har i højere grad alkoholproblemer samt en højere grad af multisygdom sammenlignet med patienter med KOL med en lav sandsynlighed for ikke-akutte hospitalsindlæggelser. Derudover bor de oftere i Region Hovedstaden. Kvinder og patienter med arbejdsmarkedstilknytning, lav eller ingen grad af multisygdom er i højere grad repræsenteret i gruppen med lav sandsynlighed for mange ikke-akutte hospitalsindlæggelser året efter indexdatoen.

**Tabel 5 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for mange ikke-akutte indlæggelser et år efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	16.884	16.884	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	9.970 (59,1)	6.966 (41,3)	-17,8
	Mand	6.914 (41,0)	9.918 (58,7)	+17,7
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	59,1 (50,6; 71,6)	69,2 (61,4; 75,1)	+10,1 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	7.046 (41,7)	7.321 (43,4)	+1,7	
Samlevende	9.835 (58,3)	9.551 (56,6)	-1,7	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	5.899 (34,9)	6.863 (40,7)	+5,8
	Mellem	6.270 (37,1)	5.798 (34,4)	-2,7
	Høj	4.712 (27,9)	4.211 (25,0)	-2,9
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	7.192 (43,7)	6.240 (38,1)	-5,6
	Mellem	7.351 (44,7)	7.094 (43,3)	-1,4
	Høj	1.900 (11,6)	3.045 (18,6)	+7,0
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	8.178 (50,3)	3.245 (21,6)	-28,7
Arbejdsløs	1.795 (11,1)	1.308 (8,7)	-2,4	
Pensioneret	6.271 (38,6)	10.443 (69,6)	+31,0	

<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	16.454 (97,5)	14.400 (85,3)	-12,2
	Ja	430 (2,5)	2.484 (14,7)	+12,2
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	4.419 (26,2)	1.958 (11,6)	-14,6
	Lav	9.194 (54,5)	1.302 (7,7)	-46,8
Høj	3.271 (19,4)	13.624 (80,7)	+61,3	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	2.982 (17,7)	4.708 (27,9)	+10,2
	Storby	1.969 (11,7)	1.857 (11,0)	-0,7
	Provinsby	4.693 (27,8)	3.597 (21,3)	-6,5
	Opland	2.927 (17,3)	2.813 (16,7)	-0,6
	Land	4.310 (25,5)	3.897 (23,1)	-2,4
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	3.376 (20,0)	5.816 (34,5)	+14,5
	Midtjylland	4.361 (25,8)	2.887 (17,1)	-8,7
	Nordjylland	2.363 (14,0)	1.835 (10,9)	-3,1
	Sjælland	2.932 (17,4)	2.330 (13,8)	-3,6
	Syddanmark	3.849 (22,8)	4.004 (23,7)	+0,9
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,04 (0,01)	>0,66 (0,3)	

## Akutte indlæggelser

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har højest og lavest sandsynlighed for mange akutte hospitalsindlæggelser op til et år efter indexdatoen. Mange akutte indlæggelser kan for eksempel være et udtryk for dårligt reguleret sygdom (ikke kun KOL) og lav sundhedskompetence.

Der ses af Tabel 6 markante forskelle på alle parametre mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for mange akutte hospitalsindlæggelser. Patienter med KOL med høj sandsynlighed for akutte indlæggelser er generelt ældre, oftere mænd, enlige, har oftere lav indkomst og uddannelse og pensionerede, har i højere grad alkoholrelaterede udfordringer og høj multisygdom, sammenlignet med patienter med KOL med lav sandsynlighed for akutte indlæggelser. For eksempel er der 24,9 procentpoint flere patienter med KOL og alkoholproblemer, som er i højest sandsynlighed for mange akutte indlæggelser, sammenlignet med gruppen med lavest sandsynlighed. Derudover bor de oftere i Region Hovedstaden. Patienter med tilknytning til arbejdsmarkedet, høj indkomst og sammenboende er i højere grad repræsenteret i lavsandsynlighedsgruppen for mange akutte indlæggelser.

**Tabel 6 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for mange akutte indlæggelser et år efter Indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	16.884	16.884	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	10.304 (61,0)	7.036 (41,7)	-19,3
	Mand	6.580 (39,0)	9.848 (58,3)	+19,3
	<b>Alder, år</b>			
Median (IQR)	57,5 (51,5; 63,0)	73,5 (62,8; 82,3)	+16,0 år	



	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
	Enlig	4.834 (28,6)	10.903 (64,6)	+36,0
	Samlevende	12.046 (71,4)	5.977 (35,4)	-36,0
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	2.296 (13,6)	9.907 (58,7)	+45,1
	Mellem	6.046 (35,8)	5.244 (31,1)	-4,7
	Høj	8.538 (50,6)	1.729 (10,2)	-40,4
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	3.899 (23,5)	8.198 (50,8%)	+27,3
	Mellem	9.349 (56,3)	6.124 (38,0%)	-18,3
	Høj	3.363 (20,2)	1.805 (11,2%)	-9,0
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	12.920 (77,6)	504 (3,6)	-74,0
Arbejdsløs	632 (3,8)	1.083 (7,8)	+4,0	
Pensioneret	3.098 (18,6)	12.311 (88,6)	+70,0	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	16.762 (99,3)	12.555 (74,4)	-24,9
	Ja	122 (0,7)	4.329 (25,6)	+24,9
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	5.424 (32,1)	855 (5,1)	-27,0
	Lav	10.226 (60,6)	36 (0,2)	-60,4
Høj	1.234 (7,3)	15.993 (94,7)	+87,4	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	2.858 (16,9)	4.900 (29,0)	+12,1
	Storby	2.068 (12,3)	1.697 (10,1)	-2,2
	Provinsby	4.568 (27,1)	3.788 (22,4)	-4,7
	Opland	3.185 (18,9)	2.318 (13,7)	-5,2
	Land	4.201 (24,9)	4.177 (24,7)	-0,2
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	3.204 (19,0)	5.856 (34,7)	+15,7
	Midtjylland	4.259 (25,2)	3.154 (18,7)	-6,5
	Nordjylland	1.936 (11,5)	2.051 (12,2)	+0,7
	Sjælland	2.849 (16,9)	2.730 (16,2)	-0,7
	Syddanmark	4.632 (27,4)	3.089 (18,3)	-9,1
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,08 (0,02)	>1,30 (0,38)	

## 7.2.4 Sygedage ved langvarigt sygefravær

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har lavest og højest sandsynlighed for mange sygedage ved langvarigt sygefravær (over to uger) op til et år efter indextatoen. Langvarigt sygefravær kan være et tegn på dårlig sygdomskontrol, forværring af symptomer eller komplikationer, der kræver længere restitution. For patienter med lavere socioøkonomisk status kan det for eksempel skyldes utilstrækkelig adgang til behandling og støtte samt flere komorbiditeter, der gør det sværere at komme sig. På den anden side kan et langvarigt sygefravær også afspejle et intensivt behandlingsforløb, tid til stabilisering, især blandt patienter med bedre ressourcer og adgang til sundhedsydelser og sociale ydelser. Denne

analyse er begrænset til en mere ressourcestærk gruppe af patienter, da den udelukkende omfatter patienter som var i arbejde før indexdatoen for KOL.

Der ses af Tabel 7 markante forskelle for de fleste parametre mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for sygedage ved langvarigt sygefravær. Patienter med KOL med højest sandsynlighed for langvarigt sygefravær er generelt yngre, oftere kvinder, har oftere mellemhøj indkomst og uddannelse, har i lidt højere grad alkoholrelaterede udfordringer og har i højere grad høj multisygdom, sammenlignet med patienter med KOL med den laveste sandsynlighed for langvarigt sygefravær. Derudover bor de, der er i højest sandsynlighed sjældnere i Region Hovedstaden.

**Tabel 7 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for flest syge dage ved langvarigt sygefravær i løbet af et år efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse**

Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskøl (Procentpoint)
<b>Antal patienter</b>	4923	4924	
<b>Demografi</b>			
<b>Køn, n (%)</b>			
Kvinde	1.519 (30,9)	2.766 (56,2)	+25,3
Mand	3.404 (69,1)	2.158 (43,8)	-25,3
<b>Alder, år</b>			
Median (IQR)	66,5 (63,3; 68,2)	55,8 (50,5; 59,4)	-10,7 år
<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	2.227 (45,2)	2.205 (44,8)	-0,4
Samlevende	2.696 (54,8)	2.719 (55,2)	+0,4
<b>Socioøkonomi</b>			
<b>Indkomst, n (%)</b>			
Lav	1.617 (32,8)	936 (19,0)	-13,8
Mellem	1.248 (25,4)	2.409 (48,9)	+23,5
Høj	2.058 (41,8)	1.579 (32,1)	-9,7
<b>Uddannelse, n (%)</b>			
Lav	1.925 (40,0)	1.478 (30,6)	-9,4
Mellem	2.111 (43,9)	2.607 (54,1)	+10,2
Høj	771 (16,0)	738 (15,3)	-0,7
<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
I arbejde	3.628 (73,7)	4.340 (88,1)	+14,4
Arbejdsløs	1.295 (26,3)	584 (11,9)	-14,4
Pensioneret	0 (0,0)	0 (0,0)	+0,0
<b>Helbred</b>			
<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
Nej	4.314 (87,6)	4.145 (84,2)	-3,4
Ja	609 (12,4)	779 (15,8)	+3,4
<b>Multisygdom, n (%)</b>			
Ingen	1.279 (26,0)	956 (19,4)	-6,6
Lav	1.856 (37,7)	988 (20,1)	-17,6
Høj	1.788 (36,3)	2.980 (60,5)	+24,2
<b>Bopæl</b>			
<b>Kommune, n (%)</b>			
Hovedstad	1.342 (27,3)	767 (15,6)	-11,7
Storby	414 (8,4)	547 (11,1)	+2,7
Provinsby	1.104 (22,4)	1.251 (25,4)	+3,0
Opland	855 (17,4)	853 (17,3)	-0,1

Land	1.208 (24,5)	1.506 (30,6)	+6,1
<b>Region, n (%)</b>			
Hovedstaden	1.597 (32,4)	958 (19,5)	-12,9
Midtjylland	953 (19,4)	1.106 (22,5)	+3,1
Nordjylland	560 (11,4)	787 (16,0)	+4,6
Sjælland	859 (17,4)	828 (16,8)	-0,6
Syddanmark	954 (19,4)	1.245 (25,3)	+5,9
Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,02 (0,01)	>0,50 (0,06)	

## 7.2.5 Tilbagevenden til arbejdsmarkedet

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har lavest og højest sandsynlighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet op til seks måneder efter indexdatoen. Analysen omfatter de patienter med KOL, der er ≤70 år og i arbejde før indexdatoen. Sandsynligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet kan afhænge af flere faktorer. For eksempel har patienter med højere indkomst og uddannelse ofte bedre ressourcer og støtte, hvilket kan fremme deres tilbagevenden til arbejde. Omvendt kan patienter med lavere socioøkonomisk status møde større udfordringer såsom multisygdom og manglende social støtte, der hæmmer deres mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Denne analyse er begrænset til en mere ressourcestærk gruppe af patienter, da den udelukkende omfatter patienter som var i arbejde før indexdatoen for KOL.

Der ses af Tabel 8 markante forskelle for alle parametre mellem grupperne. Patienter med KOL med højest sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde er generelt yngre, oftere mænd, har oftere høj indkomst og uddannelse, de er oftere samlevende, har i mindre grad alkoholrelaterede udfordringer og har i mindre grad høj multisygdom, sammenlignet med patienter med KOL med lavest sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde. Derudover bor de, der har højest sandsynlighed, oftere i Region Hovedstaden, og oftere i en hovedstadskommune.

**Tabel 8 – Karakteristik af de patienter med KOL (≤70 år og i arbejde), der har lavest og højest sandsynlighed for at komme tilbage til arbejde seks måneder efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
<b>Antal patienter</b>	2.866	2.866	
<b>Demografi</b>			
<b>Køn, n (%)</b>			
Kvinde	1.224 (42,7)	1.020 (35,6)	-7,1
Mand	1.642 (57,3)	1.846 (64,4)	+7,1
<b>Alder, år</b>			
Median (IQR)	64,1 (60,0; 65,3)	52,9 (48,6; 56,9)	-11,2 år
<b>Samlevsstatus, n (%)</b>			
Enlig	1.246 (43,5)	408 (14,2)	-29,3
Samlevende	1.620 (56,5)	2.458 (85,8)	+29,3
<b>Socioøkonomi</b>			
<b>Indkomst, n (%)</b>			
Lav	592 (20,7)	14 (0,5)	-20,2
Mellem	1.156 (40,3)	307 (10,7)	-29,6
Høj	1.118 (39,0)	2.545 (88,8)	+49,8
<b>Uddannelse, n (%)</b>			
Lav	925 (32,8)	218 (7,7)	-25,1

	Mellem	1.475 (52,2)	1.676 (59,2)	+7,0
	Høj	424 (15,0)	935 (33,1)	+18,1
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	2.866 (100,0)	2.866 (100,0)	+0,0
	Arbejdsløs	0 (0,0)	0 (0,0)	+0,0
	Pensioneret	0 (0,0)	0 (0,0)	+0,0
<b>Hølbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	2.384 (83,2)	2.833 (98,8)	+15,6
	Ja	482 (16,8)	33 (1,2)	-15,6
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	762 (26,6)	1.036 (36,1)	+9,5
	Lav	869 (30,3)	1.605 (56,0)	+25,7
	Høj	1.235 (43,1)	225 (7,9)	-35,2
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	581 (20,3)	959 (33,5)	+13,2
	Storby	261 (9,1)	251 (8,8)	-0,3
	Provinsby	688 (24,0)	764 (26,7)	+2,7
	Opland	513 (17,9)	508 (17,7)	-0,2
	Land	823 (28,7)	384 (13,4)	-15,3
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	735 (25,6)	1.067 (37,2)	+11,6
	Midtjylland	581 (20,3)	679 (23,7)	+3,4
	Nordjylland	371 (12,9)	200 (7,0)	-5,9
	Sjælland	487 (17,0)	451 (15,7)	-1,3
Syddanmark	692 (24,1)	469 (16,4)	-7,7	
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,42 (0,22)	>0,95 (0,01)	

## 7.2.6 Sundhedsudgifter

Analysen opgør de 10 % af patienterne med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at have de højeste sundhedsudgifter, det vil sige det største forbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet. Sundhedsudgifter kan eksempelvis afspejle sygdommens sværhedsgrad, hyppigheden af indlæggelser eller behovet af langvarig behandling og opfølgning. Høje sundhedsudgifter kan være et udtryk for, at patientens symptomer bliver opdaget for sent, eller at patienten ikke modtager den nødvendige behandling eller opfølgning.

Af Tabel 9 ses markante forskelle på flere parametre mellem patienter med højest og lavest sandsynlighed for at have de højeste sundhedsudgifter et år efter indexdatoen. Dem med høj sandsynlighed er oftere mænd, ældre, enlige, har lav indkomst og uddannelse, er pensionerede, har alkoholproblemer og multisygdom sammenlignet med patienter med KOL med lav sandsynlighed for at have højest sundhedsudgifter. Derudover bor de oftere i Region Hovedstaden, og i en hovedstadskommune. Patienter med arbejdstilknytning har i højere grad lav sandsynlighed for høje sundhedsudgifter.

**Tabel 9 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at have de højeste sundhedsudgifter et år efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskæl (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	16.849	16.849	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	9.028 (53,6%)	6.894 (40,9%)	-12,7%
	Mand	7.821 (46,4%)	9.955 (59,1%)	+12,7%
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	53,6 (46,7; 59,4)	72,5 (65,5; 79,1)	+18,9 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	5.585 (33,2%)	8.586 (51,0%)	+17,8%	
Samlevende	11.256 (66,8%)	8.260 (49,0%)	-17,8%	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	3.832 (22,8%)	8.186 (48,6%)	+25,8%
	Mellem	5.880 (34,9%)	5.823 (34,6%)	-0,3%
	Høj	7.129 (42,3%)	2.837 (16,8%)	-25,5%
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	4.794 (29,0%)	7.081 (43,7%)	+14,7%
	Mellem	8.922 (54,0%)	6.863 (42,3%)	-11,7%
	Høj	2.821 (17,1%)	2.270 (14,0%)	-3,1%
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	12.982 (78,4%)	1.220 (8,8%)	-69,6%
Arbejdsløs	2.299 (13,9%)	675 (4,9%)	-9,0%	
Pensioneret	1.276 (7,7%)	11.986 (86,3%)	+78,6%	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	16.469 (97,7%)	13.885 (82,4%)	-15,3%
	Ja	380 (2,3%)	2.964 (17,6%)	+15,3%
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	5.697 (33,8%)	942 (5,6%)	-28,2%
	Lav	10.366 (61,5%)	63 (0,4%)	-61,1%
Høj	786 (4,7%)	15.844 (94,0%)	+89,3%	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	2.968 (17,6%)	4.830 (28,7%)	+11,1%
	Storby	2.215 (13,2%)	1.697 (10,1%)	-3,1%
	Provinsby	4.232 (25,1%)	3.637 (21,6%)	-3,5%
	Opland	2.863 (17,0%)	2.548 (15,1%)	-1,9%
	Land	4.563 (27,1%)	4.134 (24,5%)	-2,6%
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	3.350 (19,9%)	5.766 (34,2%)	+14,3%
	Midtjylland	4.110 (24,4%)	2.991 (17,8%)	-6,6%
	Nordjylland	2.253 (13,4%)	1.919 (11,4%)	-2,0%
	Sjælland	2.852 (16,9%)	2.588 (15,4%)	-1,5%
	Syddanmark	4.276 (25,4%)	3.582 (21,3%)	-4,1%
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, danske kroner (SD)	<27.100 (3.560)	>165.000 (37.300)	

## 7.2.7 Behandlingskvalitet

### Samlet behandlingskvalitet

Af Tabel 10 ses forskelle på flere parametre mellem de 10 % af patienterne med KOL, der har højest og lavest sandsynlighed for få den højeste, samlede behandlingskvalitet baseret på et kompositmål for kvalitetsindikatorerne fra kvalitetsdatabasen DrKOL. Ifølge kvalitetsindikatorerne for KOL-behandling, kan lavere behandlingskvalitet eksempelvis dække over, at patienten ikke får foretaget lungefunktions-test, tjekket inhalationsteknik og ikke bliver spurgt ind til rygestatus, når de er til kontrol på hospitalet, har dårlig adhærens, genindlæggelser eller dør inden for 30 dage efter en indlæggelse grundet akutte exacerbationer. De inkluderede kvalitetsindikatorer fra DrKOL findes i Bilag (afsnit 12.1) og dækker over en kombination af behandling, der udføres på hospitalet, og almen praksis (fra 2020).

Resultaterne viser, at de patienter, der har højest sandsynlighed for at få høj behandlingskvalitet, er kvinder, lidt ældre, har lav indkomst og uddannelse, er pensionerede, og har i højere grad multisygdom - sammenlignet med patienter med KOL med lav sandsynlighed for at modtage den højeste behandlingskvalitet. Derudover bor de lidt oftere i Region Midtjylland eller Sjælland, i en provinsby. Der ses kun små forskelle for samlivsstatus og alkoholproblemer imellem de to grupper.

Det er værd at bemærke, at middelgrænseværdien for dem med 10% lavest sandsynlighed for høj behandlingskvalitet er relativt høj (0,58). Dette skyldes, at en overordnet høj andel af patienterne får opfyldt de fleste af de inkluderede indikatorer (herunder de to som undersøges nærmere nedenfor). Der er altså ikke særlig stor forskel på behandlingskvaliteten i DrKOL for KOL-patienterne, selv når man sammenligner de to yderligheder.

**Tabel 10 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at opnå den bedste behandlingskvalitet (højest opfyldelse af kvalitetsindikatorer) i KOL-behandlingen. Analysen omfatter den subpopulation af patienter med KOL, som er registreret i DrKOL i studieperioden. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	5.452	5.452	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	2.435 (44,7)	2.823 (51,8)	+7,1
	Mand	3.017 (55,3)	2.629 (48,2)	-7,1
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	66,6 (57,4; 75,2)	71,1 (63,7; 79,0)	+4,5 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	2.473 (45,4)	2.599 (47,7)	+2,3	
Samlevende	2.974 (54,6)	2.850 (52,3)	-2,3	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	1.971 (36,2)	2.713 (49,8)	+13,6
	Mellem	1.712 (31,4)	2.108 (38,7)	+7,3
	Høj	1.764 (32,4)	628 (11,5)	-20,9
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	1.813 (34,2)	2.711 (51,1)	+16,9
	Mellem	2.443 (46,0)	2.175 (41,0)	-5,0
	Høj	1.051 (19,8)	416 (7,8)	-12,0
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	1.740 (33,8)	662 (13,6)	-20,2
Arbejdsløs	498 (9,7)	235 (4,8)	-4,9	
Pensioneret	2.913 (56,6)	3.969 (81,6)	+25,0	

<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	4.874 (89,4)	4.937 (90,6)	+1,2
	Ja	578 (10,6)	515 (9,4)	-1,2
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	1.305 (23,9)	641 (11,8)	-12,1
	Lav	2.007 (36,8)	1.455 (26,7)	-10,1
Høj	2.140 (39,3)	3.356 (61,6)	+22,3	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	1.278 (23,5)	999 (18,3)	-5,2
	Storby	934 (17,1)	271 (5,0)	-12,1
	Provinsby	1.029 (18,9)	1.824 (33,5)	+14,6
	Opland	827 (15,2)	1.058 (19,4)	+4,2
	Land	1.379 (25,3)	1.297 (23,8)	-1,5
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	1.418 (26,0)	1.352 (24,8)	-1,2
	Midtjylland	836 (15,3)	1.329 (24,4)	+9,1
	Nordjylland	1.165 (21,4)	335 (6,1)	-15,3
	Sjælland	1.003 (18,4)	1.356 (24,9)	+6,5
Syddanmark	1.025 (18,8)	1.077 (19,8)	+1,0	
Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, sandsynlighed (SD)		<0,58 (0,04)	>0,84 (0,02)	

## Udvalgte kvalitetsindikatorer

For at få en mere dybdegående forståelse af behandlingsforløbet, er der udvalgt to kvalitetsindikatorer fra kvalitetsdatabasen DrKOL. Indikatorerne udtrykker kvalitet i behandlingen på to forskellige parametre.

Den første kvalitetsindikator "Andel af ambulante patienter med KOL, som har fået målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang om året" angiver om der, for de patienter der kommer til kontroller på hospitalet, bliver holdt øje med udviklingen af KOL og i hvor høj grad behandlingen virker. Målingen giver også en indikation af, om patienten tager sin medicin og i så fald, om den bliver taget korrekt.

Der ses af Tabel 11 forskelle på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl mellem de 10 % af ambulante patienter med KOL, der har højest og lavest sandsynlighed for at få målt og registreret FEV1 og FVC mindst en gang om året. Resultaterne viser, at de patienter, der har højest sandsynlighed for at få lungefunktionstest, oftere er mænd, lidt yngre, er samlevende har mellem indkomst og uddannelse, er i arbejde, og har i mindre grad alkoholproblemer og høj multisygdom - sammenlignet med patienter med KOL med lav sandsynlighed for at få lungefunktionstest. Derudover bor de oftere i Region Midtjylland og i en provinsby.

Det er værd at bemærke, at middelgrænseværdien for dem med 10 % lavest sandsynlighed for høj behandlingskvalitet er relativt høj (0,5). Dette skyldes en overordnet høj andel af alle KOL-patienterne får lungefunktionstest.

Tabel 11 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at have fået målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang i løbet af det første år efter indexdatoen. Analysen omfatter den subpopulation af patienter med KOL, som er registreret i DrKOL i studieperioden. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
<b>Demografi</b>	<b>Antal patienter</b>	2.678	2.678	
	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	1.429 (53,4%)	1.287 (48,1%)	-5,3%
	Mand	1.249 (46,6%)	1.391 (51,9%)	+5,3%
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	70,1 (58,3; 80,0)	67,8 (61,2; 73,8)	-2,3 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
	Enlig	1.558 (58,2%)	1.138 (42,5%)	-15,7%
Samlevende	1.118 (41,8%)	1.540 (57,5%)	+15,7%	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	1.282 (47,9%)	997 (37,2%)	-10,7%
	Mellem	842 (31,5%)	1.066 (39,8%)	+8,3%
	Høj	552 (20,6%)	615 (23,0%)	+2,4%
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	1.214 (47,0%)	925 (35,3%)	-11,7%
	Mellem	1.018 (39,4%)	1.369 (52,2%)	+12,8%
	Høj	352 (13,6%)	329 (12,5%)	-1,1%
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	523 (21,7%)	757 (30,1%)	+8,4%
Arbejdsløs	262 (10,9%)	146 (5,8%)	-5,1%	
Pensioneret	1.620 (67,4%)	1.613 (64,1%)	-3,3%	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	2.411 (90,0%)	2.553 (95,3%)	+5,3%
	Ja	267 (10,0%)	125 (4,7%)	-5,3%
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	426 (15,9%)	443 (16,5%)	+0,6%
	Lav	467 (17,4%)	1.136 (42,4%)	+25,0%
Høj	1.785 (66,7%)	1.099 (41,0%)	-25,7%	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	1.566 (58,5%)	544 (20,3%)	-38,2%
	Storby	366 (13,7%)	436 (16,3%)	+2,6%
	Provinsby	191 (7,1%)	926 (34,6%)	+27,5%
	Opland	182 (6,8%)	444 (16,6%)	+9,8%
	Land	371 (13,9%)	328 (12,2%)	-1,7%
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	1.587 (59,3%)	798 (29,8%)	-29,5%
	Midtjylland	80 (3,0%)	1.353 (50,5%)	+47,5%
	Nordjylland	496 (18,5%)	<5	-
	Sjælland	252 (9,4%)	<5	-
	Syddanmark	261 (9,8%)	395 (14,7%)	+4,9%
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,5 (0,06)	>0,9 (0,03)	



Den anden udvalgte kvalitetsindikator er "Andel af ambulante patienter med KOL behandlet med inhalationsmedicin, som har fået tjekket inhalationsteknik mindst én gang om året".

Der ses af Tabel 12 forskelle på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl parametre mellem de 10 % af ambulante patienter med KOL, der har højest og lavest sandsynlighed for få at få tjekket inhalationsteknik mindst én gang om året. Resultaterne viser, at de patienter, der har højest sandsynlighed for at få tjekket inhalationsteknik, lidt oftere er mænd, lidt ældre, er samlevende har mellem indkomst og uddannelse, er pensionerede, og har i mindre grad alkoholproblemer og høj multisygdom sammenlignet med patienter med KOL med lav sandsynlighed for at få tjekket inhalationsteknik. Derudover bor de oftere i Region Midtjylland, i en provinsby eller opland.

Bemærk, at middelgrænseværdien for dem med 10 % lavest sandsynlighed for høj behandlingskvalitet er relativt høj (0,6). Dette skyldes en generel høj andel af KOL-patienterne får tjekket inhalationsteknik.

**Tabel 12 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at få tjekket inhalationsteknik indenfor det første år efter indexdatoen. Analysen omfatter den subpopulation af patienter med KOL, som er registreret i DrKOL i studieperioden. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n= antal patienter, SD= standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	2.320	2.320	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	1.177 (50,7%)	1.136 (49,0%)	-1,7%
	Mand	1.143 (49,3%)	1.184 (51,0%)	+1,7%
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	66,4 (54,4; 75,6)	70,6 (64,7; 75,6)	+4,2 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	1.266 (54,6%)	1.045 (45,0%)	-9,6%	
Samlevende	1.054 (45,4%)	1.275 (55,0%)	+9,6%	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	988 (42,6%)	1.072 (46,2%)	+3,6%
	Mellem	715 (30,8%)	926 (39,9%)	+9,1%
	Høj	617 (26,6%)	322 (13,9%)	-12,7%
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	1.012 (44,8%)	973 (42,8%)	-2,0%
	Mellem	881 (39,0%)	1.100 (48,4%)	+9,4%
	Høj	366 (16,2%)	200 (8,8%)	-7,4%
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	647 (30,5%)	400 (18,6%)	-11,9%
Arbejdsløs	231 (10,9%)	95 (4,4%)	-6,5%	
Pensioneret	1.240 (58,5%)	1.650 (76,9%)	+18,4%	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	2.085 (89,9%)	2.225 (95,9%)	+6,0%
	Ja	235 (10,1%)	95 (4,1%)	-6,0%
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	400 (17,2%)	333 (14,4%)	-2,8%
	Lav	587 (25,3%)	879 (37,9%)	+12,6%
Høj	1.333 (57,5%)	1.108 (47,8%)	-9,7%	

Bopæl	Kommune, n (%)		
	Hovedstad	876 (37,8%)	201 (8,7%)
Storby	417 (18,0%)	284 (12,2%)	-5,8%
Provinsby	281 (12,1%)	942 (40,6%)	+28,5%
Opland	224 (9,7%)	556 (24,0%)	+14,3%
Land	522 (22,5%)	337 (14,5%)	-8,0%
Region, n (%)			
Hovedstaden	890 (38,4%)	524 (22,6%)	-15,8%
Midtjylland	86 (3,7%)	1.375 (59,3%)	+55,6%
Nordjylland	461 (19,9%)	28 (1,2%)	-18,7%
Sjælland	383 (16,5%)	169 (7,3%)	-9,2%
Syddanmark	500 (21,6%)	224 (9,7%)	-11,9%
Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,6 (0,1)	>0,9 (0,03)	

## 7.2.8 Død

Analysen opgør de 10 % af patienterne med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at dø indenfor et år efter indexdatoen. Høj sandsynlighed for død kan være en indikator for eksempelvis svær sygdom, muligvis relateret til for eksempel sen diagnostik og behandling, usund livsstil eller et begrænset socialt netværk, men kan også indikere utilstrækkelig behandling.

Der ses af Tabel 13 markante forskelle på alle parametre mellem de 10 % af patienterne med KOL med højest og lavest sandsynlighed for at dø indenfor et år efter indexdatoen. Patienterne med højest sandsynlighed er oftere mænd, ældre, enlige, har lav indkomst og uddannelse, er pensionerede, har alkoholproblemer og multisygdom sammenlignet med patienter med KOL med lavest sandsynlighed for at dø. Derudover bor de, der er i højest sandsynlighed, lidt oftere i Region Nordjylland og i en landkommune.

**Tabel 13 – Karakteristik af de patienter med KOL, der har lavest og højest sandsynlighed for at dø et år efter indexdatoen. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	16.884	16.884	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	9.972 (59,1)	7.868 (46,6)	-12,5
	Mand	6.912 (40,9)	9.016 (53,4)	+12,5
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	51,5 (44,6; 57,3)	82,9 (75,0; 88,6)	+31,4 år
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Samlevsstatus, n (%)</b>			
	Enlig	4.523 (26,8)	11.226 (66,5)	+39,7
	Samlevende	12.357 (73,2)	5.657 (33,5)	-39,7
	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	3.033 (18,0)	10.150 (60,1)	+42,1
Mellem	5.812 (34,4)	5.029 (29,8)	-4,6	
Høj	8.035 (47,6)	1.704 (10,1)	-37,5	
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
Lav	3.906 (23,5)	8.594 (53,6)	+30,1	

	Mellem	9.369 (56,4)	5.794 (36,2)	-20,2
	Høj	3.327 (20,0)	1.634 (10,2)	-9,8
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	13.827 (83,6)	476 (3,5)	-80,1
	Arbejdsløs	2.322 (14,0)	172 (1,3)	-12,7
	Pensioneret	385 (2,3)	13.084 (95,3)	+93,0
<b>Hælbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	16.683 (98,8)	15.107 (89,5)	-9,3
	Ja	201 (1,2)	1.777 (10,5)	+9,3
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	4.531 (26,8)	726 (4,3)	-22,5
	Lav	9.652 (57,2)	172 (1,0)	-56,2
	Høj	2.701 (16,0)	15.986 (94,7)	+78,7
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	3.674 (21,8)	3.791 (22,5)	+0,7
	Storby	1.820 (10,8)	1.937 (11,5)	+0,7
	Provinsby	4.763 (28,2)	3.593 (21,3)	-6,9
	Opland	3.073 (18,2)	2.580 (15,3)	-2,9
	Land	3.550 (21,0)	4.982 (29,5)	+8,5
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	4.337 (25,7)	4.535 (26,9)	+1,2
	Midtjylland	3.964 (23,5)	3.408 (20,2)	-3,3
	Nordjylland	1.723 (10,2)	2.446 (14,5)	+4,3
	Sjælland	2.869 (17,0)	2.774 (16,4)	-0,6
Syddanmark	3.987 (23,6)	3.720 (22,0)	-1,6	
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, sandsynlighed (SD)	<0,002 (<0,01)	>0,41 (0,10)	

## 7.2.9 Alkoholproblemer og behandlingskvalitet

Ovenstående analyser har set på sandsynligheden for, at en patient modtager en bestemt behandling eller opnår et givent udfald baseret på alle deres observerede karakteristika, som udtryk for ulighed i behandlingen af patienter med KOL.

Analysen i Tabel 14 undersøger associationen imellem at have (LPR eller receptbaserede) alkoholproblemer før KOL-diagnosen (indexdatoen) og at modtage den bedste behandlingskvalitet (registreret i DrKOL). I analysen er behandlingskvalitet defineret som registreret måling af lungefunktionstest (FEV1 og FVC) samt inhalationsteknik mindst én gang i året efter indexdatoen.

Analysen finder ingen sammenhæng mellem alkoholproblemer og de udvalgte mål for behandlingskvalitet blandt patienter med KOL.

**Tabel 14 – Den relative risiko for, at patienter med KOL og alkoholproblem modtager diagnostik og behandling, sammenlignet med patienter med KOL uden kendt alkoholproblem. Resultaterne er baseret på en ujusteret og justeret (alder, år og region) regressionsanalyse. Analysen omfatter den subpopulation af patienter med KOL, som er registreret i DrKOL for de enkelte indikatorer i studieperioden, og deres behandling et år efter indexdatoen.**

Behandlingskvalitet	Antal patienter	Relativ Risiko (ujusteret)	Relativ Risiko (justeret)
Lungefunktionstest*	27.396	0.989 (0.965; 1.014)	0.986 (0.962; 1.011)
Inhalationsteknik**	23.726	0.994 (0.968; 1.020)	1.000 (0.974; 1.027)

\*Andel af ambulante patienter med KOL, som har fået målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang året efter indexdatoen.

\*\*Andel af ambulante patienter med KOL behandlet med inhalationsmedicin, som har fået tjekket inhalationsteknik mindst én gang året efter indexdatoen.

## 7.2.10 Opsummering af resultater vedrørende KOL

Resultaterne viser **stor kønsrelateret ulighed** i brug af sundhedsydelse og konsekvenser for patienter med KOL. Overordnet ses det, at mænd oftere er i højere risiko for uønskede udfald: **Mænd** er, set i forhold til kvinder, oftere i højere sandsynlighed for mange kontakter til hospitalet (alle typer), højere sundhedsudgifter og død. **Kvinder** er derimod oftere i større sandsynlighed for mange kontakter til egen læge og mange sygedage. Mænd har dog også oftere højere sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde efter diagnosen. Der ses ligeledes kønsforskel på den behandlingskvalitet, patienterne modtager, hvor mænd oftere modtager lavere behandlingskvalitet sammenlignet med kvinder. Fundene kan indikere, at mænd og kvinder ikke alene påvirkes forskelligt af KOL men også interagerer med sundhedsvæsenet på forskellige måder og omvendt. Dette peger desuden på, at det kan være relevant at have en opmærksomhed på, hvordan kliniske indsatser, opfølgning og rehabilitering kan tilrettelægges efter køn for at optimere behandlingskvalitet og støttefunktioner.

**Ældre** patienter med KOL er generelt overrepræsenteret i høj-sandsynlighedsgrupperne for kontakter til primærsektoren, ambulante hospitalskontakter og akutte og ikke-akutte indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død. **Yngre** patienter med KOL er oftere i høj sandsynlighed for langvarigt sygefravær, men har også oftere høj sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde. Disse aldersrelaterede forskelle i KOL-forløbet kan pege på, at sygdommens betydning og håndtering varierer markant på tværs af livsfaser. For ældre patienter synes KOL at være tættere forbundet med komplekse sygdomsforløb og et mere omfattende behov for sundhedsydelse, hvilket understreger vigtigheden af integrerede og helhedsorienterede behandlingsstrategier. Det er dog vigtigt at understrege, at en af forskellene i udfald, herunder både brug af sundhedsydelse, sundhedsudgifter og død formentlig kan forklares af deres association til alder, også i den generelle befolkning.

**Enlige** patienter med KOL har oftere mange sundhedskontakter, indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død sammenlignet med samlevende patienter med KOL. Resultaterne viser også, at **samlevende** patienter oftere har større sandsynlighed for at få målt lungefunktion og tjekket inhalationsteknik samt at vende tilbage til arbejde. Forskellene mellem enlige og samlevende patienter med KOL indikerer, at sociale relationer og støtte har væsentlig betydning for sygdomsforløb, patienters samlede belastning og arbejdsmarkedstilknudning, og derved vigtigheden af at inddrage sociale forhold i planlægningen af støtte- og behandlingsindsatser for patienter med KOL.

**Lav indkomst** er forbundet med, at patienten oftere er i høj sandsynlighed for alle de undersøgte udfald, undtagen for mange sygedage og tilbagevenden til arbejde udfald. Patienter med KOL og **lav uddannelse** ses ofte i høj-sandsynlighedsgrupperne, dog med undtagelser, hvor patienter med høj uddannelse i højere grad er repræsenteret i høj-sandsynlighedsgruppen for ambulante kontakter og ikke-akutte indlæggelser. Patienter med **tilknytning til arbejdsmarkedet** er generelt overrepræsenterede i grupperne med lav sandsynlighed for sundhedskontakter, indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død. De socioøkonomiske mønstre viser, at indkomst, uddannelse og arbejdsmarkedstilknudning hver især har væsentlig betydning for forløbet af KOL. Samlet understreger dette behovet for en øget opmærksomhed på den socioøkonomiske slagside forbundet med både sygdomsforløb og udfald.

**Alkoholproblem** er i højere grad præsenteret blandt patienter med høj sandsynlighed for mange sundhedskontakter, indlæggelser og død. Alkoholproblemer ses i mindre grad blandt patienter med større sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde. Der ses ingen association mellem alkoholproblemer og de udvalgte mål for behandlingskvalitet (at få målt FEV1 og FVC eller at få tjekket inhalationsteknik). Samlet peger mønstrene på, at alkoholproblemer i høj grad hænger sammen med et mere belastet sygdomsforløb, mens de ikke ser ud til at påvirke den formelle behandlingskvalitet.

En høj grad af **multisygdom** ses oftere blandt patienter med høj sandsynlighed for mange sundhedskontakter, indlæggelser, sundhedsudgifter og død. En lav grad af eller ingen multisygdom forekommer oftere blandt patienter med KOL med større sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde. Der ses altså en, ikke overraskende, sammenhæng, hvor de patienter, med større grad af multisygdom registreret før indxdatoen for KOL, også bruger flere sundhedsydelse og er i højere risiko for at dø indenfor året efter. Multisygdom fremstår dermed som en central faktor i variationen af KOL-forløbet og afspejler et øget samlet sygdomspress hos de mest belastede patienter. Graden af multisygdom er derfor relevant at være opmærksom på i planlægningen af KOL-behandlingen.

Sandsynligheden for de forskellige udfald varierer på tværs af **bopæl**, hvor patienter med KOL og høj sandsynlighed for indlæggelser og høje sundhedsudgifter oftere bor Region Hovedstaden og i hovedstadskommuner. Patienter med høj sandsynlighed for høj behandlingskvalitet er oftere bosat i Region Midtjylland og Region Sjælland og i provinsbyer. Det er uvist, hvor stor en del af disse variationer skyldes variation i registreringspraksis, populationssammensætning, behandlingstilbud, adgang og kvalitet på tværs af landet. Men disse geografiske forskelle har en markant størrelse, som understreger behovet for nærmere undersøgelser af, hvad disse variationer skyldes, og hvordan de kan reduceres.

## 7.3 Stroke

I det følgende afsnit præsenteres, hvordan faktorer som køn, alder, samlivsstatus, indkomst, uddannelsesniveau, beskæftigelse, alkoholproblemer, multisygdom og bopæl kan have betydning for sygdoms-udfald hos patienter med stroke. SHAP-analyserne viser, hvor meget hver enkelt eksponeringsvariabel - justeret for de andre variable - bidrager til det forventede udfald. Disse individuelle bidrag er samlet og præsenteret for hele gruppen af patienter for hvert udfald i "effektplot" (findes i eksternt bilag på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside). I denne analyse ses det, at alle eksponeringsvariable spiller en væsentlig rolle for udfaldene, når der justeres for de andre eksponeringsvariable. Omfanget varierer alt efter hvilket udfald, der er tale om. Bopæl og indexår (diagnoseår) spiller også en relevant rolle for flere udfald. Nedenfor vises resultaterne fra propensity-score analyserne for patienter med stroke i separate afsnit for hvert udfald.

### 7.3.1 Kontakt til primærsektoren

Analysen opgør de 10 % af patienterne med stroke, der har højest og lavest sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren (for eksempel praktiserende læge, speciallæge, fysioterapeut med flere) inden for et år efter stroke. Mange kontakter til primærsektoren kan eksempelvis være tegn på langvarig rehabilitering, opfølgning af komplikationer eller håndtering af følgevirkninger såsom fysisk eller psykisk genoptræning.

Af Tabel 15 ses markante forskelle mellem høj- og lavsandsynlighedsgruppen på tværs af demografiske og socioøkonomiske faktorer samt multisygdom. Kvinder, ældre, enlige, patienter med lav indkomst, lav uddannelse, pensionerede, patienter med alkoholproblemer og en høj grad af multisygdom har oftere en høj sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren. Derudover er der oftere høj sandsynlighed for, at de bor i Region Midtjylland eller Region Syddanmark, og ofte i en storbykommune eller provinsby. Mænd, samlevende, patienter med arbejdsmarkedstilknytning og med lav grad af eller ingen multisygdom er oftere i lav sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren.

**Tabel 15 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	11.959	11.959	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	963 (8,1)	8.031 (67,2)	+59,1
	Mand	10.996 (91,9)	3.928 (32,8)	-59,1
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	56,2 (48,5; 62,7)	81,1 (73,5; 86,8)	+24,9 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	4.251 (35,6)	7.465 (62,4)	+26,8	
Samlevende	7.703 (64,4)	4.493 (37,6)	-26,8	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	2.920 (24,4)	5.543 (46,4)	+22,0
	Mellem	3.513 (29,4)	4.542 (38,0)	+8,6
	Høj	5.521 (46,2)	1.873 (15,7)	-30,5
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	2.773 (23,6)	5.301 (46,1)	+22,5
	Mellem	6.525 (55,6)	4.138 (36,0)	-19,6
Høj	2.444 (20,8)	2.064 (17,9)	-2,9	

	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>				
	I arbejde	8.149 (74,9)	178 (1,9)	-73,0	
	Arbejdsløs	1.481 (13,6)	36 (0,4)	-13,2	
	Pensioneret	1.245 (11,4)	9.010 (97,7)	+86,3	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>				
	Nej	11.466 (95,9)	10.781 (90,1)	-5,8	
	Ja	493 (4,1)	1.178 (9,9)	+5,8	
	<b>Multisygdom, n (%)</b>				
	Ingen	6.649 (55,6)	963 (8,1)	-47,5	
	Lav	4.620 (38,6)	134 (1,1)	-37,5	
	Høj	690 (5,8)	10.862 (90,8)	+85,0	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>				
	Hovedstad	3.916 (32,8)	2.475 (20,7)	-12,1	
	Storby	709 (5,9)	1.979 (16,5)	+10,6	
	Provinsby	2.450 (20,5)	3.264 (27,3)	+6,8	
	Opland	2.160 (18,1)	1.855 (15,5)	-2,6	
	Land	2.719 (22,7)	2.385 (19,9)	-2,8	
	<b>Region, n (%)</b>				
	Hovedstaden	4.541 (38,0)	3.161 (26,4)	-11,6	
	Midtjylland	2.052 (17,2)	3.136 (26,2)	+9,0	
	Nordjylland	1.121 (9,4)	959 (8,0)	-1,4	
	Sjælland	1.996 (16,7)	1.870 (15,6)	-1,1	
	Syddanmark	2.244 (18,8)	2.832 (23,7)	+4,9	
		Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<17,5 (1,86)	>44,6 (4,11)	

### 7.3.2 Ambulante hospitalskontakter

Analysen opgør de 10 % af patienterne med stroke, der har højest og lavest sandsynlighed for mange ambulante hospitalskontakter op til et år efter diagnosen. Hyppige ambulante hospitalskontakter kan indikere et behov for regelmæssig opfølgning, genoptræning eller behandling af komplikationer og følgevirkninger efter stroke. Omvendt kan det afspejle et højere niveau af sundhedskompetence, hvor de proaktivt opsøger behandling og rådgivning for at håndtere symptomer og minimere risikoen for yderligere komplikationer.

Af Tabel 16 ses tydelige demografiske, socioøkonomiske, helbreds- og beskæftigelsesmæssige forskelle mellem patienter i høj- og lavsandsynlighedsgruppen. Patienter med stroke med høj sandsynlighed for ambulante hospitalskontakter er oftere mænd, yngre, har oftere høj indkomst og høj uddannelse, er oftere samlevende, i arbejde, har alkoholproblemer og høj multisygdom sammenlignet med patienter med stroke med lav sandsynlighed for ambulante hospitalskontakter. Derudover bor dem, der har høj sandsynlighed, oftere i Region Hovedstaden, i hovedstadskommuner eller i Region Syddanmark, og sjældnere i landkommuner eller oplandskommuner og i Region Midtjylland, Nordjylland, eller Sjælland.

**Tabel 16 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for mange ambulante hospitalet kontakter et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	11.959	11.959	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	7.527 (62,9)	4.879 (40,8)	-22,1
	Mand	4.432 (37,1)	7.080 (59,2)	+22,1
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	83,6 (72,7; 90,4)	68,8 (58,2; 75,5)	-14,8 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	7.960 (66,6)	5.094 (42,6)	-24,0	
Samlevende	3.999 (33,4)	6.861 (57,4)	+24,0	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	7.030 (58,8)	4.570 (38,2)	-20,6
	Mellem	3.481 (29,1)	4.113 (34,4)	+5,3
	Høj	1.448 (12,1)	3.272 (27,4)	+15,3
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	6.205 (55,7)	4.082 (35,1)	-20,6
	Mellem	3.903 (35,0)	5.205 (44,7)	+9,7
	Høj	1.038 (9,3)	2.345 (20,2)	+10,9
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	1.263 (12,5)	2.377 (25,0)	+12,5
Arbejdsløs	107 (1,1)	846 (8,9)	+7,8	
Pensioneret	8.754 (86,5)	6.286 (66,1)	-20,4	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	11.782 (98,5)	10.306 (86,2)	-12,3
	Ja	177 (1,5)	1.653 (13,8)	+12,3
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	3.492 (29,2)	2.044 (17,1)	-12,1
	Lav	4.396 (36,8)	425 (3,6)	-33,2
Høj	4.071 (34,0)	9.490 (79,4)	+45,5	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	1.112 (9,3)	4.482 (37,5)	+28,2
	Storby	1.115 (9,3)	1.124 (9,4)	+0,1
	Provinsby	2.923 (24,4)	2.487 (20,8)	-3,6
	Opland	2.550 (21,3)	1.714 (14,3)	-7,0
	Land	4.259 (35,6)	2.148 (18,0)	-17,6
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	1.877 (15,7)	5.274 (44,1)	+28,4
	Midtjylland	3.144 (26,3)	1.462 (12,2)	-14,1
	Nordjylland	2.553 (21,3)	598 (5,0)	-16,3
	Sjælland	3.189 (26,7)	1.532 (12,8)	-13,9
	Syddanmark	1.196 (10,0)	3.089 (25,8)	+15,8
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<3,1 (0,53)	>16,0 (4,70)	



### 7.3.3 Indlæggelser

#### Ikke-akutte indlæggelser

Analysen opgør de 10 % af patienterne med stroke, der har højest og lavest sandsynlighed for mange ikke-akutte indlæggelser op til et år efter diagnosen. Disse indlæggelser kan være relateret til både planlagte behandlinger, eksempelvis genoptræning eller opfølgning på komplikationer samt uventede komplikationer, der kræver hospitalsindlæggelse. Det kan imidlertid også være et udtryk for, at patienter med højere sundhedskompetence eller bedre adgang til sundhedsydelse er i stand til at få den nødvendige behandling rettidigt, hvilket potentielt kan reducere behovet for akutte indlæggelser.

Af Tabel 17 ses tydelige demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige forskelle mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for ikke-akutte indlæggelser. Patienter med stroke med høj sandsynlighed for ikke-akutte hospitalsindlæggelser er generelt yngre, oftere mænd, samlevende, har oftere høj indkomst og uddannelse, er oftere i arbejde, har i højere grad alkoholproblemer og høj grad af multisygdom, sammenlignet med patienter med stroke med lav sandsynlighed for ikke-akutte hospitalsindlæggelser. Derudover bor de oftere i Region Hovedstaden, i en hovedstadskommune.

**Tabel 17 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for mange ikke-akutte indlæggelser et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	11.959	11.959	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	7.985 (66,8)	4.617 (38,6)	-28,2
	Mand	3.974 (33,2)	7.342 (61,4)	+28,2
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	87,2 (78,7; 91,5)	67,8 (57,3; 74,9)	-19,4 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	8.821 (73,8)	4.357 (36,5)	-37,3	
Samlevende	3.138 (26,2)	7.594 (63,5)	+37,3	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	7.319 (61,2)	3.759 (31,5)	-29,7
	Mellem	3.178 (26,6)	4.142 (34,7)	+8,1
	Høj	1.462 (12,2)	4.050 (33,9)	+21,7
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	6.472 (58,2)	3.584 (30,7)	-27,5
	Mellem	3.755 (33,7)	5.266 (45,2)	+11,5
	Høj	900 (8,1)	2.812 (24,1)	+16,0
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	1.340 (13,4)	3.494 (35,2)	+21,8
Arbejdsløs	242 (2,4)	708 (7,1)	+4,7	
Pensioneret	8.449 (84,2)	5.726 (57,7)	-26,5	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	11.839 (99,0)	10.587 (88,5)	-10,5
	Ja	120 (1,0)	1.372 (11,5)	+10,5
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	2.463 (20,6)	3.030 (25,3)	+4,7
	Lav	3.955 (33,1)	1.490 (12,5)	-20,6
Høj	5.541 (46,3)	7.439 (62,2)	+15,9	

<b>Bopæl</b>					
<b>Kommune, n (%)</b>	Hovedstad	2.564 (21,4)	5.143 (43,0)	+21,6	
	Storby	1.180 (9,9)	1.029 (8,6)	-1,3	
	Provinsby	2.673 (22,4)	2.177 (18,2)	-4,2	
	Opland	2.046 (17,1)	1.653 (13,8)	-3,3	
	Land	3.496 (29,2)	1.949 (16,3)	-12,9	
	<b>Region, n (%)</b>				
	Hovedstaden	2.958 (24,7)	5.804 (48,6)	+23,9	
	Midtjylland	2.711 (22,7)	1.529 (12,8)	-9,9	
	Nordjylland	1.709 (14,3)	699 (5,8)	-8,5	
	Sjælland	2.338 (19,6)	1.560 (13,1)	-6,5	
Syddanmark	2.243 (18,8)	2.359 (19,7)	+0,9		
Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)		<0,1 (0,02)	>0,8 (0,4)		

## Akutte indlæggelser

Analysen opgør de 10 % af patienterne med stroke, der har højest og lavest sandsynlighed for mange akutte indlæggelser op til et år efter diagnosen. Mange akutte indlæggelser kan for eksempel være et udtryk for nye vaskulære hændelser (eksempelvis stroke), som i nogen tilfælde kan relateres til utilstrækkelig rehabilitering eller opfølgning efter stroke, lav sundhedskompetence eller begrænset netværk og støtte, der gør medicinbehandling og egenomsorg svær (ikke kun relateret til stroke). Af Tabel 18 ses markante forskelle på alle parametre mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for flere akutte hospitalsindlæggelser året efter stroke. Patienter med stroke med høj sandsynlighed for akutte indlæggelser er generelt ældre, oftere kvinder, enlige, har oftere lav indkomst og uddannelse, er oftere pensionerede, har i højere grad alkoholrelaterede problemer og høj grad af multisygdom, sammenlignet med patienter med stroke med lav sandsynlighed for akutte indlæggelser. For eksempel er der 22,1 procentpoint flere patienter med alkoholproblemer som har højest sandsynlighed for flere akutte indlæggelser sammenlignet med gruppen med lavest sandsynlighed. Derudover bor de oftere i Region Hovedstaden.

**Tabel 18 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for flest akutte indlæggelser et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	<b>Kategorier</b>	<b>Lavest sandsynlighed</b>	<b>Højest sandsynlighed</b>	<b>Forskel (Procentpoint)</b>
	<b>Antal patienter</b>	11.959	11.959	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	4.332 (36,2)	5.157 (43,1)	+6,9
	Mand	7.627 (63,8)	6.802 (56,9)	-6,9
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	60,2 (53,8; 67,2)	75,9 (65,8; 84,0)	+15,7 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	2.670 (22,3)	7.578 (63,4)	+41,1	
Samlevende	9.283 (77,7)	4.378 (36,6)	-41,1	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	1.370 (11,5)	6.561 (54,9)	+43,4
	Mellem	3.624 (30,3)	3.988 (33,4)	+3,1
	Høj	6.959 (58,2)	1.407 (11,8)	-46,4
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			

	Lav	2.179 (18,5)	5.546 (48,5)	+30,0
	Mellem	6.838 (57,9)	4.466 (39,0)	-18,9
	Høj	2.783 (23,6)	1.429 (12,5)	-11,1
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	8.029 (73,4)	505 (5,5)	-67,9
	Arbejdsløs	267 (2,4)	676 (7,4)	+5,0
	Pensioneret	2.646 (24,2)	7.954 (87,1)	+62,9
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	11.923 (99,7)	9.283 (77,6)	-22,1
	Ja	36 (0,3)	2.676 (22,4)	+22,1
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	6.407 (53,6)	1.159 (9,7)	-43,9
	Lav	4.987 (41,7)	65 (0,5)	-41,2
	Høj	565 (4,7)	10.735 (89,8)	+85,1
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	2.426 (20,3)	4.061 (34,0)	+13,7
	Storby	1.141 (9,5)	1.092 (9,1)	-0,4
	Provinsby	3.038 (25,4)	2.715 (22,7)	-2,7
	Opland	2.346 (19,6)	1.729 (14,5)	-5,1
	Land	3.002 (25,1)	2.359 (19,7)	-5,4
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	2.727 (22,8)	4.979 (41,6)	+18,8
	Midtjylland	2.869 (24,0)	1.936 (16,2)	-7,8
	Nordjylland	1.369 (11,5)	871 (7,3)	-4,2
	Sjælland	2.258 (18,9)	2.226 (18,6)	-0,3
	Syddanmark	2.730 (22,8)	1.944 (16,3)	-6,5
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,2 (0,03)	>1,5 (0,44)	

### 7.3.4 Sygedage ved langvarigt sygefravær

Analysen opgør de 10% af patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for mange sygedage ved langvarigt sygefravær (det vil sige over to uger) op til et år efter stroke. Et langvarigt sygefravær kan være tegn på flere forhold. For patienter med lavere socioøkonomisk status kan det for eksempel skyldes utilstrækkelig adgang til behandling og støtte samt flere komorbiditeter, der gør det sværere at komme sig. På den anden side kan et langvarigt sygefravær også afspejle et intensivt behandlingsforløb eller behov for rehabilitering, som kræver tid for fuld restitution, især blandt patienter med bedre ressourcer og adgang til sundhedsydelser og sociale ydelser. Denne analyse er begrænset til en mere ressourcestærk gruppe af patienter, da den udelukkende omfatter patienter som var i arbejde før stroke.

Af Tabel 19 ses markante forskelle for de fleste parametre mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for mange sygedage ved langvarigt sygefravær. Patienter med stroke med høj sandsynlighed for langvarigt sygefravær er generelt yngre, oftere kvinder, samlevende, har oftere mellemhøj indkomst og uddannelse, ikke registreret alkoholproblemer og ingen eller en lav grad af multisygdom - sammenlignet med patienter med stroke med lav sandsynlighed for langvarigt sygefravær. Derudover bor de, der er i høj sandsynlighed, sjældnere i Region Hovedstaden, men oftere i Region Nordjylland eller Midtjylland og oftere i storby eller landkommuner.

**Tabel 19 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for flest sygedage ved langvarigt sygefravær i løbet af et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskæl (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	2.702	2.702	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	631 (23,4)	1.116 (41,3)	+17,9
	Mand	2.071 (76,6)	1.586 (58,7)	-17,9
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	67,2 (65,5; 68,6)	54,4 (49,1; 58,2)	-12,8 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	1.102 (40,8)	913 (33,8)	-7,0	
Samlevende	1.600 (59,2)	1.789 (66,2)	+7,0	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	775 (28,7)	129 (4,8)	-23,9
	Mellem	606 (22,4)	1.375 (50,9)	+28,5
	Høj	1.321 (48,9)	1.198 (44,3)	-4,6
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	788 (29,7)	452 (16,9)	-12,8
	Mellem	1.308 (49,3)	1.800 (67,4)	+18,1
	Høj	556 (21,0)	418 (15,7)	-5,3
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	2.092 (77,4)	<5	-
Arbejdsløs	610 (22,6)	<5	-	
Pensioneret	0 (0)	0 (0)	-	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	2.362 (87,4)	2.627 (97,2)	+9,8
	Ja	340 (12,6)	75 (2,8)	-9,8
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	1.090 (40,3)	1.199 (44,4)	+4,1
Lav	825 (30,5)	1.125 (41,6)	+11,1	
Høj	787 (29,1)	378 (14,0)	-15,1	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	771 (28,5)	58 (2,1)	-26,4
	Storby	205 (7,6)	461 (17,1)	+9,5
	Provinsby	624 (23,1)	753 (27,9)	+4,8
	Opland	470 (17,4)	518 (19,2)	+1,8
	Land	632 (23,4)	912 (33,8)	+10,4
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	921 (34,1)	93 (3,4)	-30,7
	Midtjylland	548 (20,3)	999 (37,0)	+16,7
	Nordjylland	257 (9,5)	653 (24,2)	+14,7
	Sjælland	427 (15,8)	307 (11,4)	-4,4
	Syddanmark	549 (20,3)	650 (24,1)	+3,8
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,2 (0,02)	>0,8 (0,03)	

### 7.3.5 Tilbagevenden til arbejdsmarkedet

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har lavest og højest sandsynlighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet et år efter stroke. Analysen omfatter de patienter med stroke, der er ≤70 år og i arbejde seks måneder efter stroke. Faktorer som fysiske følgevirkninger, kognitive udfordringer, psykologiske problemer og manglende støtte fra arbejdspladsen og andre instanser kan blandt andet spille en rolle i, hvorvidt en patient med stroke kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Denne analyse er begrænset til en yngre og mere ressourcestærk gruppe af patienter, da den udelukkende omfatter patienter som var i arbejde før stroke.

Af Tabel 20 ses markante forskelle på alle parametre mellem gruppen med høj og lav sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde inden for seks måneder efter stroke. Patienter med stroke med høj sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde er generelt lidt yngre, er oftere mænd, samlevende, har oftere høj indkomst og uddannelse, har i lidt mindre grad alkoholproblemer og har oftere ingen multisygdom - sammenlignet med patienter med stroke med lav sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde. Derudover bor de i langt overvejende grad i Region Hovedstaden og i en hovedstadskommune.

**Tabel 20 – Karakteristik af de patienter med stroke (70 år eller under og i arbejde), der har lavest og højest sandsynlighed for at komme tilbage til arbejde seks måneder efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	1.737	1.737	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	867 (49,9)	304 (17,5)	-32,4
	Mand	870 (50,1)	1.433 (82,5)	+32,4
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	60,7 (52,5; 65,3)	55,3 (49,2; 59,9)	-5,4 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	640 (36,8)	276 (15,9)	-20,9	
Samlevende	1.097 (63,2)	1.461 (84,1)	+20,9	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	207 (11,9)	84 (4,8)	-7,1
	Mellem	783 (45,1)	213 (12,3)	-32,8
	Høj	747 (43,0)	1.440 (82,9)	+39,9
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	329 (19,2)	148 (8,6)	-10,6
	Mellem	1.096 (64,0)	778 (45,3)	-18,7
	Høj	287 (16,8)	793 (46,1)	+29,3
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	1.737 (100,0)	1.737 (100,0)	+0,0
Arbejdsløs	0 (0,0)	0 (0,0)	-	
Pensioneret	0 (0,0)	0 (0,0)	-	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	1.670 (96,1)	1.707 (98,3)	+2,2
	Ja	67 (3,9)	30 (1,7)	-2,2
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	792 (45,6)	1.078 (62,1)	+16,5
Lav	613 (35,3)	535 (30,8)	-4,5	

	Høj	332 (19,1)	124 (7,1)	-12,0
Bopæl	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	184 (10,6)	1.157 (66,6)	+56,0
	Storby	247 (14,2)	43 (2,5)	-11,7
	Provinsby	507 (29,2)	224 (12,9)	-16,3
	Opland	297 (17,1)	194 (11,2)	-5,9
	Land	502 (28,9)	119 (6,9)	-22,0
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	234 (13,5)	1.356 (78,1)	+64,6
	Midtjylland	608 (35,0)	103 (5,9)	-29,1
	Nordjylland	344 (19,8)	42 (2,4)	-17,4
	Sjælland	153 (8,8)	110 (6,3)	-2,5
Syddanmark	398 (22,9)	126 (7,3)	-15,6	
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,2 (0,08)	>0,7 (0,05)	

### 7.3.6 Sundhedsudgifter

Analysen opgør de 10 % af patienterne, der har lavest og højest sandsynlighed for at have de højeste sundhedsudgifter, det vil sige det største forbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet. Høje sundhedsudgifter kan eksempelvis skyldes behovet for akut behandling, hyppig eller langvarig rehabilitering samt behandlinger af følgevirkninger såsom nedsat mobilitet eller kognitive problematikker. Af Tabel 21 ses markante forskelle på flere parametre mellem patienter med stroke med højest og lavest sandsynlighed for at have de højeste sundhedsudgifter et år efter stroke. Patienter med høj sandsynlighed er oftere mænd, yngre, i arbejde eller arbejdsløse, har i højere grad alkoholproblemer og multisygdom - sammenlignet med patienter med stroke med lav sandsynlighed for at have højest sundhedsudgifter. Der ses kun små forskelle på samlivsstatus, indkomst- og uddannelsesniveau mellem de patienter, der er i højest og lavest sandsynlighed for at have højest sundhedsudgifter et år efter stroke. Derudover bor de oftere i Region Midtjylland eller Nordjylland, i en storbykommune.

**Tabel 21 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for at de have højeste sundhedsudgifter et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	11.917	11.917	
Demografi	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	5.761 (48,3)	4.368 (36,7)	-11,6
	Mand	6.156 (51,7)	7.549 (63,3)	+11,6
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	72,9 (63,0; 81,5)	62,7 (51,6; 71,4)	-10,2 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
	Enlig	4.883 (41,0)	4.950 (41,6)	+0,6
	Samlevende	7.033 (59,0)	6.962 (58,4)	-0,6
Socioøkonomi	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	4.080 (34,2)	4.276 (35,9)	+1,7
	Mellem	4.236 (35,5)	3.995 (33,5)	-2,0
	Høj	3.600 (30,2)	3.641 (30,6)	+0,4
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			

	Lav	3.900 (33,4)	3.887 (33,4)	+0,0
	Mellem	5.866 (50,2)	5.429 (46,7)	-3,5
	Høj	1.922 (16,4)	2.311 (19,9)	+3,5
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	3.349 (31,5)	3.835 (39,0)	+7,5
	Arbejdsløs	224 (2,1)	1.167 (11,9)	+9,8
	Pensioneret	7.058 (66,4)	4.828 (49,1)	-17,3
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	11.805 (99,1)	10.177 (85,4)	-13,7
	Ja	112 (0,9)	1.740 (14,6)	+13,7
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	5.190 (43,6)	3.152 (26,4)	-17,2
	Lav	5.259 (44,1)	1.600 (13,4)	-30,7
	Høj	1.468 (12,3)	7.165 (60,1)	+47,8
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	2.622 (22,0)	1.921 (16,1)	-5,9
	Storby	703 (5,9)	2.271 (19,1)	+13,2
	Provinsby	2.855 (24,0)	2.927 (24,6)	+0,6
	Opland	2.763 (23,2)	1.641 (13,8)	-9,4
	Land	2.973 (24,9)	3.152 (26,5)	+1,6
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	3.385 (28,4)	2.443 (20,5)	-7,9
	Midtjylland	271 (2,3)	4.422 (37,1)	+34,8
	Nordjylland	44 (0,4)	2.646 (22,2)	+21,8
	Sjælland	3.093 (26,0)	1.028 (8,6)	-17,4
Syddanmark	5.123 (43,0)	1.373 (11,5)	-31,5	
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, danske kroner (SD)	<121.000 (8.790)	>307.000 (62.700)	

### 7.3.7 Behandlingskvalitet

#### Samlet behandlingskvalitet

Af Tabel 22 ses forskelle på flere parametre mellem de 10 % af patienter med stroke, der har højest og lavest sandsynlighed for at få den højeste, samlede behandlingskvalitet baseret på et kompositmål for kvalitetsindikatorerne fra kvalitetsdatabasen DanStroke. Ifølge kvalitetsindikatorerne for strokebehandling kan lavere behandlingskvalitet for eksempel dække over, at patienten ikke vurderes med synketest eller får udført CT/MR-scanning inden for seks timer eller ikke bliver mobiliseret indenfor 24 timer efter akut kontakt. Dette udfald er opgjort for hele studieperioden for patienter med stroke, men kun for den enkelte indikator i den periode, hvor indikatoren findes. De inkluderede kvalitetsindikatorer fra DanStroke findes i Bilag (afsnit 12.1).

Resultaterne viser, at de patienter, som har højest sandsynlighed for at få høj behandlingskvalitet, oftere er mænd, lidt yngre, har høj indkomst og uddannelse, er i arbejde, er samlevende og i mindre grad har alkoholproblemer og multisygdom sammenlignet med strokepatienter med lav sandsynlighed for at modtage den højeste behandlingskvalitet. Derudover bor de oftere i Region hovedstaden, i en hovedstadskommune.

Tabel 22 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for at opnå den bedste behandlingskvalitet (højest opfyldelse af kvalitetsindikatorer) i strokebehandlingen. Procentpointsforskellen mellem højeste og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
Demografi	<b>Antal patienter</b>	8.090	8.090	
	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	4.775 (59,0)	3.501 (43,3)	-15,7
	Mand	3.315 (41,0)	4.589 (56,7)	+15,7
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	78,7 (68,8; 87,4)	74,0 (63,6; 81,2)	-4,7 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
	Enlig	5.645 (69,8)	3.509 (43,4)	-26,4
Samlevende	2.443 (30,2)	4.581 (56,6)	+26,4	
Socioøkonomi	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	4.910 (60,7)	3.152 (39,0)	-21,7
	Mellem	2.476 (30,6)	2.728 (33,7)	+3,1
	Høj	702 (8,7)	2.210 (27,3)	+18,6
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	4.129 (54,6)	2.651 (33,4)	-21,2
	Mellem	2.687 (35,6)	3.727 (47,0)	+11,4
	Høj	741 (9,8)	1.558 (19,6)	+9,8
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	638 (9,6)	2.036 (29,3)	+19,7
Arbejdsløs	251 (3,8)	287 (4,1)	+0,3	
Pensioneret	5.747 (86,6)	4.626 (66,6)	-20,0	
Helbred	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	7.336 (90,7)	7.704 (95,2)	+4,5
	Ja	754 (9,3)	386 (4,8)	-4,5
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	1.547 (19,1)	2.816 (34,8)	+15,7
	Lav	1.697 (21,0)	2.358 (29,1)	+8,1
Høj	4.846 (59,9)	2.916 (36,0)	-23,9	
Bopæl	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	291 (3,6)	2.124 (26,3)	+22,7
	Storby	564 (7,0)	854 (10,6)	+3,6
	Provinsby	2.671 (33,0)	1.831 (22,6)	-10,4
	Opland	1.476 (18,2)	1.426 (17,6)	-0,6
	Land	3.086 (38,2)	1.855 (22,9)	-15,3
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	477 (5,9)	2.608 (32,2)	+26,3
	Midtjylland	605 (7,5)	1.886 (23,3)	+15,8
	Nordjylland	690 (8,5)	1.002 (12,4)	+3,9
	Sjælland	3.329 (41,2)	1.205 (14,9)	-26,3
	Syddanmark	2.987 (36,9)	1.389 (17,2)	-19,7
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,1 (0,02)	>0,5 (0,03)	



## Udvalgte kvalitetsindikatorer

For at få en mere dybdegående forståelse af behandlingsforløbet, er der udvalgt tre kvalitetsindikatorer fra kvalitetsdatabasen DanStroke. Indikatorerne udtrykker kvalitet i behandlingen på tre forskellige parametre. Den første kvalitetsindikator er ”*Andel af patienter med akut stroke, der bliver indlagt i en strokeenhed senest 24 timer efter akut kontakt.*” Der er evidens for bedre udfald efter stroke, ved indlæggelse på en strokeenhed (35). Indikatoren er derfor på sin vis et kompositmål for god akut udredning, behandling, forebyggelse og opstart af rehabilitering for patienter med stroke.

Af Tabel 23 ses forskelle på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl mellem de 10 % af akutte strokepatienter, der har højest og lavest sandsynlighed for at blive indlagt på en strokeenhed 24 timer efter akut kontakt. Resultaterne viser, at de patienter, der har højest sandsynlighed for at blive indlagt på en strokeenhed, oftere er mænd, yngre, samlevende, oftere har høj indkomst og mellem eller høj uddannelse, er i arbejde, og i mindre grad har alkoholproblemer og har ingen eller lav grad af multisygdom - sammenlignet med strokepatienter med lav sandsynlighed for at blive indlagt på en strokeenhed. Derudover bor de oftere i Region Hovedstaden, Midtjylland, eller Sjælland, og oftere i en hovedstads-kommune.

**Tabel 23 – Karakteristik af de patienter med akut stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for at blive indlagt i en strokeenhed senest 24 timer efter akut kontakt. Denne analyse er begrænset til patienter der er registreret i DanStroke i perioden 2020-2022. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse.**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	1.782	1.782	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	881 (49,4)	479 (26,9)	-22,5
	Mand	901 (50,6)	1.303 (73,1)	+22,5
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	77,4 (67,4; 86,3)	64,2 (58,4; 72,8)	-13,2 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	1.021 (57,3)	302 (16,9)	-40,4	
Samlevende	761 (42,7)	1.480 (83,1)	+40,4	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	979 (54,9)	179 (10,0)	-44,9
	Mellem	558 (31,3)	540 (30,3)	-1,0
	Høj	245 (13,7)	1.063 (59,7)	+46,0
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	866 (50,1)	285 (16,2)	-33,9
	Mellem	638 (36,9)	1.108 (63,2)	+26,3
	Høj	225 (13,0)	361 (20,6)	+7,6
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	232 (15,4)	1.104 (68,6)	+53,2
Arbejdsløs	62 (4,1)	10 (0,6)	-3,5	
Pensioneret	1.217 (80,5)	496 (30,8)	-49,7	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	1.639 (92,0)	1.774 (99,6)	+7,6
	Ja	143 (8,0)	8 (0,4)	-7,6
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
Ingen	420 (23,6)	1.028 (57,7)	+34,1	

	Lav	356 (20,0)	648 (36,4)	+16,4
	Høj	1.006 (56,5)	106 (5,9)	-50,6
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	80 (4,5)	751 (42,1)	+37,6
	Storby	221 (12,4)	104 (5,8)	-6,6
	Provinsby	573 (32,2)	436 (24,5)	-7,7
	Opland	318 (17,8)	287 (16,1)	-1,7
	Land	590 (33,1)	204 (11,4)	-21,7
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	81 (4,5)	893 (50,1)	+45,6
	Midtjylland	85 (4,8)	476 (26,7)	+21,9
	Nordjylland	223 (12,5)	<5	-
Sjælland	106 (5,9)	298 (16,7)	+10,8	
Syddanmark	1.287 (72,2)	<5	-	
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,8 (0,05)	>0,99 (0,005)	

Den næste kvalitetsindikator "Andel af patienter med akut iskæmisk stroke der modtager revaskulariserende behandling" er et udtryk for optimal akut behandling for patienter med blodprop i hjernen.

Af Tabel 24 ses forskelle på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl mellem de 10 % af akutte strokepatienter, der har højest og lavest sandsynlighed for at modtage revaskulariserende behandling (trombolyse eller trombektomi). Resultaterne viser, i overensstemmelse med forrige resultater, at de patienter, der har højest sandsynlighed for at modtage revaskulariserende behandling oftere er mænd, yngre, meget ofte er samlevende, har høj indkomst, mellem eller høj uddannelse, er i arbejde, har i lidt mindre grad alkoholproblemer og har ofte ingen eller lav grad af multisygdom - sammenlignet med strokepatienter med lav sandsynlighed for at modtage revaskulariserende behandling. Derudover bor de oftere i Region Syddanmark og i oplandskommune.

**Tabel 24 – Karakteristik af de patienter med akut iskæmisk stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for at modtage revaskulariserende behandling. Denne analyse er begrænset til patienter der er registreret i DanStroke i perioden 2020-2022. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	2.434	2.434	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	1.315 (54,0%)	843 (34,6%)	-19,4%
	Mand	1.119 (46,0%)	1.592 (65,4%)	+19,4%
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	80,5 (73,4; 87,5)	65,1 (53,3; 75,4)	-15,4 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	2.222 (91,3%)	340 (14,0%)	-77,3%	
Samlevende	212 (8,7%)	2.094 (86,0%)	+77,3%	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	1.499 (61,6%)	506 (20,8%)	-40,8%
	Mellem	747 (30,7%)	765 (31,4%)	+0,7%
	Høj	188 (7,7%)	1.163 (47,8%)	+40,1%
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			

	Lav	1.136 (47,6%)	606 (25,2%)	-22,4%	
	Mellem	983 (41,1%)	1.139 (47,4%)	+6,3%	
	Høj	270 (11,3%)	659 (27,4%)	+16,1%	
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>				
	I arbejde	68 (3,4%)	1.165 (53,2%)	+49,8%	
	Arbejdsløs	52 (2,6%)	84 (3,8%)	+1,2%	
	Pensioneret	1.883 (94,0%)	940 (42,9%)	-51,1%	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>				
	Nej	2.206 (90,6%)	2.369 (97,3%)	+6,7%	
	Ja	228 (9,4%)	66 (2,7%)	-6,7%	
	<b>Multisygdom, n (%)</b>				
	Ingen	381 (15,7%)	1.177 (48,3%)	+32,6%	
	Lav	336 (13,8%)	889 (36,5%)	+22,7%	
	Høj	1.717 (70,5%)	369 (15,2%)	-55,3%	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>				
	Hovedstad	661 (27,2%)	563 (23,1%)	-4,1%	
	Storby	245 (10,1%)	324 (13,3%)	+3,2%	
	Provinsby	579 (23,8%)	582 (23,9%)	+0,1%	
	Opland	292 (12,0%)	618 (25,4%)	+13,4%	
	Land	657 (27,0%)	347 (14,3%)	-12,7%	
	<b>Region, n (%)</b>				
	Hovedstaden	769 (31,6%)	619 (25,4%)	-6,2%	
	Midtjylland	633 (26,0%)	410 (16,8%)	-9,2%	
	Nordjylland	371 (15,2%)	220 (9,0%)	-6,2%	
	Sjælland	411 (16,9%)	476 (19,6%)	+2,7%	
	Syddanmark	250 (10,3%)	709 (29,1%)	+18,8%	
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,1 (0,02)	>0,4 (0,04)		

Den sidste kvalitetsindikator: "Andel af patienter med akut stroke, der senest dagen efter udskrivelsen får udarbejdet en genoptræningsplan" har fokus på perioden efter udskrivelse, som er vigtig for at patienterne kan genvinde tabt funktionsevne og opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv efter stroke.

Af Tabel 25 ses forskelle på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl mellem de 10 % af akutte strokepatienter, der har højest og lavest sandsynlighed for at få udarbejdet en genoptræningsplan. Resultaterne viser, at de patienter, der har højest sandsynlighed for at få udarbejdet en genoptræningsplan, oftere er kvinder, ældre, enlige, oftere har lav indkomst og uddannelse, er pensionerede, og i højere grad har alkoholproblemer og høj multisygdom - sammenlignet med strokepatienter med lav sandsynlighed for at få udarbejdet en genoptræningsplan. Derudover bor de oftere i Region Midtjylland og Syddanmark, i en storby eller hovedstadskommune. Overordnet peger resultaterne på, at patienter med højere alder, enlige og færre socioøkonomiske og helbredsmæssige ressourcer i højere grad har høj sandsynlighed for at få udarbejdet en genoptræningsplan end dem med flere ressourcer.

**Tabel 25 – Karakteristik af de patienter med akut stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for, senest dagen efter udskrivelse, at få udarbejdet en genoptræningsplan. Denne analyse er begrænset til patienter der er registreret i Dan-Stroke i perioden 2020-2022. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
<b>Demografi</b>	<b>Antal patienter</b>	2.588	2.588	
	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	775 (29,9%)	1.475 (57,0%)	+27,1%
	Mand	1.813 (70,1%)	1.113 (43,0%)	-27,1%
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	62,4 (54,7; 70,0)	84,1 (75,5; 88,9)	+21,7 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
	Enlig	373 (14,4%)	1.916 (74,0%)	+59,6%
Samlevende	2.213 (85,6%)	672 (26,0%)	-59,6%	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	341 (13,2%)	1.507 (58,2%)	+45,0%
	Mellem	824 (31,9%)	771 (29,8%)	-2,1%
	Høj	1.421 (54,9%)	310 (12,0%)	-42,9%
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	455 (17,9%)	1.210 (47,8%)	+29,9%
	Mellem	1.404 (55,1%)	1.007 (39,8%)	-15,3%
	Høj	689 (27,0%)	313 (12,4%)	-14,6%
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	1.530 (65,7%)	142 (6,7%)	-59,0%
Arbejdsløs	118 (5,1%)	35 (1,6%)	-3,5%	
Pensioneret	680 (29,2%)	1.948 (91,7%)	+62,5%	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	2.549 (98,5%)	2.455 (94,9%)	-3,6%
	Ja	39 (1,5%)	133 (5,1%)	+3,6%
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	1.278 (49,4%)	490 (18,9%)	-30,5%
	Lav	883 (34,1%)	719 (27,8%)	-6,3%
Høj	427 (16,5%)	1.379 (53,3%)	+36,8%	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	317 (12,3%)	718 (27,7%)	+15,4%
	Storby	162 (6,3%)	786 (30,4%)	+24,1%
	Provinsby	839 (32,4%)	333 (12,9%)	-19,5%
	Opland	486 (18,8%)	453 (17,5%)	-1,3%
	Land	782 (30,2%)	298 (11,5%)	-18,7%
	<b>Region, n (%)</b>			
	Hovedstaden	816 (31,6%)	730 (28,2%)	-3,4%
	Midtjylland	419 (16,2%)	1.174 (45,4%)	+29,2%
	Nordjylland	625 (24,2%)	44 (1,7%)	-22,5%
	Sjælland	494 (19,1%)	89 (3,4%)	-15,7%
	Syddanmark	232 (9,0%)	551 (21,3%)	+12,3%
	Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,4 (0,05)	>0,8 (0,03)	

### 7.3.8 Død

Af Tabel 26 ses markante forskelle på alle parametre mellem de 10 % af patienter med stroke med højest og lavest sandsynlighed for at dø indenfor et år efter diagnosen. Patienterne i højest sandsynlighed er oftere kvinder, ældre, enlige, har lav indkomst og uddannelse, er stort set alle pensionerede, har høj grad af multisygdom og har lidt oftere alkoholproblemer sammenlignet med patienter med stroke med den laveste sandsynlighed for at dø. Derudover bor de, der har højest sandsynlighed, i mindre grad i Region Hovedstaden og i en hovedstadskommune.

**Tabel 26 – Karakteristik af de patienter med stroke, der har lavest og højest sandsynlighed for at dø et år efter stroke. Procentpointsforskellen mellem højest og laveste sandsynlighed er angivet for hver kategori. IQR=interkvartilområde, n=antal patienter, SD=standardafvigelse**

	Kategorier	Lavest sandsynlighed	Højest sandsynlighed	Forskel (Procentpoint)
	<b>Antal patienter</b>	11.959	11.959	
<b>Demografi</b>	<b>Køn, n (%)</b>			
	Kvinde	3.869 (32,4)	6.982 (58,4)	+26,0
	Mand	8.090 (67,6)	4.977 (41,6)	-26,0
	<b>Alder, år</b>			
	Median (IQR)	54,1 (47,6; 59,5)	87,9 (81,8; 92,5)	+33,8 år
	<b>Samlivsstatus, n (%)</b>			
Enlig	2.843 (23,8)	8.547 (71,5)	+47,7	
Samlevende	9.109 (76,2)	3.411 (28,5)	-47,7	
<b>Socioøkonomi</b>	<b>Indkomst, n (%)</b>			
	Lav	1.387 (11,6)	7.010 (58,6)	+47,0
	Mellem	3.493 (29,2)	3.767 (31,5)	+2,3
	Høj	7.072 (59,2)	1.181 (9,9)	-49,3
	<b>Uddannelse, n (%)</b>			
	Lav	2.023 (17,1)	5.882 (53,7)	+36,6
	Mellem	6.994 (59,2)	3.725 (34,0)	-25,2
	Høj	2.788 (23,6)	1.343 (12,3)	-11,3
	<b>Beskæftigelse, n (%)</b>			
	I arbejde	9.839 (90,4)	252 (2,7)	-87,7
Arbejdsløs	777 (7,1)	42 (0,5)	-6,6	
Pensioneret	269 (2,5)	8.972 (96,8)	+94,3	
<b>Helbred</b>	<b>Alkoholproblem, n (%)</b>			
	Nej	11.776 (98,5)	11.338 (94,8)	-3,7
	Ja	183 (1,5)	621 (5,2)	+3,7
	<b>Multisygdom, n (%)</b>			
	Ingen	6.074 (50,8)	872 (7,3)	-43,5
	Lav	5.076 (42,4)	338 (2,8)	-39,6
Høj	809 (6,8)	10.749 (89,9)	+83,1	
<b>Bopæl</b>	<b>Kommune, n (%)</b>			
	Hovedstad	3.487 (29,2)	2.810 (23,5)	-5,7
	Storby	1.122 (9,4)	1.347 (11,3)	+1,9
	Provinsby	2.699 (22,6)	2.570 (21,5)	-1,1
	Opland	2.172 (18,2)	2.007 (16,8)	-1,4
	Land	2.472 (20,7)	3.224 (27,0)	+6,3

Region, n (%)			
Hovedstaden	4.099 (34,3)	3.468 (29,0)	-5,3
Midtjylland	2.331 (19,5)	2.371 (19,8)	+0,3
Nordjylland	1.216 (10,2)	1.261 (10,5)	+0,3
Sjælland	1.865 (15,6)	2.045 (17,1)	+1,5
Syddanmark	2.441 (20,4)	2.813 (23,5)	+3,1
Middelgrænse for lav/høj sandsynlighed, antal kontakter (SD)	<0,02 (0,01)	>0,6 (0,1)	

### 7.3.9 Alkoholproblemer og behandlingskvalitet

Ovenstående analyser har undersøgt sandsynligheden for, at en patient modtager en given behandling eller opnår et bestemt udfald på baggrund af patientens observerede karakteristika som udtryk for ulighed i behandlingen af strokepatienter.

Analysen i Tabel 27 undersøger associationen mellem alkoholproblemer (registreret i LPR eller via recepter) før stroke og sandsynligheden for at modtage den bedst registrerede behandlingskvalitet i DanStroke. Dette defineres som indlæggelse på en strokeenhed i mindst 24 timer efter akut kontakt, modtagelse af revaskulariserende behandling (trombolyse eller trombektomi), samt udarbejdelse af en genoptræningsplan senest dagen efter udskrivelse. Resultaterne viser en ulighed i strokebehandlingen forbundet med alkoholproblemer, idet patienter med alkoholproblemer har lavere sandsynlighed for at blive indlagt på en strokeenhed eller modtage revaskulariserende behandling sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer. Omvendt har patienter med alkoholproblemer en højere sandsynlighed for at få udarbejdet en genoptræningsplan end patienter uden alkoholproblemer.

**Tabel 27 – Den relative risiko for, at patienter med stroke og alkoholproblem modtager diagnostik, behandling og genoptræningen, sammenlignet med patienter med stroke uden kendt alkoholproblem. Resultaterne er baseret på en ujusteret og justeret (alder, år og region) regressionsanalyse. Analysen omfatter den subpopulation af strokepatienter som er registreret i DanStroke for de enkelte indikatorer i 2020-2022, og deres behandling efter indexdatoen.**

Behandlingskvalitet	Antal patienter	Relativ Risiko (ujusteret)	Relativ Risiko (justeret)
Strokeenhed*	17.812	0.971 (0.949; 0.994)	0.963 (0.941; 0.986)
Revaskularisering**	24.340	0.802 (0.715; 0.901)	0.756 (0.673; 0.849)
Genoptræningsplan***	25.878	1.082 (1.040; 1.126)	1.137 (1.093; 1.183)

\*Andel af patienter med akut stroke, der bliver indlagt i en strokeenhed senest 24 timer efter akut kontakt

\*\*Andel af patienter akut iskæmisk stroke der modtager revaskulariserende behandling

\*\*\*Andel af patienter, der senest dagen efter udskrivelsen får udarbejdet en genoptræningsplan

### 7.3.10 Opsummering af resultater vedrørende stroke

Resultaterne vedrørende stroke viser **stor kønsrelateret ulighed** i kontaktmønster, brug af sundhedsydelse og konsekvenser for patienter et år efter stroke. Overordnet ses det, at **mænd** med stroke oftere har høj sandsynlighed for ambulante hospitalskontakter og ikke-akutte indlæggelser, ligesom deres sundhedsudgifter typisk er højere. Samtidig er mænd oftere blandt dem, der vender tilbage til arbejde og modtager behandling af høj kvalitet. **Kvinder** med stroke ses derimod hyppigere i grupper med øget risiko for flere kontakter til primærsektoren, akutte hospitalsindlæggelser og død. Fundene kan indikere, at mænd og kvinder ikke alene påvirkes forskelligt af stroke, men også interagerer med sundhedsvæsenet på forskellige måder, og omvendt. Det kan desuden indikere variation i, hvornår patienter eller deres pårørende reagerer på symptomerne. Resultaterne indikerer, at det kan være relevant at have en opmærksomhed på, hvordan kliniske indsatser, opfølgning og rehabilitering kan tilrettelægges efter køn, for at optimere behandlingskvalitet og støttefunktioner.

**Ældre** patienter med stroke er præget af en større sandsynlighed for flere kontakter til primærsektoren, akutte indlæggelser og død. Hos **ynge** patienter ses et andet mønster: De har oftere flere ambulante kontakter og ikke-akutte indlæggelser, og deres forløb er ofte forbundet med langvarigt sygefravær og høje sundhedsudgifter. Samtidig modtager yngre patienter oftere højest behandlingskvalitet baseret på de inkluderede mål. Samlet set indikerer mønstrene, at alder spiller en central rolle i forløbet og året efter stroke. Den højere risiko for akutte indlæggelser og død blandt ældre kan eventuelt afspejle større skrøbelighed og flere samtidige sygdomme, mens resultater vedrørende de yngre kan indikere, at de i højere grad gennemgår længere og mere ressourcekrævende behandlings- og rehabiliteringsforløb. Det er dog vigtigt at understrege, at en af forskellene i udfald, herunder både brug af sundhedsydelse, sundhedsudgifter og død formentlig kan forklares af deres association til alder, også i den generelle befolkning.

**Lav indkomst og lav uddannelse** blandt patienter med stroke er generelt forbundet med høj sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren, flere akutte indlæggelser og død. **Høj indkomst og uddannelse** ses oftere blandt patienter med høj sandsynlighed for mange ambulante kontakter, ikke-akutte indlæggelser og høj behandlingskvalitet. På samme måde har patienter med høj indkomst og uddannelse oftere høj sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde. Disse mønstre peger på en tydelig social skævvridning i forløbet efter stroke, hvor socioøkonomiske ressourcer hænger sammen med mere fordelagtige kontaktmønstre og bedre udfald. Samlet set peger dette på, at sociale uligheder spiller en væsentlig rolle i strokeopfølgningen og bør adresseres systematisk.

Strokepatienter med **arbejdsmarkedstilknytning** er typisk i gruppen med lav sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren, akutte indlæggelser og død. De er dog overrepræsenteret i højsandsynlighedsgrupperne for ambulante og ikke-akutte hospitalskontakter samt høj behandlingskvalitet. Disse resultater peger på, at tilknytning til arbejdsmarkedet og de ressourcer, der er forbundet med dette, ofte hænger sammen med et mere stabilt sygdomsforløb og færre akutte hændelser efter stroke. En relevant del af forskellene i udfald relateret til arbejdsmarkedstilknytning forventes dog at hænge sammen med patienternes alder.

**Enlige** patienter med stroke er oftere i høj sandsynlighed for flere kontakter til primærsektoren, akutte indlæggelser og død, end samlevende. **Samlevende** patienter er typisk i grupperne med højest sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde og modtage høj behandlingskvalitet. Enlige patienter med stroke er i lavere sandsynlighed for langvarigt sygefravær. Resultaterne indikerer herved, at enlige patienter fremstår mere sårbare med flere akutte og belastende sygdomsforløb, hvilket kan afspejle manglende social støtte i hverdagen og i kontakten til sundhedsvæsenet. Samlet set understreger dette betydningen af sociale relationer som en central ressource i genoptræning og opfølgning året efter stroke. Det kan også indirekte indikere, en forsinkelse i kontakten til sundhedsvæsenet ved symptomdebut blandt enlige, hvilket kan resultere i flere dårligere sygdomsudfald i form af flere komplikationer.

Patienter med **alkoholproblematik og stroke** er oftere i høj sandsynlighed for flere kontakter til primærsektoren, ambulante hospitalskontakter, akutte og ikke-akutte hospitalsindlæggelser og højere sundhedsudgifter. Patienter med høj sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde og høj behandlingskvalitet har generelt en lavere forekomst af alkoholproblemer. Patienter med stroke og alkoholproblemer er mindre tilbøjelige til at blive indlagt i en strokeenhed og for at modtage revaskulariserende behandling sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer. Det er muligt, at denne variation skyldes forskelle i kontaktmønstre, symptompræsentation og sundhedskompetencer hos patienter med alkoholproblemer sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer. Det kan potentielt også relateres til, om sundhedspersonalet tager patientens henvendelse alvorligt og om personalet kan skelne mellem alkoholpåvirkning og symptomerne på akut sygdom. Til gengæld får patienter med stroke og alkoholproblemer oftere udarbejdet en genoptræningsplan senest dagen efter udskrivelse. Denne variation kan eventuelt tilskrives et større behov for genoptræning grundet dårligere almen tilstand og flere komplikationer hos patienter med alkoholproblemer sammenlignet med dem uden alkoholproblemer. Alle patienter med et lægefaglig begrundet behov for genoptræning kan modtage en genoptræningsplan jf. sundhedsloven §140. Hvis patienten modtager optimal akut udredning og behandling, vil patienten sandsynligvis have mindre behov for en genoptræningsplan.

Patienter med stroke med høj grad af **multisygdom** har oftere høj sandsynlighed for uønskede udfald, især mange sundhedskontakter, indlæggelser og død. Patienter med højest sandsynlighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet og langvarigt sygefravær har i højere grad ingen eller lav grad af multisygdom. Der ses altså en ikke overraskende sammenhæng, hvor de patienter med større grad af multisygdom, registreret før indtællingen for stroke, også bruger flere sundhedsydelser og er i højere risiko for at dø i året efter et stroke. Analysen tegner et mønster, der tydeligt peger på, at multisygdom er en stærk indikator for et mere komplekst og belastet forløb efter stroke. Det er derfor relevant at være opmærksom på graden af multisygdom i planlægningen af opfølgning og støtte efter stroke.

Sandsynligheden for de forskellige udfald varierer på tværs af **bopæl**, hvor patienter med stroke og høj sandsynlighed for de uønskede udfald oftere bor i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland, samt i hovedstadskommuner og storbykommuner. Patienter med lav sandsynlighed er oftere bosat i Region Nordjylland, Region Sjælland og oplands- eller landkommuner. Patienter med bopæl i Region Hovedstaden og Midtjylland oplever generelt set en højere sandsynlighed for høj behandlingskvalitet, og patienter med bopæl i Region Hovedstaden er desuden oftere i højere sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde. Det er uvist, hvor stor en del af disse variationer, der skyldes forskelle i registreringspraksis, populationssammensætning, tilgængelighed af kvalificeret personale, behandlingstilbud, adgang og kvalitet på tværs af landet. Men disse geografiske variationer peger på, at det er centralt at undersøge hvilke faktorer, der ligger bag forskellene, for at kunne målrette indsatsen og mindske ulighederne på tværs af bopæl.

## 7.4 Betydningen af alkoholproblematik for behandling og sygdomsudfald

Ovenstående analyser vedrørende KOL og stroke tegner et tydeligt billede af, at stort set alle udvalgte faktorer spiller en væsentlig rolle for kontaktmønstre, behandling og sygdomsudfald. For KOL og stroke er det for eksempel værd at bemærke den store køns- og beskæftigelsesbaserede ulighed, der ses, særligt relateret til kontakter til sundhedsvæsenet. Analysen peger derfor også på et stærkt behov for at undersøge nærmere, hvad der er årsag til den markante ulighed på disse områder, og hvordan differentierede indsatser kan bidrage til at reducere ulighederne.

Delstudie 1 omhandler behovet for differentierede indsatser med et særligt fokus på patienter med alkoholproblematik, hvilket også er fokuset i de efterfølgende to delstudier. Dette afsnit opsamler derfor resultaterne fra Delstudie 1 vedrørende betydningen af alkoholproblematik for kontaktmønstre, behandling og sygdomsudfald i relation til alle de udvalgte sygdomme: KOL (afsnit 7.2), stroke (afsnit 7.3),



demens, depression, type 2-diabetes og GAK (findes som eksternt bilagsmateriale på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside). Afsnittet præsenterer således tendenser vedrørende betydningen af alkoholproblematik på tværs af sygdommene.

### **Sundhedskontakter (primærsektor og ambulante hospitalskontakter)**

I forhold til sundhedskontakter ses en klar tendens på tværs af alle de udvalgte sygdomsområder: Alkoholproblematik er hyppigere blandt patienter med høj sandsynlighed for mange kontakter til både primærsektoren og ambulante hospitalskontakter. Det gælder især ved KOL, stroke, demens og type 2-diabetes, hvor alkoholproblemer markant oftere optræder i de grupper, der forventes at benytte sundhedsvæsenet mest. For depression ses et lignende mønster for ambulante hospitalskontakter, mens der ikke er forskel i primærsektorkontakter. Ved GAK er forskellen mindre, men også her ses en tendens til, at patienter med høj kontaktintensitet oftere har alkoholproblemer. Samlet peger resultaterne på, at mange sundhedskontakter efter indtræden af somatisk sygdom oftere ses hos patienter med alkoholproblemer end patienter uden alkoholproblemer. Dette kan være udtryk for flere forskellige sammenhænge, blandt andet at alkoholproblemerne er en indikator for en mere kompleks sygdomsbyrde - både relateret og ikke relateret til den specifikke somatiske sygdom.

### **Indlæggelser (ikke-akutte og akutte)**

Alkoholproblemer er tydeligt forbundet med en øget sandsynlighed for mange indlæggelser, både akutte og ikke-akutte på tværs af alle sygdomsområder. Denne sammenhæng er særlig udtalt ved KOL, stroke, depression, demens og type 2-diabetes, hvor patienter med høj sandsynlighed for indlæggelser har markant oftere alkoholproblemer. De største forskelle ses ved akutte indlæggelser, hvor andelen med alkoholproblemer ofte ligger 15–25 procentpoint højere blandt dem med højest risiko. Dette mønster genfindes også i GAK-populationen. Resultaterne understreger, at patienter med alkoholproblemer har flere akutte problemstillinger året efter registreret somatisk sygdom. Selvom dette delstudie ikke direkte kan pege på årsagen hertil, kan det være udtryk for flere forskellige sammenhænge. For eksempel kan det være tegn på en høj samlet sygdomsbelastning, men det er også muligt, at det er udtryk for begrænset sundhedskompetence og forsinket sygdomsopsporing, som kan føre til øget brug af det akutte sundhedsvæsen sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer.

### **Sygefravær**

Sammenhængen mellem alkoholproblemer og langvarigt sygefravær varierer på tværs af diagnoser. For nogle grupper – såsom KOL, depression og type 2-diabetes – ses kun en let øget forekomst af alkoholproblemer blandt patienter med højest sandsynlighed for mange sygedage ved langvarigt sygefravær. Patienter med stroke og GAK med høj sandsynlighed for længerevarende sygefravær har generelt sjældnere alkoholproblemer. For demens er sygefravær ikke relevant, da størstedelen af populationen er pensioneret. Samlet set fremstår sygefravær som et område med mindre tydelige mønstre end for sundhedskontakter og indlæggelser. Noget af forklaringen kan skyldes, at det formentlig er de mest ressourcestærke patienter, der indgår i disse analyser, da det kræver, at patienten har et arbejde forud for diagnosen. Patienter med alkoholproblemer vil formentligt sjældnere være repræsenteret i denne gruppe, og resultaterne afspejler derfor i mindre grad patienter med alkoholproblemer. Dette kan også forklare de modsatte resultater for præsentationen af alkoholproblemer i henhold til forekomst af sygefravær på tværs af de forskellige patientpopulationer.

### **Tilbagevenden til arbejde**

Der er en konsistent tendens på tværs af sygdomme til, at patienter med høj sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde sjældnere har alkoholproblemer. Dette gælder især ved KOL, stroke, depression og type 2-diabetes. Resultatet kan afspejle, at alkoholproblemer oftere hænger sammen med mere alvorlig sygdom, lavere funktionsniveau og social belastning – forhold, der reducerer sandsynligheden for arbejdsfastholdelse. Ved GAK ses stort set ingen forskelle mellem patienter med og uden alkoholproblemer, og for demens er området ikke relevant.

## **Sundhedsudgifter**

Alkoholproblemer ses markant hyppigere blandt patienter med højest sandsynlighed for at have høje sundhedsudgifter på tværs af sygdomsområder. Dette gælder i de analyserede forskelle mellem de 10 procent med højest og lavest forventede udgifter. Selvom man ikke kan pege på den direkte årsag til dette ud fra Delstudie 1, kan resultatet for eksempel hænge sammen med, at alkoholrelaterede sygdomsforværringer og eventuel multisygdom i høj grad kan øge behovet for både ambulante sundhedskontakter og hospitalsindlæggelser. Dette understøttes af de ovenstående resultater. Samlet indikerer mønstret, at det øgede forbrug af sundhedsydelser blandt denne gruppe i væsentligt omfang hænger sammen med et mere komplekst og hyppigt kontaktmønster i både det primære og sekundære sundhedsvæsen.

## **Behandlingskvalitet**

### *Samlet behandlingskvalitet*

For KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og delvist GAK ses der generelt færre alkoholproblemer blandt patienter med højest sandsynlighed for at modtage høj behandlingskvalitet. Dog er forskellene relativt små. Resultaterne indikerer, at alkoholproblemer i nogle patientgrupper er forbundet med lavere sandsynlighed for at modtage optimal kvalitet i behandlingen.

### *Udvalgte kvalitetsmål – KOL og Stroke*

Sammenhængen mellem alkoholproblemer og behandlingskvalitet varierer betydeligt mellem sygdomsområderne. For KOL ses ingen sammenhæng mellem alkoholproblemer og kvaliteten af de udvalgte indikatorer (lungefunktionstest og inhalationsteknik). For stroke tegner der sig derimod et klart billede af ulighed, hvor patienter med alkoholproblemer sjældnere indlægges på strokeenhed og sjældnere modtager revaskulariserende behandling, men til gengæld oftere får udarbejdet genoptræningsplan. For stroke, kan det dreje sig om, at patienterne kommer for sent til at modtage relevant behandling.

## **Død**

På tværs af alle sygdomsgrupper – KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og GAK – ses en markant sammenhæng mellem alkoholproblemer og høj sandsynlighed for død inden for et år efter diagnosen. Patienter i de grupper med højest risiko for død inden for et år efter indexdatoen har gennemgående oftere alkoholproblemer og højere forekomst af multisygdom. Alkoholforbrug fremstår både som en risikofaktor for forværring og som en indikator for komplekse sociale og helbreds-mæssige udfordringer, der øger risikoen for død på tværs af sygdomme.

## 7.5 Delkonklusion

Resultaterne af Delstudie 1 peger på tydelige mønstre af ulighed i hele behandlingsforløbet, som viser, at behovet for differentierede indsatser findes på tværs af demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl. De overordnede mønstre vedrørende ulighed er beskrevet herunder.

### Demografi

Delstudie 1 viser tydelige demografiske forskelle i sandsynligheden for forskellige udfald blandt patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes og GAK.

**Mænd** er overordnet mere repræsenteret i grupper med høj sandsynlighed for mange hospitalskontakter, indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død, men har samtidig større sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde og opnå høj behandlingskvalitet. **Kvinder** med KOL, stroke og diabetes er oftere i høj sandsynlighed for mange kontakter til primærsektoren og langvarigt sygefravær, mens kvinder med stroke også har højere sandsynlighed for akutte indlæggelser og død.

**Aldersforskelle** er markante på tværs af de udvalgte sygdomme. Ældre patienter, uanset diagnose, er typisk i grupper med høj sandsynlighed for primærsektorkontakter, indlæggelser og død, mens yngre patienter oftere har langvarigt sygefravær, men også større sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde og høj behandlingskvalitet.

**Samlivsstatus** udviser væsentlig variation. Enlige patienter har højere sandsynlighed for sundhedskontakter, indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død, mens samlevende oftere er højere sandsynlighed for bedre prognose og tilbagevenden til arbejde.

Samlet peger resultaterne på, at køn, alder og samlivsstatus har betydelig indflydelse på både sygdomsforløb, behandling og udfald. Derudover ses der demografiske forskelle i brug af det primære, sekundære, ambulante og akutte sundhedsvæsen, hvilket understreger behovet for differentierede indsatser for optimeret forbrug i det danske sundhedsvæsen.

### Socioøkonomi

Socioøkonomiske faktorer har en markant indflydelse på sygdomsforløb og behandlingsudfald.

Lav **indkomst** er konsekvent forbundet med høj sandsynlighed for mange sundhedskontakter, akutte indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død.

Patienter med lav **uddannelse** følger samme mønster, især i relation til primærsektorkontakter, akutte indlæggelser og død. Der ses dog nuancer, hvor patienter med høj **uddannelse** og **indkomst** oftere er repræsenteret i grupper med høj sandsynlighed for ambulante kontakter, ikke-akutte indlæggelser og høj behandlingskvalitet. Disse grupper har også større sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde.

Patienter med **arbejdsmarkedstilknytning** er typisk i lav-sandsynlighedsgrupperne for kontakter til primærsektoren, akutte indlæggelser og død, men de er samtidig overrepræsenteret i grupper med høj sandsynlighed for ambulante kontakter og høj behandlingskvalitet.

Samlet understreger resultaterne, at **lav indkomst og uddannelse** er stærkt forbundet med øget sygdomsbyrde og død, mens høj socioøkonomisk status og arbejdsmarkedstilknytning er relateret til bedre behandlingskvalitet og arbejdsfastholdelse. Overordnet ses der socioøkonomiske forskelle i brug af det primære, sekundære, ambulante og akutte sundhedsvæsen, som eventuelt kan relateres til mindre gode sundhedskompetencer, hvilket understreger behovet for differentierede indsatser for optimeret forbrug i det danske sundhedsvæsen.

## Helbred

Helbredsmæssige faktorer som **alkoholrelaterede udfordringer** og multisygdom har stor betydning for sygdomsforløb og behandlingsudfald. Alkoholproblemer er hyppigere blandt patienter med høj sandsynlighed for mange sundhedskontakter, indlæggelser og død, mens de forekommer sjældnere hos patienter med større sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde og høj behandlingskvalitet.

En høj grad af **multisygdom** er ligeledes forbundet med høj sandsynlighed for sundhedskontakter, indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død. Omvendt ses lav grad af eller ingen multisygdom oftere blandt patienter med KOL og stroke, der har større sandsynlighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet og bedre behandlingskvalitet.

Samlet understreger resultaterne, at alkoholproblemer og multisygdom øger sygdomsbyrden og forværrer prognosen, mens fravær af disse faktorer er relateret til bedre behandlingskvalitet og tilbagevenden til arbejde.

## Bopæl

Patienternes **bopæl** har betydning for de forskellige udfald blandt patienter med de udvalgte sygdomme. Patienter med høj sandsynlighed for hospitalskontakter, indlæggelser og høje sundhedsudgifter bor oftere i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og storbykommuner, mens patienter med lav sandsynlighed typisk er bosat i Region Midtjylland og provinsbyer. For stroke ses et lignende mønster, hvor høj sandsynlighed for mange kontakter til sundhedsvæsenet er mest udbredt i hovedstads- og storbyområder, mens lav sandsynlighed er knyttet til Region Nordjylland, Region Sjælland og landkommuner. Den opgjorte behandlingskvalitet og varierer også geografisk: Patienter i Region Midtjylland og Region Sjælland oplever generelt højere samlet behandlingskvalitet, mens bopæl i Region Hovedstaden er forbundet med større sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde. Det er uvist, hvor stor en del af disse variationer, der skyldes forskelle i registreringspraksis, populationssammensætning, tilgængelighed af kvalificeret personale, behandlingstilbud, adgang og kvalitet på tværs af landet. Samlet peger resultaterne på, at regionale og by/land forskelle har betydning for både sygdomsbyrde og behandlingsudfald. Dette lægger op til en yderligere undersøgelse af årsagen hertil.

## Samlet betydning af alkoholproblemer på behandlingsforløb

Overordnet på tværs af sygdomsgrupperne fremstår alkoholproblemer klart forbundet med en øget samlet sygdomsbelastning. Patienter med alkoholproblemer har oftere mange sundhedskontakter, flere indlæggelser, højere sundhedsudgifter og en øget risiko for død. Samtidig har de i mindre grad sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde. For behandlingskvalitet ses et mere blandet billede: Indenfor nogle sygdomsområder, særligt den akutte stroke behandling, modtager patienter med alkoholproblemer i mindre grad optimal udredning og behandling. Patienter med stroke og alkoholproblemer har mindre sandsynlighed for at blive indlagt på en strokeenhed og modtage revaskulariserende behandling sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer. Til gengæld får patienter med stroke og alkoholproblemer oftere udarbejdet en genoptræningsplan senest dagen efter udskrivelse sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer. Delstudie 1 påviser ikke en sammenhæng mellem alkoholproblemer og behandlingskvaliteten for patienter med KOL, herunder måling af lungefunktion og inhalationsteknik. Dette stemmer overens med fund fra tidligere studier, hvor ulighed i behandling i det danske sundhedsvæsen oftere ses på områder hvor behandlingen påvirkes af patienternes egne kontaktmønstre eller symptomforståelse. Samlet viser resultaterne, at alkoholproblemer fungerer som en stærk indikator for komplekse patientforløb og derfor kræver tidlige, differentierede og målrettede indsatser, der kan tilpasses både sygdomsbilledet og patienternes samlede sociale og sundhedsmæssige situation.

## 8. Resultater af Delstudie 2

I dette afsnit præsenteres resultaterne af Delstudie 2, der med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, undersøger hvilke barrierer i behandlingen, differentierede indsatser bør sigte mod at adressere, og hvilke typer af indsatser, der kan være behov for. Analysen er baseret på 30 kvalitative interviews foretaget med 31 informanter, herunder både borgere/patienter, sygeplejersker, socialsygeplejersker og læger fra henholdsvis akutafdelinger og specialiserede hospitalsafdelinger. Der er også foretaget interviews med ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne, praktiserende læger, medarbejdere i de kommunale rusmiddelcentre samt ansatte i den kommunale hjemmepleje. En samlet oversigt over informanterne kan findes i Bilag (afsnit 12.2).

Analysens afsnit indledes med en gennemgang af de barrierer, som fremhæves af informanter på tværs af de forskellige grupper. Grundet en hovedvægt på interviews med hospitalspersonale, vedrører en del af de barrierer, der fremdrages, hospitalsbehandlingen, selvom mere tværgående barrierer og barrierer relateret mere specifikt til behandling i primærsektoren også berøres. De identificerede barrierer præsenteres i tematiske kategorier (Figur 5), for eksempel: *Begrænset fokus på alkoholproblemer og tidlig indsats, Uens praksis og uklarhed omkring afrusning og abstinensbehandling på hospitalet, Stigmatisering af patientgruppen* med videre. Under nogle af temaerne inddrages patienters erfaringer som illustrative nedslag i form af uddrag af patientfortællinger, der viser, hvordan de udfordringer, de professionelle beskriver, opleves fra et patientperspektiv. På den baggrund peges der på, hvilke typer af differentierede indsatser der kan være behov for, for at imødekomme barriererne og understøtte mere sammenhængende og målrettede behandlingsforløb.

Figur 5 – Opsummering af resultater af Delstudie 2

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

*Kliniske og behandlingsrelaterede barrierer og behov for indsatser:*

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

*Organisatoriske og systemiske barrierer og behov for indsatser:*

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

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

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

*Kompetence – og ressourcemæssige barrierer og behov for indsatser:*

- Utilstrækkelig alkoholfaglig ekspertise på hospitalet

## 8.1 Barrierer for somatisk behandling ved samtidigt alkoholoverforbrug

Som beskrevet i afsnit 5.3, kan alkohol forårsage over 200 forskellige sygdomme og tilstande. Overforbrug af alkohol kan blandt andet føre til indlæggelse på hospitalet på grund af dårlige levertal, leversvigt, betændelse i bugspytkirtlen, eller skader efter fald og ulykker. Herudover kan alkohol forårsage indlæggelse på grund af alvorlige abstinenser, ligesom patienter med alkoholproblemer dagligt indlægges på forskellige specialiserede hospitalsafdelinger, hvor øvrige sygdomme er den primære årsag til indlæggelsen. Det fremgår af interviews med både almen praktiserende læger og hospitalspersonale, at et overforbrug af alkohol kan få konsekvenser for både udvikling og forværring af øvrige somatiske sygdomme, for behandlingen af disse sygdomme og for resultaterne af behandlingen.

I det følgende opridses nogle af de mere sygdomsspecifikke barrierer for behandling, som de kommer til udtryk i interviewmaterialet, i relation til nogle af de sygdomme, der er genstand for analyse i Delstudie 1. Herudover identificeres nogle af de mere tværgående barrierer for hospitalsbehandling, som et overforbrug af alkohol ifølge flere informanter kan medføre.

### **Barrierer relateret til medicinadministration og deltagelse i behandlingsforløb**

Interviewmaterialet peger på, at et alkoholoverforbrug kan have betydelige konsekvenser for patienters mulighed for både at deltage i og efterleve et behandlingsforløb, når de bliver somatisk syge. Særligt peger sundhedsprofessionelle på udfordringer med behandlingsadhærens<sup>2</sup> (36), især i situationer hvor behandlingen kræver, at patienten selv administrerer medicin eller møder op til planlagte kontroller.

Et eksempel på dette ses i diabetesbehandling. En læge fra en endokrinologisk afdeling beskriver, hvordan behandlingen for diabetes forudsætter, at patienten tager sin medicin regelmæssigt. Dette kan imidlertid være vanskeligt for nogle patienter at efterleve, fordi de selv skal afhente medicinen på apoteket og stå for den daglige administration af medicinen. Lægen fortæller, at hans erfaring er, at medicinen ofte ikke bliver afhentet på apoteket. En hjemmesygeplejerske understreger samme pointe i hendes udtalelse: *"De er jo super dårlige til at tage hensyn til deres diabetes"*, og uddyber, at manglende adhærens kan få *"fatale konsekvenser"* i form af senkomplikationer (Hjemmesygeplejerske, informant 27). Udtalelsen illustrerer, at det behandlingsansvar, der lægges over på patienterne med hensyn til at afhente og administrere medicin i det daglige liv, i nogle tilfælde overstiger patienternes ressourcer og forudsætninger i praksis.

Også i relation til KOL beskrives det, hvordan alkoholoverforbrug kan forstyrre centrale elementer i behandlingen. En sygeplejerske fortæller, at alkohol påvirker koncentration og hukommelse, hvilket gør det vanskeligt for patienterne at anvende inhalationsmedicin korrekt og samtidig udfordrer personalets muligheder for at sikre en optimal behandling. Sygeplejersken fremhæver samtidig, at netop blandt patienter med KOL, og især patienter i særligt sårbare positioner, bruges alkohol i nogle tilfælde som en form for mestringsstrategi i forbindelse med angst, der opleves i forbindelse med åndenød fremkaldt af sygdommen. Dette vurderes yderligere at kunne udfordre den medicinske behandling og forstærke patienternes sårbarhed i behandlingsforløbet.

Udfordringer med fremmøde beskrives ligeledes som en gennemgående barriere for deltagelse i behandlingsforløb. En hjemmesygeplejerske fortæller, at *"det er rigtig svært for målgruppen at fremmøde i det hele taget"*, og at dette, uanset den somatiske problemstilling, ofte resulterer i aflysninger og afslutning af patientforløb (Hjemmesygeplejerske, informant 25). Hun uddyber, at forventningen om, at

---

<sup>2</sup> Behandlingsadhærens referer til, i hvilken grad patienter efterlever sundhedsprofessionelle anbefalinger og medicinske ordinationer, herunder for eksempel medicinindtagelse, diæt, livstilsændringer eller fremmøde til behandling. Begrebet bruges til at beskrive patientens aktive deltagelse i egen behandling og er afgørende for behandlingens effekt.

patienterne selv skal orientere sig via e-Boks, kan være problematisk, fordi de ikke altid er i stand til det. Ligeledes kan manglende samkøring mellem journalsystemer føre til, at kontroltider overses. Hertil kommer praktiske udfordringer, såsom udfordringer med transport til kontrolforløb, hvilket også kan medføre mislykkede patientaftaler.

Disse forhold illustrerer, hvordan både organisatoriske og praktiske barrierer kan hæmme patienters deltagelse i behandlingsforløb. Samtidig peger en læge fra en akutafdeling på, at genoptræningsindsatsen efter stroke kan være vanskelig at gennemføre for patienter med overforbrug af alkohol, hvilket kan få konsekvenser for både rehabiliteringsforløbet og den samlede prognose.

### **Barrierer relateret til den medicinske behandling**

Interviewmaterialet peger desuden på, at et samtidigt alkoholoverforbrug kan medføre konkrete begrænsninger i de medicinske behandlingsmuligheder, som sundhedsprofessionelle ellers ville tilbyde patienten. I relation til KOL beskriver en sygeplejerske, hvordan visse antibiotikatyper, der normalt anvendes ved KOL-forværringer, ikke kan benyttes, fordi de ikke tåler kombination med alkohol. Dette indebærer, at behandlingen må tilpasses og alternative løsninger findes, hvilket kan påvirke behandlingens effekt og forløb. Hun peger endvidere på sikkerhedsmæssige hensyn, der kan begrænse patientens adgang til iltbehandling i hjemmet. I nogle tilfælde kan ilt ikke sendes med patienten hjem, fordi kombinationen af ilt, alkohol og rygning kan udgøre en direkte fare for patientens sikkerhed.

Også på diabetesområdet beskrives tilsvarende dilemmaer. En læge fortæller, at visse lægemidler må fravælges, fordi de kan indebære betydelig risiko i kombination med alkohol, for eksempel risikoen for lavt blodsukker i forbindelse med insulinbehandling, hvilket kan være farligt for patienten, særligt hvis symptomerne forbliver uopdagede i tilfælde af beruselse. Lægen fremhæver derudover, at medicinens pris kan udgøre en væsentlig økonomisk barriere for patienterne, hvilket kan forstærke problemer med behandlingsadhærens.

### **Barrierer relateret til udredning og diagnosticering af patienten**

Et overforbrug af alkohol kan også skabe væsentlige udfordringer i forbindelse med diagnosticering og behandling af akutte somatiske tilstande hos patienten. En læge fra en akutafdeling beskriver, hvordan alkoholpåvirkning kan sløre symptomer på eksempelvis stroke, hvilket kan føre til, at sygdommen i første omgang overses, fordi de akutte symptomer fejlagtigt tolkes som alkoholpåvirkning. Denne erfaring genfindes i forskning, der viser, at det kan være vanskeligt at skelne mellem symptomer på stroke og tegn på beruselse, hvilket kan forsinke diagnosticering og dermed opstart på behandling (25). En sådan forsinkelse kan betyde, at patienten ankommer for sent til hospitalet og derved mister muligheden for trombolysebehandling<sup>3</sup> (25). Dette kan bidrage til at forklare resultaterne fra Delstudie 1, som viser, at patienter med alkoholproblemer har lavere sandsynlighed for at blive indlagt på en strokeenhed eller modtage revaskulariserende behandling sammenlignet med patienter uden alkoholproblemer. Ifølge lægen kræver patienter, der er påvirkede af alkohol, grundigere undersøgelser og tættere observation for at sikre korrekt vurdering.

### **Barrierer i forbindelse med patientens indlæggelsesforløb**

Derudover beskriver flere sundhedsprofessionelle, at der kan opstå udfordringer i behandlingen under indlæggelse, for eksempel hvis en patient udvikler abstinenser under en scanning eller er alkoholpåvirket i forbindelse med en operation. En del af disse barrierer kan ifølge informanterne afhjælpes med korrekt og tilstrækkelig abstinensbehandling under indlæggelsen. Dette forudsætter imidlertid, at

---

<sup>3</sup> Trombolysebehandling er en akutbehandling ved blodprop i hjernen, som sigter mod at opløse blodproppen og gendanne blodtilførslen til hjernen. Behandlingen kan forbedre patientens prognose betydeligt, men effekten afhænger af, at patienten ankommer til hospitalet inden for et snævert tidsvindue efter symptomer opstår. Forsinket diagnostik og sen ankomst til hospitalet kan derfor betyde, at patienten ikke kan modtage behandlingen.

sundhedsprofessionelle bliver opmærksomme på alkoholproblematikken, at patienten ønsker abstinensbehandling, og at behandlingen iværksættes og gennemføres i tilstrækkeligt omfang, jævnfør afsnit 8.2.

I flere interviews beskrives det desuden, hvordan patienters oplevelser og adfærd under indlæggelse kan medføre udfordringer for behandlingen. Særligt fremhæves situationer, hvor patienter ønsker at forlade hospitalet før tid, eksempelvis fordi de ikke ønsker at være indlagt. En sygeplejerske fortæller, at tidlig udskrivelse kan øge risikoen for forværring, særligt blandt KOL-patienter, hvor en stabil medicinsk behandling er afgørende for sygdomsforløbet. Når patienter forlader hospitalet, før behandlingen er fuldført, kan det få direkte konsekvenser for både behandlingsmuligheder og behandlingsresultater.

Derudover nævnes det af flere sygeplejersker og læger på hospitalerne, at det opleves som en markant udfordring for behandling, hvis patienten opleves som udadreagerende under indlæggelse. En sygeplejerske fortæller for eksempel:

*"Så kan der være det problem, at nogle af dem kan være aggressive for eksempel, og lige så snart folk har en lille smule aggressiv adfærd, så holder plejepersonalet sig også længere væk. Så på den måde får man ikke den optimale behandling, man skal have (...) Så trækker man sig som plejepersonale, ik?"*

*Sygeplejerske, informant 1.*

Selvom citatet illustrerer, at sundhedsprofessionelle kan opleve udadreagerende adfærd som ubehagelig, peger det samtidig på, at de eksisterende indlæggelsesrammer kan være vanskelige for patientgruppen at opholde sig i. Citatet illustrerer også, at personalets utryghed kan få konsekvenser for patienternes behandling. Ifølge en hospitalsledelses-repræsentant kan barrierer som de ovenstående betyde, at patienter med et overforbrug af alkohol hurtigt bliver betragtet som besværlige. En informant nævner desuden, at besværlighederne ved både at skulle håndtere den somatiske sygdom og alkoholproblemet kan medføre, at hospitalslægen beder patienten om at henvende sig til rusmiddelcentret for at få behandlet alkoholoverforbruget, før den somatiske sygdom kan behandles. Dette kan i givet fald forsinke den somatiske behandling.

En større analyse udgivet af Behandlingsrådet i 2024 (15) afdækker barrierer for den somatiske behandling af patienter med psykisk lidelse. De barrierer, der fremdrages her, omfatter for eksempel, at patienterne kan holde sig tilbage i forhold til at kontakte sundhedsvæsenet grundet eksempelvis dårlige oplevelser, utryghed eller manglende overskud; at lægen kan tilskrive den psykiske lidelse tegn på somatisk sygdom, udfordringer i forhold til adhærens, barrierer relateret til manglende socialt netværk og støtte, økonomiske udfordringer i forhold til køb af medicin og transport, utryghed forbundet med indlæggelse med videre. Behandlingsrådets analyse fremhæver, at mange af de identificerede barrierer også opleves af sundhedsprofessionelle som gældende for patienter med afhængighed, herunder afhængighed af alkohol.

### **Behov for differentierede indsatser**

Ovenstående peger på, at der er behov for forskellige tilpasninger af indsatser, hvis mulighederne for og kvaliteten af den somatiske behandling af patienter med alkoholproblematik skal øges.

- Først og fremmest indikerer empirien, at indsatser, der sigter mod at håndtere alkoholoverforbruget i sig selv, vil øge mulighederne for behandling af øvrige somatiske sygdomme. Hvis patienten er påvirket eller abstinent kan visse behandlinger ikke gennemføres, hvilket kan forsinke udredning og behandling og i sidste ende få alvorlige konsekvenser for patientens helbred.
- Ovenstående peger samtidig på nødvendigheden af at sikre indlæggelses- og behandlingsrammer, der tager højde for, at patienter kan have et samtidigt alkoholproblem. Nogle patienter kan



have behov for mere fleksible indlæggelsesrammer, tilpasset deres forudsætninger for at indgå i behandling. Dette involverer også et systematisk fokus på tilstrækkelig abstinensbehandling under indlæggelse, hvilket forudsætter, at de eksisterende barrierer for abstinensbehandling adresseres, jævnfør afsnit 8.2.

- Interviews med forskellige informanter tilknyttet hospitalsafdelinger i denne undersøgelse indikerer desuden, at en opkvalificering af sundhedsprofessionelles faglighed på de somatiske hospitalsafdelinger kan øge både patienters, medpatienters og hospitalsansattes tryghed i forbindelse med indlæggelse og have en positiv effekt på behandling, jævnfør afsnit 8.8. og 8.10.
- Patienter med et overforbrug af alkohol kan have samtidige psykiske lidelser – en såkaldt dobbeltdiagnose. For reelt at tilgodese denne patientgruppe er det derfor nødvendigt også at adressere de barrierer for somatisk behandling, som patienter med psykisk lidelse møder, og som blandt andet er beskrevet i en tidligere undersøgelse (15). Dobbelt diagnosticerede patienter kan således med fordel tænkes aktivt ind i planlægningen af en sammenlægning af somatik og psykiatri.
- Endelig peger erfaringer hos sundhedsprofessionelle på, at behandlingsansvaret i praksis ofte placeres hos patienten – eksempelvis gennem forventninger om, at de selv skal kunne hente, administrere og tage medicin regelmæssigt samt navigere stabilt i behandlingsforløbet. Flere sundhedsprofessionelle beskriver imidlertid eksempler på patienter, der i praksis ikke kan varetage dette ansvar. Dette peger på et behov for at udvikle mere realistiske og understøttende rammer, der matcher patienternes faktiske forudsætninger.

## 8.2 Uens praksis og uklarhed omkring afrusning og abstinensbehandling på hospitalet

En væsentlig årsag til at patienter indlægges på hospitalet på grund af alkoholproblemer, er i tilfælde af behandlingskrævende abstinenser. Sundhedsprofessionelle på hospitalerne fortæller, hvordan nogle patienter bliver bragt ind, fordi de er blevet fundet bevidstløse eller svært påvirkede – enten hjemme af pårørende eller på offentlige steder. I andre tilfælde opsøger patienterne selv hospitalet for at modtage abstinensbehandling, for eksempel, hvis patienten ikke har mulighed for at skaffe alkohol eller hvis vedkommende ønsker at blive afrust med henblik på at komme ud af alkoholforbruget. Nogle patienter indlægges af sociale årsager, for eksempel hvis patienten bliver fundet stærkt beruset og vurderes ude af stand til at tage vare på sig selv. De interviewede hospitalsansatte beskriver oplevelsen af, at patienter med alkoholproblemer er en patientgruppe, de ser hyppigt, og det er ofte de samme personer, der indlægges igen og igen. Hertil kommer patienter, der, jævnfør afsnit 8.1, primært indlægges på grund af andre somatiske sygdomme eller tilstande, men som samtidig har behov for abstinensbehandling under indlæggelsen. Interviews med sundhedsprofessionelle på hospitalerne peger på, at patienter, der indlægges primært til abstinensbehandling, som regel placeres på akutafsnit eller medicinske afdelinger. I nogle tilfælde anvendes dog ledige senge på andre specialiserede afdelinger, eksempelvis gastroenterologiske afdelinger, eller fordelingen sker ud fra en fordelingsnøgle på tværs af afdelinger.

Ifølge WHO's sygdomsklassifikation, ICD-11, betragtes alkoholafhængighed som en sygdomstilstand eller lidelse, defineret via formelle kriterier. Personer med alkoholafhængighed kan opleve abstinenser ved ophør eller reduktion af et stort og længerevarende alkoholforbrug, som kan variere fra symptomer som rysten og angst til alvorlige komplikationer, som i værste fald kan være livstruende og kræver behandling (37). Afhængigt af patientens tilstand og abstinenssymptomernes sværhedsgrad, kan abstinensbehandling ordineres af læger som en del af den kommunale alkoholbehandling, eller det kan initieres af praktiserende læger eller af hospitalslæger under en indlæggelse. Kommuner og almen praksis håndterer typisk de lettere forløb, mens hospitalsbehandling er nødvendig ved svære abstinenser, ved

risiko for delirium tremens<sup>4</sup> (38) eller kramper, eller når patienten i forvejen er indlagt af andre årsager og samtidig har risiko for abstinenser. Patienternes ret til abstinensbehandling er lovfæstet i Autorisationslovens § 41, og omfatter personer med stofmisbrug. Loven fastslår, at abstinensmedicin skal ordineres straks, når der er tale om behandlingskrævende akutte abstinenser (39).

Som det blev omtalt i afsnittet vedrørende barrierer for somatisk behandling ved samtidigt alkoholoverforbrug, fortæller de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, at abstinensbehandling på hospitalet er en afgørende del af behandlingen – både for at forebygge alvorlige komplikationer som kramper og dødsfald som følge af abstinenserne - og for at understøtte patientens somatiske behandling under indlæggelse, for eksempel ved at muliggøre patientens deltagelse i undersøgelser og behandlinger. Mangelfuld abstinensbehandling kan derimod føre til, at patienter forlader hospitalet før tid, undgår at opsøge hjælp på hospitalet eller indtager alkohol under indlæggelsen, hvilket kan føre til udskrivelse inden fuldført behandling. Interviewene peger imidlertid i retning af, at der kan være nogle væsentlige barrierer i abstinensbehandlingen.

For det første peger interviewmaterialet på, at der er forskelle i holdninger og praksisser i forhold til hvornår og eventuelt også i hvilket omfang patienter med alkoholproblemer som primære henvendelsesårsag indlægges og tilbydes abstinensbehandling. Særligt hospitalslægerne beskriver, at deres vurderinger baseres på, om patienten opfylder medicinske kriterier for indlæggelse og abstinensbehandling. Patienter indlægges ikke alene på baggrund af alkoholpåvirkning og ønske om afrusning; det sker, når deres tilstand vurderes at kræve egentlig hospitalsbehandling – eksempelvis ved udvikling af abstinenser.

Flere fremhæver samtidig, at hospitalernes tilbud ikke er et afrusningstilbud, men et behandlingstilbud målrettet behandlingskrævende abstinenser. Alligevel nævnes eksempler på patienter i udsatte positioner med alkoholoverforbrug, som indlægges for eksempel af sociale hensyn eller fordi patienten giver anledning til sundhedsfaglig bekymring. Dette beskrives ofte som frustrerende, fordi indlæggelserne opleves som uden varig effekt – patienterne vender tilbage igen og igen – og fordi afrusning ikke ses som en opgave, der hører hjemme på hospitalet.

Samstemmende med dette fortæller en praktiserende læge, en medarbejder i hjemmeplejen og en ansat ved det kommunale rusmiddelcenter om oplevelsen af, at hospitalerne i nogle tilfælde afviser at indlægge patienter, hvor alkoholpåvirkning med behov for afrusning og abstinensbehandling er den primære problematik, eller hurtigt sender dem hjem igen, som medarbejderen i hjemmeplejen udtrykker det:

*"De [patienterne] er meget svære at få indlagt, fordi folk [de hospitalsansatte] siger: 'Jamen, hvad skal de indlægges for? Eller hvad er indikationen? På hvilken baggrund?'. Der er jo også et begrænset antal sengepladser, og hvis man får dem indlagt, jamen så kan jeg love dig for, at de kører dem meget hurtigt hjem igen."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 25.*

Interviewene peger i retning af, at afvisning af abstinensbehandling kan forekomme i situationer, hvor patienten henvender sig på hospitalet med en høj promille uden endnu at have udviklet synlige abstinenser. I praksis kan det betyde, at patienten ikke modtager abstinensmedicin, selvom vedkommende måske ønsker det. Som en hospitalslæge forklarer: *"Man skal ligesom have en vis mængde abstinenser, før vi giver det. Og det kan man jo synes er for lidt."* (Hospitalslæge, informant 10). En anden mulighed

---

<sup>4</sup> Delirium tremens er en alvorlig og potentielt livstruende alkoholabstinensstilstand, karakteriseret ved desorientering, angst, hallucinationer, rysten og sveden. Tilstanden kræver akut indlæggelse og hurtig medicinsk behandling med beroligende midler, samt kontrol af væske- og elektrolytbalancen.

er, at patienten ved henvendelse til hospitalet opfordres til at tage hjem og 'drikke ned' og vende tilbage, når abstinenserne indtræder. En hospitalslæge beskriver denne praksis i kommunikationen til en fiktiv patient:

*"Vi vil gerne hjælpe dig, men du skal komme her, når du er abstinent, og det er du ikke endnu. Nu har du stadigvæk for meget alkohol i blodet. Så hvis du går hjem nu, og så lader være med at drikke noget i et halvt døgn eller... og så kan du komme tilbage, når du begynder at få rystelser og sådan nogle ting". Så dem bør vi bare sende hjem, for der for dårlige resultater i forhold til alkoholforbruget."*

*Hospitalslæge, informant 13.*

Interviewene viser, at beslutningen om, hvorvidt en patient bør tilbydes abstinensbehandling på hospitalet kan afhænge af andre faktorer end kun patientens fysiske tilstand. Flere sundhedsprofessionelle peger på, at patienters motivation for at reducere deres alkoholforbrug varierer betydeligt. Denne variation kan påvirke de sundhedsprofessionelles opfattelse af, hvorvidt patienterne selv ønsker at ændre deres alkoholvaner, samt vurderingen af patientens prognose i forhold til at reducere eller ophøre med alkoholforbruget med tilbudt indlæggelse og abstinensbehandling – oplevelsen af om behandlingen vil 'nytte noget'. Nogle læger beskriver en oplevelse af, at visse patienter udviser en større motivation for forandring og bedre prognose for at reducere eller ophøre med alkoholforbruget end andre. Dette omfatter blandt andet patienter, der møder op på hospitalet stærkt berusede uden abstinenser, som sendes hjem igen, men som så er i stand til senere at møde op på hospitalet med abstinenser og lavere promille med behov for behandling. Disse patienter ses af disse læger som den primære gruppe, hospitalet bør fokusere på, og som en læge påpeger, medfører denne tilgang færre indlæggelsesdage, da patienten kun indlægges i den periode, hvor de akutte abstinenser optræder.

Ved siden af dette perspektiv beskriver særligt socialsygeplejerskerne på tværs af hospitaler et omsorgs- og relationsorienteret perspektiv. Her handler indsatsen om at møde patienterne dér, hvor de er, og tilbyde hjælp og støtte – uanset om patienterne ønsker at reducere eller stoppe med deres alkoholforbrug eller ej. Flere socialsygeplejersker fortæller, at en vigtig del af deres arbejde er at understøtte kollegernes motivation til at yde en god behandling, herunder abstinensbehandling, over for patienter med alkoholforbrug, som har gentagne henvendelser. De peger på, at disse patienter kan medføre en vis træthed eller udmattelse blandt personalet, som kan gå ud over behandlingen og som kan kræve, at socialsygeplejersken træder til som patientens talerør. Det kan handle om at undervise læger og sygeplejersker i at 'rumme' patienter med alkoholoverforbrug på afdelingen og i tankegangen om, at de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis skal have som målsætning at få patienterne ud af afhængigheden, men derimod at sikre, at patienterne bliver behandlet med respekt og værdighed under indlæggelsen. En socialsygeplejerske fortæller, hvordan hun arbejder med at understøtte personalets motivation til at vurdere patienten og tilbyde behandling til patienter, der henvender sig igen og igen, som hun fortæller: *"Ja, det kan godt være, at det er 6. gang, men grundlæggende, så skal han altså abstinensbehandles eller i hvert fald vurderes. Så det der med at prøve at advokere og være patientens talerør."* (Socialsygeplejerske, informant 6).

Flere sundhedsprofessionelle på hospitalerne peger på, at patienter muligvis tilbydes utilstrækkelig behandling af alkoholabstinenser under hospitalsopholdet. Det kan medføre, at de hurtigt forlader afdelingen igen, som en læge udtrykker det: *"(...) Der er så mange, når de kommer akut, der går igen. Altså, så sidder de og venter og kan ikke holde det ud (...), og så får de ikke lige det, de skal have til abstinensbehandling, og der er nogen, der bliver sure på dem. Eller: 'hvorfor gør du ikke dit?' Eller: 'hvorfor er du her?'"* (Hospitalslæge, Informant 8).

For at forebygge situationer, hvor patienter forlader afdelingen, vælger man nogle steder at tilbyde alkohol frem for abstinensmedicin. Begrundelsen er typisk et ønske om at forebygge alvorlige abstinenser, mindske risici forbundet med abstinensbehandling, skabe mere ro på afdelingen eller øge patientens

mulighed for at gennemføre anden nødvendig behandling. I nogle tilfælde bygger beslutningen også på en vurdering af, at korte afbrudsforløb ikke er til gavn for patienten. Interviewmaterialet peger dog på, at praksis omkring tilbud om alkohol varierer markant på tværs af hospitaler og afdelinger: Nogle steder bruger man det, andre steder gør man ikke.

Konflikten mellem de forskellige faglige holdninger til patientens indlæggelse og behandling med abstinensmedicin på hospitalet bliver tydelig i patientens møde med hospitalsvæsenet. En socialsygeplejerske fremhæver hendes erfaring, at uensartet praksis kan placere patienten i en særlig sårbar position, hvor vedkommende ofte ikke er i stand til selv at varetage sine interesser eller argumentere for sin ret til behandling. I sådanne situationer oplever socialsygeplejersken, at hun må påtage sig rollen som patientens talerør og fortæller internt – på trods af, at der formelt set eksisterer procedurer, som burde sikre patientens ret til ensartet og forsvarlig behandling. Om det beskriver hun:

*"Vi har også nogle gange lidt problemer, hvis der kommer en patient ind med en promise på 3, og så har de abstinenser. Og så siger jeg, at de skal have noget medicin for deres abstinenser, og så siger lægen: 'Nej, altså det gør vi først, når promillen er på nul.' Men der har vi også en procedure, så den printer jeg ud og giver til lægen, og så siger de: 'Okay (...).' Så det handler virkelig om at have styr på vores procedure."*

*Socialsygeplejerske, informant 12.*

Når beslutningen om abstinensbehandling i høj grad baseres på objektive, målbare kriterier som synlige abstinenser eller promillegrænser, kan patientens behov i nogle tilfælde risikere at blive undervurderet. Det beskrives af en socialsygeplejerske, som ligeledes påpeger, at abstinenser, der ikke er umiddelbart synlige bør tages alvorligt, men at tendensen i hospitalspraksis er, at abstinensscoring til vurderingen af tilbud om behandling kun foretages ved synlige abstinenser:

*"(...) hvis man hører interviews med folk, som drikker alkohol, så fortæller de jo, at abstinenser starter langt før, vi kan måle på dem. Men vi vil jo gerne kunne måle, veje, se og mærke ting – det er sådan, vi arbejder, ikke? Så vi tror jo mere på dem, når vi kan se: 'Hold da op, hvor har du det skidt', ikke? Så hvis der sidder en [patient] helt cool tilbage og siger: 'Jeg har så frygtelige abstinenser,' så har vi en tendens til at tænke: 'Ah, det tror jeg ikke, du har'. Men hvis de sidder og ryster, sveder, går uroligt rundt, begynder og tale om, at der er katte og mus på stuen, så bliver de abstinensscorede med det samme."*

*Socialsygeplejerske, informant 3.*

Når behovet for abstinensmedicin fejlvurderes, kan det have alvorlige konsekvenser. En praktiserende læge og en rusmiddelbehandler fortæller om situationer, hvor fejlvurderinger af patientens behov for abstinensbehandling førte til udvikling af alvorlige abstinenskramper.

En væsentlig udfordring opstår, når patienter undgår indlæggelse eller behandling på grund af tidligere negative erfaringer. En rusmiddelbehandler beskriver, hvordan patienter kan falde mellem systemerne: De er ikke syge nok til at få abstinensbehandling på hospitalet, men samtidig for påvirkede til, at kommunen kan hjælpe. Konsekvensen er, at patienten tabes, og problemerne fortsætter eller eskaleres, som han forklarer: "Og så går personen igen, og så går de hjem og drikker. Og så ser vi jo ofte personen igen, men bare uger eller måneder senere. Men der kan det nå at gå meget galt." (Rusmiddelbehandler, informant 22). En hospitalslæge fremhæver desuden erfaringen, at nogle patienter henvender sig på akutafdelingen efter at være blevet afvist abstinensbehandling i almen praksis. Samlet set indikerer det, at nogle patienter kan stå uden et reelt behandlingstilbud om abstinensbehandling, når de ønsker hjælp.

## Patientfortælling

---

### **”Det er altså lidt svært at sende en alkoholiker hjem og sige, at du skal komme igen ædru”**

Mads er i 50'erne, fraskilt og far til børn, som han fortsat har tæt og god kontakt til. Han har begrænset skoleuddannelse og stoppede efter folkeskolen. Mads har haft et alkoholoverforbrug, som han fortsat er i behandling for. Han fortæller om en almindelig interesse for mad, vin og socialt samvær, men også om en tidligere operation, der øgede hans risiko for afhængighed, samt et arbejdspress med mange nattevagter som medvirkende årsager til hans overforbrug af alkohol.

I første omgang er det Mads' nære pårørende, der presser på i forhold til at få ham i alkoholbehandling, og han kontakter kommunens rusmiddelcenter. Da han dog ikke selv oplever, at han er klar stoppe sit alkoholoverforbrug på dette tidspunkt, fortsætter problemet med at eskalere og resulterer til sidst i en indlæggelse på psykiatrisk hospital – en indlæggelse, Mads beskriver som forholdsvis ukompliceret, og som betyder, at han forbliver ædru i nogle år.

Da han oplever et tilbagefald og igen henvender sig til psykiatrisk hospital oplever han nu, at det er mindre uproblematisk. Han får at vide, at han er fuld - selv beskriver han, at han har en meget høj promille – ikke abstinens, og sendes hjem igen med beskeden om at møde op ædru næste morgen.

Mads oplever det som ulogisk og urealistisk, at en patient med et alkoholproblem bliver sendt hjem med beskeden om at møde op ædru – netop fordi problemet jo er, at patienten har svært ved at være ædru og forklarer: *”Det er altså sådan lidt svært at sende en alkoholiker hjem og sige, at du skal komme igen ædru. Men det gjorde de.”*

Mads oplever, at det er meget hårdt og vanskeligt at komme igennem natten uden alkohol – med henblik på at møde op igen ædru næste morgen. Han fortæller, at hans ekskone spiller en central rolle i at hjælpe ham - hun tager ham med hjem og støtter ham i at komme igennem natten. Om sin oplevelse af abstinenserne om natten beskriver han, at han fysisk får det utrolig dårligt. Det er: *”(...) som at have hosten, hvor man nærmest kaster op og svedeture og ekstrem høj puls, altså, og blodtryk er naturligvis også skudt helt i vejret.”*

Sammen møder Mads og hans ekskone ind på hospitalet klokken ni næste morgen, hvor han stadig kæmper med svære abstinenser. Her bliver han indlagt og får den nødvendige hjælp. Han mener ikke, at han ville have været i stand til at møde op uden støtten fra sin ekskone. Om det fortæller han: *”Havde jeg taget hjem til mig selv, så havde jeg ikke kunnet dukke op på sygehuset dagen efter ædru. Fordi når man er alkoholiker, når man drikker, når man holder op med at gøre det, jamen, du får det ubeskriveligt dårligt. Du ryster, du hoster, du kaster op - og du ved, at bare du tager en enkelt genstand eller to, jamen, så får du det med det samme bedre.”*

### **Behov for differentierede indsatser**

Interviewene viser, at hospitalerne primært fokuserer på den akutte fase af abstinensbehandlingen, hvor patienterne har tydelige abstinenssymptomer. Holdninger til abstinensbehandling og praksis varierer dog mellem faggrupper, afdelinger og hospitaler. Om en patient tilbydes abstinensbehandling afhænger blandt andet af graden af abstinenser, promilleniveau samt opfattelsen af patientens motivation og evne til at reducere alkoholforbrug. Konsekvensen er, at patienter kan møde forskellig praksis og vurdering, afhængigt af hvor og hvornår de søger hjælp.

Nogle patienter risikerer at falde mellem to stole og opleve, at de ikke kan få hjælp i nogen sektor. At placere ansvaret for at blive ædru som adgang til behandling placerer et uforholdsmæssigt stort ansvar på patienten, som kommer tydeligt til udtryk i patientfortælling med Mads, som med al tydelighed viser,

at patienter kan have svært ved på egen hånd at imødekomme kravet om at være abstinent og eventuelt ædru ved fremmøde på hospitalet.

- Interviewmaterialet peger på, at en mere ensrettet praksis begrundet i klare kliniske retningslinjer for hvornår abstinensbehandling iværksættes, og eventuelt i hvilket omfang, kan være med til at reducere risikoen for, at patienter afvises eller får utilstrækkelig behandling. Der findes en national klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, men den blev i 2023 vurderet som forældet og understøtter derfor ikke fuldt ud den nuværende kliniske praksis.
- Fundene peger samtidig på et behov for fokus på om den tværsektorielle alkoholbehandlingsindsats – herunder tilbud om abstinensbehandling – i tilstrækkelig grad formår at understøtte patienter, der ønsker at komme ud af deres alkoholoverforbrug. En mere håndholdt og sammenhængende indsats kan her være afgørende, eksempelvis gennem et tættere samarbejde mellem hospitaler, kommunale rusmiddelcentre og praktiserende læger. Flere informanter i undersøgelsen fremhæver, at planlagt abstinensbehandling kan være en hensigtsmæssig tilgang.
- Flere af informanterne i denne undersøgelse peger på, at der mangler et egentligt afrusningstilbud til patienterne – et tilbud, der kan hjælpe dem med at blive ædru. Der foreslås blandt andet etablering af et afrusningstilbud i form af en særlig afdeling på hospitalet, et opsøgende afrusningsteam, der kan støtte patienten i hjemmet, eller en kommunal afrusningsenhed.

### 8.3 Begrænset fokus på alkoholproblemer og tidlig indsats

Identificering af alkoholoverforbrug hos patienter gør det muligt at iværksætte en målrettet indsats, eksempelvis gennem henvisning til relevante behandlingstilbud. Det er derfor et centralt element i at højne kvaliteten af behandlingen. Ifølge Den Lægefaglige Tænketank, Atlas, drikker mellem 15 og 25 procent af alle indlagte patienter på tværs af specialer mere end de grænser, Sundhedsstyrelsen anbefaler. Særligt på akutafdelingerne er koncentrationen af patienter med et højt alkoholforbrug stor. Det understreger behovet for systematisk opmærksomhed på alkoholoverforbrug, når patienter kommer i kontakt med sundhedsvæsenet.

Hvordan alkoholproblemer forstås og afgrænses blandt fagpersoner har betydning for, om og hvordan, der handles. Interviewene viser, at der er væsentlige forskelle i forståelserne på tværs af de interviewede aktører. Hos ansatte i de kommunale rusmiddelcentre er det kendetegnende, at enhver, der henvender sig med en oplevelse af at have et alkoholproblem, anerkendes som en person med et alkoholproblem og tilbydes hjælp, hvis vedkommende ønsker det. Hos de sundhedsprofessionelle på hospitalerne og i almen praksis er forståelserne varierede. Enkelte nævner Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men mange vægter de negative sociale eller helbredsmæssige konsekvenser for patienten — og/eller afhængighed, som udslagsgivende for vurderingen af, om der er tale om et alkoholproblem eller et problematisk forbrug af alkohol hos patienten.

#### **Opmærksomhed på alkoholproblemer og indsats i hospitalsregi**

Interviewene viser, at alkoholproblemer hos patienter, der indlægges i hospitalsregi, kan være mere eller mindre synlige. I nogle tilfælde beskrives de som åbenlyse – som for eksempel når indlæggelsen skyldes alkoholrelaterede årsager som alkoholforgiftning, når patienten lider af en sygdom som lever sygdom, der tydeligt hænger sammen med et langvarigt overforbrug af alkohol, eller når alkoholforbruget har fået tydelige sociale konsekvenser. I andre tilfælde fremstår alkoholproblemer derimod mere skjulte. Sundhedsprofessionelle både i almen praksis og på hospitalerne peger på, at der er patienter, der går under radaren, det vil sige, hvor alkoholproblemet forbliver uopdaget og dermed ikke håndteres.

Flere faktorer kan bidrage til, at et alkoholoverforbrug forbliver skjult. For eksempel forklarer de sundhedsprofessionelle, at alkoholproblemer kan være svære at opdage hos patienter, der på ydersiden

fremstår velfungerende, som har en "pæn" fremtoning, og som formår at opretholde et normalt hverdagsliv. Flere sundhedsprofessionelle fremhæver yderligere, at alkoholproblemer typisk er en problemstilling, som de har erfaring med, at mange patienter ønsker at skjule eller underdrive. De oplever, at patienter kan være mindre klar til selv at erkende, at de har et alkoholproblem, og at de kan føle skam og stigmatisering forbundet med alkoholforbruget.

Derudover forklarer de sundhedsprofessionelle på hospitalerne også, at alkoholproblemer kan være vanskelige at opdage hos patienter, der har en høj funktionspromille – det vil sige, at de er vant til at indtage store mængder alkohol regelmæssigt og derfor kan fremstå upåfaldende for sundhedspersonalet. Årsagen er, at deres toleranceniveau gør, at de ofte ikke viser tydelige tegn på beruselse eller alkoholrelaterede symptomer (40).

Interviewene med de sundhedsprofessionelle på hospitalerne peger på, at der eksisterer flere barrierer i forhold til identificering og håndtering af alkoholproblemer hos patienter. En central del af dette handler om udfordringerne ved at få spurgt ind til patienternes alkoholforbrug og at få iværksat relevant handling på baggrund heraf. Hospitalslæger og sygeplejersker fortæller, at hospitalslægen rutinemæssigt spørger ind til patienternes alkoholforbrug ved journaloptag i forbindelse med indlæggelsen. De sundhedsprofessionelle påpeger imidlertid, at informationen kan være misvisende, hvis patienten ikke er åben om sit reelle forbrug ved at skjule eller underdrive det – noget flere sundhedsprofessionelle ofte har en fornemmelse af.

En anden faktor, der ifølge en hospitalslæge kan bidrage til et uklart billede af patientens alkoholforbrug, er måden, hvorpå registreringen foregår på i journalsystemet — hvor der ved journaloptag anvendes en foruddefineret afkrydsningsenhed som "*Mindre end 14 genstande*" i stedet for et præcist antal genstande. I nogle tilfælde, fortæller de sundhedsprofessionelle, afslører et alkoholoverforbrug sig i undersøgelser foretaget som led i patientens øvrige medicinske problemstillinger, men ellers kan det forblive skjult.

Interviews med de hospitalsansatte indikerer, at håndteringen af et alkoholproblem hos en patient varierer fra patient til patient og fra hospital til hospital. I nogle tilfælde inddrages socialsygeplejersken, hvis patienten ønsker det. I andre tilfælde nøjes man med at kommentere på det u hensigtsmæssige i alkoholindtaget overfor patienten - eventuelt, men ikke altid, med et opfølgende spørgsmål om, hvorvidt patienten ønsker hjælp. Nogle hospitalsansatte anerkender, at fokus på hospitalerne hovedsageligt ligger på den somatiske behandling, som patienten indlægges for, og at indsatsen ofte bliver begrænset, når der samtidig er tegn på et alkoholproblem, som denne hospitalslæge beskriver:

*"Jeg vil sige, altså vi spørger jo patienterne om, hvor meget. Og så er der nogle, der siger, at de drikker mere end hvad der anbefales. Og det gør vi ikke så meget ved så. Så behandler vi for det, de er kommet for. Selvfølgelig, hvis vi synes, at der er en relation med deres symptomer - altså det, de er kommet for, kontakter os for - og deres alkoholforbrug, så gør vi lidt mere end det."*

*Hospitalslæge, informant 13.*

Det bekræftes ligeledes af en sygeplejerske, som fortæller:

*"Altså, jeg tror, der er mange, hvor man opdager, at de har et alkoholforbrug, men jeg tror, der er mange tilfælde, hvor man ikke får gjort det videre, [andet end] at man sørger for, om de har brug for hjælp eller ej."*

*Sygeplejerske, informant 1.*

*"Så passer man dem, mens de er [her]. Og så er det primært dem, som virkelig måske kommer ind gentagne gange (...) det er mere dem, man samler op på, end det er dem, som måske drikker 6 øl om dagen."*

*Sygeplejerske, informant 1.*

Særligt sygeplejersker og socialsygeplejersker fremhæver, at det kræver tid at opbygge en relation til patienten og gennemføre én eller flere samtaler, som kan fremme patientens åbenhed om alkoholforbruget og motivation for hjælp. Det kan være udfordrende at tage en samtale med en patient om et muligt alkoholproblem, særligt når der er tale om patienter, der umiddelbart fremstår velfungerende, som måske selv arbejder indenfor sundhedsfaget, eller når kendskabet til alkoholforbruget har store konsekvenser, for eksempel hvis der er børn involveret, og en underretning kan komme på tale. Samtalen om et alkoholforbrug kan opleves som en slags 'pandoras æske'. En oversygeplejerske fra en specialiseret hospitalsafdeling beskriver, at det kræver tilløb fra personalets side at konfrontere patienter, hvor et alkoholproblem skjuler sig bag en 'pæn' facade, samtidig med at det kræver tid og vedholdenhed i en kontekst af travlhed og pres på afdelingens ressourcer:

*"Det her, det er et langt sejt træk, og det kan vi jo se, når vi har patienterne indlagt. Altså enten så skal man beslutte sig til: Nu laver jeg en samtale, nu går ind og tager den samtale her (...). Altså man skal jo ligesom nærme sig, altså hvornår er man [patienten] motiveret for det, og det kan man skulle gøre ad flere omgange (...). Man skal ligesom oparbejde den der tillid og fortrolighed imellem, så man også sådan åbent og ærligt kan sige: 'Ved du hvad, du drikker simpelthen mere end man anbefaler. Har du selv tænkt det?' Og tit ved de det jo godt. Det er også den der - altså manden på bænken ved det jo i hvert fald - men det der med, hvis det for eksempel er bankmanden eller sygeplejersken."*

*Sygeplejerske, informant 4.*

Socialsygeplejersken fremhæves som den primære aktør, som læger og sygeplejersker kan trække på til samtaler med patienter med alkoholoverforbrug og som den person, der har overblik over tilbud uden for hospitalet samt tværgående kontakt til kommune, psykiatri og praktiserende læge. Socialsygeplejersken har dog ofte sit primære fokus på patienter i udsatte positioner.

### **Opmærksomhed på alkoholproblemer og indsats i almen praksis**

I forhold til identificering af alkoholproblemer i almen praksis viser interviewene, at de praktiserende læger spørger systematisk ind til patienters alkoholforbrug i årskontroller ved patienter med kronisk sygdom. Derimod indgår alkoholforbrug ikke rutinemæssigt som et emne i almindelige konsultationer. Ligesom hospitalslægerne fremhæver flere af de praktiserende læger, at de har deres fokus på den primære, ofte somatiske, problemstilling, som patienterne har henvendt sig med, og at spørgsmål om patientens alkoholforbrug kræver 'en anledning'. Det kan for eksempel være en mistanke opstået på grund af en blodprøve eller en medicin, som patienten tager, som ikke virker som den burde. Flere af de praktiserende læger, der er talt med i denne undersøgelse, fortæller, at de sjældent spørger ind til patientens alkoholforbrug - medmindre det er den direkte grund til at patienten henvender sig - medmindre alkoholforbruget er meget tydeligt eller patientens sygdomme er direkte afledt heraf. Det betyder, at nogle patienter kan have alkoholproblemer, som går under radaren, som denne praktiserende læge beskriver:

*"Altså, vi snakker selvfølgelig rigtig meget med vores patienter omkring alkohol, men jeg tror, med mange af de somatiske problemstillinger, så tror jeg faktisk ofte, at vi slet ikke får det på bordet. Altså for eksempel patienter med ukomplicerede for højt blodtryk - der er alkohol jo en væsentlig risikofaktor, og det tror jeg faktisk, med skam jeg må erkende,*



*at det tror jeg faktisk ikke altid, vi får belyst. Så er der selvfølgelig det lidt mere oplagte, ikke, altså det kan være patienten, der kommer, er tydelig alkoholiseret og bærer præg af langvarigt alkoholforbrug i mange år - der får vi det selvfølgelig på bordet. Eller patienter med leversygdomme og sådan nogle ting. Men jeg tror i virkeligheden, at vi ofte kun ser toppen af isbjerget (...)."*

*Praktiserende læge, informant 18.*

Nogle af de praktiserende læger beskriver, ligesom flere af de hospitalsansatte, at samtalen om et muligt alkoholproblem hos en patient kan opleves som en svær samtale at skulle tage. Der kan være en berøringsangst og en tvivl om, om og hvornår det er i orden, at den praktiserende læge blander sig i en patients alkoholforbrug og hvornår det er et privat anliggende for patienten. Lægerne beskriver også, at samtalen om et alkoholproblem kræver mere tid end de typiske 15 minutters konsultation og ofte kan kræve gentagne samtaler. De fremhæver, at de tidsmæssige rammer gør det vanskeligt at opbygge den nødvendige relation, der kan få patienten til at være åben om sit alkoholforbrug, og at de dermed får begrænsede muligheder for at afdække de bagvedliggende årsager og yde den rette hjælp. Flere beskriver, at de oplever, at der skal være en åbning til at spørge ind til et alkoholforbrug hos en patient, medmindre alkoholproblemet er den direkte henvendelsesgrund, at det kan opleves 'ubelejligt' at konfrontere patienten med spørgsmål til et muligt alkoholoverforbrug og tilbyde en indsats. Det kommer blandt andet til udtryk hos denne praktiserende læge, som beskriver:

*"Fordi mange gange, når de kommer, så er der måske et eller andet akut problem, der skal løses - deres blodsukker er skudt ad helvede til, eller de har kørt galt eller skal have repareret en flænge i hovedet, altså. Det er jo ikke dér, man kan sige: 'Åh, for øvrigt har jeg et godt tilbud til dig om, at du kan komme i afvænningsfor dit alkoholmisbrug'. Altså, den flyver jo ikke lige dér. Men jeg skal jo være sikker på, at jeg kan få dem til at komme anden gang."*

*Praktiserende læge, informant 20.*

Hos nogle læger kan det blive en barriere, at alkoholproblemer og relaterede sociale vanskeligheder forbindes med kommunens ansvarsområde, hvilket kan bidrage til, at disse problematikker i praksis ikke adresseres i konsultationen. Fokus rettes i stedet mod de somatiske aspekter af patientens helbred, som opleves at ligge inden for almen praksis' kerneopgaver. Flere af lægerne beskriver, at de i mødet med patienter med alkoholproblemer sender patienten videre til kommunen ved at informere om, at patienten selv kan tage kontakt – eventuelt ved at udlevere telefonnummer og åbningstider eller henvise til, at oplysningerne kan findes online.

### **Behov for differentierede indsatser**

Analysen peger på væsentlige barrierer for identificering og håndtering af alkoholproblemer både hos almen praksis og på hospitalet, hvilket gør, at problemer kan overses og ikke håndteres. Særligt patienter uden tydelige sygdoms- eller sociale følger af alkoholoverforbrug risikerer at blive overset, med risiko for senere og mere omfattende belastning af både patient og sundhedsvæsen.

- Interviewmaterialet peger på behovet for mere systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer. En hospitalslæge foreslår derfor at indføre en mere struktureret tilgang med VBA-metoden<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Very Brief Advice (VBA)-metoden er en kort henvisningsmetode til rygestop bestående af tre trin: (1) spørg ind til ryge- eller nikotinstatus, (2) oplys om at rådgivning øger chancen for rygestop, og (3) henvise til et rygestoptilbud. Metoden er udviklet til at kunne anvendes i travle kliniske settings med minimal tid og uden at kræve omfattende samtaler.

(41), hvor patienter kort screenes og tilbydes hjælp. Også blandt praktiserende læger peges der på et behov for mere rutinemæssigt at spørge ind til alkoholforbrug som del af journaloptaget.

- På tværs af aktører understreges betydningen af rammer, der muliggør tillidsfuldt relationsarbejde, som forudsætning for, at patienter er åbne om deres alkoholforbrug. Tidspres og begrænsede ressourcer kan dog udfordre dette. Ledelsesmæssig opbakning til en anerkendende tilgang fremhæves som afgørende for at styrke opmærksomhed på alkoholforbruget og motivation for forandring.
- I almen praksis peges der på behov for klare procedurer for håndtering af alkoholproblemer, svarende til andre somatiske tilstande som eksempelvis diabetes. Der bør desuden være adgang til støttefunktioner, såsom en lokal alkoholsygeplejerske eller et alkoholteam, samt muligheder for afrusning. En *rusmiddelpakke* efter modellen af kronikerpakker foreslås som redskab til at fremme kontinuitet, klare procedurer og støtte til patienten.

## 8.4 Barrierer ved udskrivelse fra hospitalet og sektorovergange

Det fremgår af interviews med både sundhedsprofessionelle på hospitaler, almen praktiserende læger og behandlere på rusmiddelcentre, at oplevelsen blandt disse aktører er, at der er betydelige udfordringer forbundet med udskrivelsen af patienter med et overforbrug af alkohol efter hospitalsindlæggelse. Udfordringerne relaterer sig til en bekymring for, hvorvidt patienten hjælpes godt videre, så vedkommende ikke eksempelvis udskrives til gaden eller til et tilbagefald i alkoholoverforbruget, når vedkommende returnerer til de vante hjemlige omgivelser, det samme sociale miljø og de kendte rutiner i hverdagslivet.

Overgangen fra hospitalet til eksempelvis opfølgning i almen praksis eller videre behandling i det kommunale rusmiddelcenter beskrives af nogle informanter som en "kløft", et "gap" eller et "melletrum", hvor patienten risikerer at "falde mellem stolene" eller blive tabt – med større risiko for tilbagefald og genindlæggelse til følge.

En af de store udfordringer, der fremdrages i interviews med flere informanter, vedrører det at sikre den fortsatte abstinensbehandling, for eksempel i regi af det kommunale rusmiddelcenter efter indlæggelsen på hospitalet. Årsagen er, at hospitalerne ifølge flere informanter hyppigt indlægger patienter med abstinenser til behandling i 1-2 døgn, hvorefter det forventes, at den videre alkoholbehandling efter udskrivelse, hvis patienten ønsker alkoholbehandling, skal varetages i kommunalt regi. Jævnfør afsnit 8.5, afspejler interviewene også en uklarhed og til dels også en uenighed om, hvis ansvar det egentlig er at varetage abstinensbehandlingen af patienterne.

I relation til denne uenighed, afspejler interviewene nogle udfordringer forbundet med sikringen af den gode **overgang fra hospital til videre kommunal behandling**. For det første fremhæves det af flere informanter fra både hospitaler og det kommunale rusmiddelcenter, at der er udfordringer forbundet med opstart af behandling på rusmiddelcentret grundet reduceret lægedækning og begrænsede åbningstider i rusmiddelcentrene. Alkoholbehandlingen i det ambulante rusmiddeltilbud opstartes netop ofte på samme dag hver uge (inden for åbningstiden, dvs. ikke i weekender og aften/nat), hvilket udfordrer behovet for direkte opfølgning på patienten i rusmiddelcentret efter endt udskrivelse fra hospitalet. Interviews med både hospitalsansatte og rusmiddelbehandlere synliggør, at der fra rusmiddelcentrenes side er et ønske om, at hospitalerne beholder patienterne i et antal dage, indtil rusmiddelcentret kan overtage behandlingen. Omvendt nærer sundhedsprofessionelle på hospitalet ønske om mere fleksible

kommunale tilbud, så de ikke må se sig nødsaget til at udskrive patienten efter få dages indlæggelse med risiko for, at patienten "tabes" i overgangen til den kommunale behandling.

For det andet synliggør interviews særligt med både sundhedsprofessionelle på hospitaler og behandlere på rusmiddelcentre, at der kan opleves ventetider på kommunale døgntilbud til de patientgrupper, der har brug for dette frem for et ambulant tilbud. Begge parter er opmærksomme på, at ventetiden på et relevant tilbud, for eksempel efter endt udskrivelse, kan få konsekvenser for patienterne i forhold til risikoen for tilbagefald og eventuelt tab af motivation i forhold til at komme ud af alkoholoverforbruget i den mellemliggende periode. En socialsygeplejerske tilknyttet en akutafdeling nævner desuden, at der kan være *"så mange bureaukratiske led man skal igennem"* før en patient kan komme i døgnbehandling, at patienten kan *"nå at være indlagt 20 gange"* før døgnbehandlingen bliver en realitet (Socialsygeplejerske, informant 6).

Endelig peger interviews med begge aktører på, at der er andre udfordringer i forbindelse med patienters overgang fra hospital til kommunal behandling, der blandt andet vedrører begrænsede muligheder for deling af relevant data omkring patienten, ligesom en del hospitalsansatte oplever udfordringer i forhold til at få kendskab til – og overblik over – de kommunale tilbud, som ofte kan variere fra kommune til kommune.

Interviewene peger også på nogle udfordringer, der knytter sig til **overgangen fra hospital til opfølgning i almen praksis**. Her nævnes det blandt andet af en sygeplejerske tilknyttet en akutafdeling, at hun ser det som en udfordring, at almen praksis ikke er aktivt engageret i at hjælpe patienten videre, for eksempel i alkoholbehandling, efter hospitalsindlæggelse. I stedet pålægges patienten ansvaret for kontakten til sin læge efter udskrivelse, hvilket det ikke er alle patienter, der efter hendes opfattelse formår. Socialsygeplejersken vurderer, at der også er udfordringer relateret til at få kontakt egen læge indenfor den begrænsede telefontid samt i forhold til at skulle vente på en eventuel konsultationstid. Dette kan betyde, at patienten "tabes" i overgangen.

En almen praktiserende læge, der tilsvarende betragter denne overgang mellem hospital og almen praksis som en "kløft", hvor det kan være særdeles vanskeligt for nogle patienter at "ramme broen", efterlyser en større grad af kommunikation i epikriser fra hospitalet til almen praksis i forbindelse med udskrivelse af en patient. For eksempel er der ifølge denne læge betydelige potentialer ved en højere brug af epikrise-markørerne (hvid, rød, gul, grøn) til at formidle til almen praksis, hvorvidt hospitalet vurderer, at den almen praktiserende læge i højere grad bør agere på epikrisen. En anden praktiserende læge vurderer, at der både er plads til forbedring, når det gælder hospitalets kommunikation til almen praksis, og når det gælder de almen praktiserende lægers villighed til at handle på den information, som eventuelt kommunikerer fra hospitalet. Lægen vurderer, at det sidste kan skyldes tidspresset i almen praksis, og en berøringsangst i forhold til at blande sig i det, der kan opfattes som patientens private anliggender.

### **Behov for differentierede indsatser**

Ovenstående skitsering af barrierer forbundet med udskrivelse fra hospital til videre alkoholbehandling i primærsektoren tydeliggør behovet for, at overgangen mellem sektorerne håndteres mere struktureret, så patienter ikke tabes og risikoen for tilbagefald mindskes. Der ligger samtidig et potentiale for at reducere genindlæggelser ved at tilpasse indsatserne til patientgruppen. Ifølge informanterne findes der flere muligheder for at afhjælpe disse barrierer.

- For det første påpeger flere, at hospitalernes kendskab til kommunale tilbud bør styrkes, og at tilbuddene i kommunerne i højere grad bør ensrettes. Med et større overblik kan hospitalets personale bedre formidle tilbud videre til patienter og pårørende.

- For det andet fremhæves behovet for flere "brobyggende" initiativer mellem de forskellige aktører. Socialsygeplejersken nævnes som særlig central, men informanterne peger også på, at aftaler med rusmiddelcenteret bør etableres under indlæggelse, eller at rusmiddelcentret møder patienten under indlæggelse med henblik på at øge tryghed og motivation for efterfølgende kommunal behandling. Begge aktører er enige om, at dette vil øge sandsynligheden for, at patienterne "rammer broen" ved udskrivelse.
- Der peges også på betydningen af relationsskabende og koordinerende initiativer, eksempelvis tværfaglige møder mellem hospital, rusmiddelcenter og almen praksis, for at skabe et fælles fokus på patientens forløb.
- Endelig fremhæves behovet for klarhed om ansvar for afrusning og abstinensbehandling, samt ressourcer til etablering af passende tilbud, der sikrer, patienter ikke tabes i overgangene, jævnfør afsnit 8.2, 8.4 og 8.5.

## 8.5 Uklarheder og uenigheder vedrørende ansvaret for patientgruppen

*"Altså, hun røg jo ind og ud af sygehuset og ind på leverafdelingen og havde sådan noget leversvigt (...). Jeg bliver aldrig ringet op af nogen, og jeg ringer heller ikke til sygehuset. Altså, så det er begge veje. Der er ingen - som nu, du og jeg, vi sidder her og snakker - det er der jo ikke. Du skal forestille dig, at du får 20 e-mails om dagen med alle mulige patienter, som - og du kan ikke komme i dialog (...). Så skriver de [fra hospitalet] med hende her for eksempel: 'Vi har sagt til hende, at hun skal lade være med at drikke'. Ja altså, det har jeg også. (...). Det er sådan lidt...vi siger bare det der. Der er ikke rigtig nogen, der sådan griber den (...). Så det kører bare, at alle har vinget af i 'Ja, vi har sagt det til dem', men hvem skal ligesom gøre noget ved det."*

*Praktiserende læge, informant 16.*

Dette citat fra en praktiserende læge peger på en central barriere i behandlingen af patienter med alkoholoverforbrug: Nemlig uklarheder om, hvem der har ansvaret for at hjælpe patienten, kommunen hospitalet eller den praktiserende læge, og oplevelsen af, at dette er en opgave, som det er vanskeligt for aktørerne alene og i fællesskab at løfte. På tværs af aktører gives der udtryk for en vilje til at være en del af løsningen i forhold til at tage ansvar for patientgruppen, men at ansvaret bør deles. Ligeledes gives der udtryk for oplevelsen af, at andre aktører ikke altid løfter deres del.

Interviewene peger på et ønske fra både nogle rusmiddelbehandlere og praktiserende læger om, at hospitalerne i højere grad tager ansvar for patienter med alkoholproblemer. Det gælder blandt andet muligheden for indlæggelse til afrusning samt behovet for bedre støtte til videre alkoholbehandling og opfølgning efter udskrivelse. Disse oplevelser bekræftes i interviews med hospitalsrepræsentanter, som beskriver deres rolle som hovedsagelig afgrænset til den akutte fase af behandlingen og den medicinske indsats. Det kommer blandt andet til udtryk hos en ledelsesperson på hospitalet, som udtaler: *"Vi kan hjælpe dem i den akutte fase, men så er der nogle [andre instanser], der skal gøre nogle andre ting, for at de kommer tilbage til samfundet og kommer ind på en bedre vej."* (Hospitalsledelse, informant 5). Hertil beskriver to læger blandt andet forventninger om, at rusmiddelcentret og praktiserende læge bliver gode til at holde patienterne ude af hospitalet, når der ikke er brug for hospitalskompetencer. Enkelte hospitalsansatte nævner, at patienter i visse tilfælde indlægges for at få dækket helt basale behov –

som eksempelvis et bad – men at der netop internt hersker usikkerhed om, hvorvidt dette bør være et hospitalsansvar eller i højere grad hører under kommunens ansvar.

De hospitalsansatte påpeger også, at de ikke anser akutafdelingen som et optimalt sted for patienter med alkoholproblemer, da patienterne ofte ikke passer ind i de eksisterende rammer. De fremhæver blandt andet, at fokuset på afdelingen ofte er på behandling af akutte somatiske problemstillinger og at afdelingen er præget af travlhed, skiftende personale og pres kapacitetsmæssigt. Den korte indlæggelsestid på en akutafdeling fremhæves at gøre det vanskeligt både at opdage og håndtere alkoholproblemer, herunder for eksempel arbejde med patientens motivation for at reducere forbruget.

En gennemgående pointe fra flere interviews med hospitalsansatte og rusmiddelcentre er, at de praktiserende læger opleves at spille en begrænset rolle i opfølgningen på patienter med alkoholproblemer. Flere informanter fremhæver oplevelsen af, at almen praksis møder betydelige strukturelle begrænsninger såsom korte konsultationer, travlhed og manglende ressourcer, som gør det vanskeligt blandt andet at opbygge tillid til patienten – eller følge op på information eksempelvis videregivet via epikrise-systemet, når en patient udskrives fra hospitalet. Som en hospitalssygeplejerske forklarer: *”Jeg ved så ikke, hvor meget de har mulighed for at følge op, fordi jeg tror altså, det går rigtig, rigtig stærkt derude.”* (Hospitalssygeplejerske, informant 4). Som følge heraf ser mange aktører rollen for almen praksis primært som informationsgiver – at lægerne oplyser patienterne om, at de skal henvende sig til rusmiddelcentret – frem for som aktivt deltagende i opfølgning af patienten.

De praktiserende læger fremhæver selv, at de ser patientgruppen som deres ansvar, men også, at blandt andet strukturelle rammer i almen praksis gør opgaven vanskelig. Korte konsultationer, højt arbejdspress og begrænsede muligheder for opfølgning fremhæves som faktorer, der udfordrer lægernes mulighed for at identificere bagvedliggende alkoholproblematikker og sociale forhold, foretage hyppige kontakter, reagere akut når patienten er klar til at reducere sit alkoholforbrug eller tage på hjemmebesøg, hvor der er behov for det. Nogle læger peger på, at de ydermere ikke ser sig selv som de rette til at varetage den pædagogiske eller socialfaglige opgave, som opleves at følge med alkoholproblemer.

Interviewmaterialet peger på, at der er forskelle i de praktiserende lægers opfattelse af deres ansvar i relation til alkoholbehandling. Hvor nogle læger betragter alkoholbehandling som et område, der ligger uden for almen praksis' opgaver og henhører under kommunens ansvar, beskriver en anden læge, hvordan denne oplever det som en del af det samlede lægeansvar for patientens helbred. Denne læge begrundes sin position med, at der ikke opleves at være andre instanser, der påtager sig opgaven – blandt andet som følge af manglende lægedækning på rusmiddelcentret samt afvisninger af patienterne fra både somatiske hospitaler og psykiatrien.

Der er ligeledes forventninger til kommunernes ansvar i forhold til patientgruppen. I den forbindelse viser interviews med praktiserende læger og hospitalsansatte, at kommunen forventes at spille en rolle i selve alkoholbehandlingen, men også i forhold til at tage ansvar for de sociale problemstillinger patienterne oplever i mellemrummet mellem rusmiddelcenter, hospital og almen praksis. Nogle sundhedsprofessionelle fortæller imidlertid, at de kan være i tvivl om, hvorvidt patienterne hjælpes af de kommunale tilbud. Enkelte læger beskriver i den forbindelse også en oplevelse af, at de ikke ved, hvad der sker i kommunen i forhold til patienter, der henvises til rusmiddelbehandling. Det er en såkaldt *black box*, som denne hospitalslæge udtaler: *”Jeg ved jo godt, at de også løfter en stor opgave, men det kunne på en eller anden måde være meget rart, hvis det blev tydeliggjort, hvad det egentlig var.”* (Hospitalslæge, informant 10). Udtalelserne peger på, at hospitaler og almen praksis oplever et pres, på grund af oplevelsen af, at kommunerne ikke altid løfter deres del af ansvaret for patientgruppen. Både hospitalsansatte og

praktiserende læger, og rusmiddelbehandlere fremhæver mangelfuld lægedækning de kommunale rusmiddelcentre som en udfordring for at hjælpe patientgruppen, jævnfør afsnit 8.4.

Også hos de interviewede sygeplejersker i hjemmeplejen fremhæves spørgsmål vedrørende ansvar for borgere med alkoholproblemer. Informanterne fortæller, at de ofte står tættest på borgeren og bliver dem, der forsøger at fastholde forløb, sikre medicin og understøtte borgernes indgang til sundhedsvæsenet, for eksempel kontakten til egen læge, hospital eller rusmiddelcenter. Det handler blandt andet om at ledsage borgeren til aftaler i sundhedsvæsenet, som flere af hjemmesygeplejerskerne beskriver som en opgave, de hverken har formelt ansvar for - eller tid til. En hjemmesygeplejerske beskriver hvordan hun oplever, at praktiserende læge kan forvente, at det er hjemmesygeplejersken, der løfter opgaven med at ledsage patienten til lægen, og at hun kan føle sig presset til at gribe en bold, hun ikke oplever, er hjemmesygeplejerskens:

*"Så kan de finde på at skrive: 'Det er tid til, at borgeren skal til kontrol - vil I hjælpe hende?' Hvor man kan sige, at ja, så kan jeg godt så tænke sådan lidt inde i mig selv: 'Ja, det var da nemt for jer, at I sender opgaven videre til mig, og så skal jeg forsøge at få borgeren til lægen og det.' Det vil jeg også godt, men det er som sådan ikke noget, vi har et tilbud om. Men hvis jeg ikke griber den, jamen så kommer borgerne ikke til det."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 27.*

Hjemmesygeplejerskerne beskriver, at der kan opstå situationer, hvor hjemmeplejen ikke føler sig som de rette til at håndtere borgere med alkoholproblemer – og hvor de mener, at borgeren burde modtage hjælp i psykiatrien, gennem psykiatrisk udredning eller i det somatiske sundhedsvæsen i forbindelse med en indlæggelse. En hjemmesygeplejerske fortæller, at hun har en fornemmelse af, at hospitalet omvendt forventer, at hjemmeplejen skal kunne 'rumme' disse borgere. Hun fremhæver oplevelsen af, at borgere i nogle situationer bliver kastebold mellem eget hjem, med støtte fra hjemmeplejen, og hospitalet, når de indlægges akut, blot for at blive udskrevet igen få timer senere:

*"Så bliver de lidt en kastebold i forhold til: 'Jamen vi kan ikke gøre noget på sygehuset, for han vil ikke afruses (...). Jamen, hvad skal vi gøre herhjemme andet end at give ham god og kærlig pleje, og så må vi være i det.'"*

*Hjemmesygeplejerske, informant 27.*

Samlet peger interviewmaterialet på, at de involverede aktører giver udtryk for en vilje til at tage ansvar for borgere med alkoholproblemer, men også en oplevelse af, at stå alene med opgaven og at andre ikke løfter deres del. Både hospitalsafdelinger, praktiserende læger og kommunalt ansatte i rusmiddelcentre fremhæver barrierer, for eksempel i form af tids- og ressourcemæssige rammer, som medvirker til oplevelsen af, at dette er en opgave, de har svært ved at løfte. Afsnittene viser ansvarsforskydning og uklarheder om, hvem der skal gøre hvad i forhold til patienter med alkoholproblemer. Samarbejdet nævnes som en udfordring men også som et område med potentiale for forbedring, hvis det kan styrkes og udvikles, som en praktiserende læge forklarer: *"Så hvis vi kunne få det vendt til det der med - jamen det her, det er faktisk noget, vi ved i fællesskab, at det vil vi handle på (...). Så ville der kunne ske noget, altså."* (Praktiserende læge, informant 19).

### **Behov for differentierede indsatser**

Analysen peger på, at en differentieret indsats for patienter med alkoholproblemer kræver tættere tværfagligt samarbejde og tydelig rollefordeling mellem aktørerne. Nogle patienter har behov for en enkel koordinering, mens andre kræver et samlet og forpligtende samarbejde på tværs af sektorer.

Interviewmaterialet viser, at alkoholproblematikken i dag ofte håndteres inden for hver aktørs eget område, uden at indsatsen nødvendigvis hænger sammen for patienten.

- Der foreslås blandt andet tværsektorielle dialogmøder (face-to-face eller online) med fokus på koordinering, fast kommunal tilstedeværelse på hospitalet samt stærkere inddragelse af den praktiserende læge, eksempelvis via tydelig markering i epikriser og deltagelse i udskrivnings-samtaler, så kontinuitet sikres.
- En ledelsesrepræsentant peger også på fordele ved de ændringer, som følger af Sundhedsreformen, som betyder, at hospitalet får ansvar for patienten ikke kun under den akutte indlæggelse, men også efter udskrivelsen i form af udvidet behandlingsansvar. Det kan gøre det lettere og bedre og bidrage til en helhedstankegang i patientforløbet.

## 8.6 Manglende behandlingstilbud til patienter i særligt sårbare positioner

Interviewmaterialet peger på, at der er en gruppe borgere med alkoholproblemer, som det er særligt vanskeligt at håndtere inden for den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, kommunerne og den praktiserende læge.

Det er borgere i socialt udsatte positioner, som ikke opsøger kommunens rusmiddelbehandling eller praktiserende læge, for eksempelvis at få hjælp til at få taget hånd om deres alkoholproblematik, men som til gengæld opleves som gengangere på hospitalernes akutafdelinger. Flere af de ansatte i rusmiddelcentre beskriver, at de sjældent ser borgere i de helt udsatte positioner: *'manden på bænken'*.

Medarbejderne i hjemmeplejen beskriver omvendt, at det er en gruppe af borgere, som de ofte har kontakt med, og at erfaringen herfra er, at disse borgere har særligt store vanskeligheder med at fremmøde hos egen læge og på hospitalet og kommunikere med sundhedsvæsenet i det hele taget. Samtidig er det borgere, som i høj grad har brug for sundhedsvæsenets ydelser - for eksempel fordi de er senere til at reagere på symptomer på fysiske sygdomme og fordi de har svært ved at tage sig af deres sygdom og overholde behandlingen. En hjemmesygeplejerske beskriver:

*"De er jo super dårlige til at tage hensyn til deres diabetes, hvilket i øvrigt også har kæmpe konsekvenser for deres, ja deres liv fremtidige liv, deres ældre liv, ja altså. De får senkomplikationer, som jo kan være fatale for dem."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 27.*

Det er borgere, som ofte har kognitive og fysiske skader på grund af mange år med alkoholoverforbrug, og som typisk ikke har adgang til et støttende netværk af pårørende, som kan hjælpe dem.

Erfaringen blandt medarbejderne i hjemmeplejen er, at disse borgere ofte afsluttes af hospitalet efter et antal gange, hvor de ikke er mødt op til deres aftaler. En hjemmesygeplejerske beskriver, at hun godt kan forstå, at borgerne afsluttes ved manglende fremmøde til aftaler på hospitalet. Samtidig problematiserer hun den uoverensstemmelse, hun oplever mellem systemets krav og den fleksibilitet samt omfattende støtte, der er nødvendig for at sikre, at disse borgere får adgang til behandling. Krav som faste aftaler, digital kommunikation (eksempelvis via e-Boks) og selvstændigt fremmøde opleves ofte uforenelige med borgernes psykiske og kognitive funktionsniveau. Hun fortæller:

*"Og man kan godt forstå, at når man så ikke er fremmødt 3 gange eller 4 gange, at man simpelthen bliver afsluttet, og siger: 'Nå, men så har vi ikke ressourcer til at lave mere opsøgende arbejde' (...). At der bliver givet lidt op på den målgruppe, at man siger: 'Jamen altså, vi kan jo ikke blive ved med at lægge tider ind' (...). Så man kan sagtens se det fra et systemperspektiv, at de her borgere sluger sindssygt mange ressourcer, uden at der kommer særligt meget behandling ud af det. Men man kan også se det fra borgerperspektivet, at de evner jo ikke at samarbejde. De har ikke det der med, at man selv skal kunne finde ud af alting og kontakte alle og svare på e-Boks og melde til og fra og sådan noget. Det sker jo bare ikke, der er ikke ressourcer til det."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 25.*

De interviewede i hjemmeplejen peger på adskillige væsentlige udfordringer i forhold til at sikre, at borgerne understøttes i deres kontakt til sundhedsvæsenet: Der ikke er afsat tid eller økonomi til koordinering, ventetid, opkald, transport eller påmindelser – og disse "mellemrum" i ydelseslogikken bliver derfor ikke dækket. Det betyder, at borgere, som har brug for netop denne håndholdte støtte, ofte udebliver fra behandling og misser aftaler. Manglen på ledsagelse og praktisk støtte fremhæves som en særlig barriere. Flere medarbejdere beskriver, at ledsagelse til læge, hospital eller rusmiddelcenter i praksis er afgørende for, om borgeren møder op. Som denne hjemmesygeplejerske fortæller:

*"De evner jo ikke rigtigt at fremmøde til en bestemt tid. Det skal være meget håndbåret. Altså, man skal ligesom have nogen, der nærmest henter dem og bærer dem derhen eller kører dem derhen, og der er jo en masse barrierer i det, fordi de har jo måske heller ikke råd til transporten derhen, og det er heller ikke målgruppen for at betale transporten derhen. Og der skal være en støtte-kontaktperson eller en sundhedsperson, der følger dem derhen nærmest og sørger for, at de kommer op til tiden, og flere dage i træk minder dem om, at de skal afsted og sådan noget."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 25.*

Medarbejderne oplever dog, at ledsagelse sjældent er en finansieret eller formelt anerkendt del af opgaven. Det betyder, at nogle vælger at "bryde reglerne" og følge borgeren alligevel: "Vi må ikke, men vi gør det alligevel." (Hjemmesygeplejerske, informant 27). En anden medarbejder i hjemmeplejen fortæller, at der tidligere eksisterede en velfungerende aftale, hvor socialområdet varetog ledsagelsesopgaverne. Denne ordning er imidlertid blevet erstattet af regionale ledsagelsesaftaler, som beskrives som bureaukratiske og utilstrækkelige i forhold til det ressourceforbrug, ledsagelsen reelt kræver.

Utilstrækkelige ledsagelsesmuligheder problematiseres ligeledes af en praktiserende læge som fortæller, at udfordringen er størst for gruppen af borgere, der har et stort funktionstab og som måske også har en bostøtte, som ikke længere må ledsage dem til konsultationer hos den praktiserende læge. Hun forklarer, at det har betydning for, om de overhovedet kommer ind til den praktiserende læge. Ligesom det har betydning for den behandling, de modtager - som hun forklarer i det følgende:

*"Kvaliteten af vores konsultationer bliver meget tyndere. Altså. Men vi kan ikke... altså dels så har de ikke en buddy med, så de har ikke noget tryk med ind i konsultationen. De har ikke den der bisidder, der sådan ligesom kan tale for dem, når det er det bliver svært. De skal selv sætte ord på det hele, og de skal også selv følge op bagefter."*

*Praktiserende læge, informant 21.*



Flere hjemmesygeplejersker fortæller, at relationen til borgeren er afgørende for, at de får lov til at yde hjælp. I praksis betyder det, at det kan være vanskeligt at inddrage frivillige i ledsagesopgaver, hvor borgeren skal følges til praktiserende læge eller hospital, da det typisk drejer sig om personer, som borgeren ikke kender eller har en relation til.

En anden faktor, der har væsentlig betydning for borgernes mulighed for at møde op hos deres praktiserende læge, er tilgængeligheden af transportmuligheder. En praktiserende læge påpeger udfordringer i forhold til patienternes mulighed for selv at bestille Flextrafik. Samtidig beskriver en hjemmesygeplejerske, at patientbefordringen ofte afviser at køre med borgere, der fremstår påvirkede af alkohol. Dette kan medføre, at borgere – som heller ikke er i stand til at benytte almindelig kollektiv transport – i praksis står uden realistiske transportmuligheder til sundhedsydelser. Hun beskriver: *"Så nogle gange ved jeg heller ikke helt, hvordan jeg skal få dem derop. Og så kommer de bare ikke derop. Så mange af de her udeblivelser oppe fra sygehusene, det er fra den gruppe her."* (Hjemmesygeplejerske, informant 26).

I forlængelse af, at medarbejdere i hjemmeplejen peger på udfordringer med at få borgere til at møde op i sundhedsvæsenet, fremhæves det også, at der er behov for i højere grad at få de praktiserende læger ud på hjemmebesøg hos borgerne. Det fremhæves som en barriere, at det kan være vanskeligt at få de praktiserende læger til at tilse borgere i hjemmet – om end enkelte dog kører ud. En hjemmesygeplejerske beskriver oplevelsen af betydelige forskelle i de praktiserende lægers engagement over for borgere med alkoholproblemer. Nogle læger fremstår meget engagerede, mens andre opleves som mere passive eller afvisende. Interviews med de praktiserende læger understøtter, at der er forskel på, om de praktiserende læger tager på hjemmebesøg, hvoraf de fleste fortæller, at de ikke eller sjældent kører ud til patienterne.

En væsentlig udfordring, som hjemmesygeplejerskerne fremhæver i arbejdet med denne patientgruppe er, at flere borgere giver udtryk for, at de ikke ønsker hjælp, at de kan klare sig selv. I nogle tilfælde modsætter borgerne sig, at hjemmeplejen eller den praktiserende læge får adgang til hjemmet i forbindelse med besøg. Hjemmesygeplejersken oplever, at de kan være svære at få lov til at hjælpe, og at borgerens ønske om hjælp kan svinge uforeneligt med den skemalagte ydelser i hjemmeplejen:

*"Det kunne godt være, de ikke lige havde lyst til at få hjælp kl. 09:00, men så, da man gik forbi kl. 10:00, kunne man få lov til at hjælpe dem. Men det kan man ikke rigtig, når de bor i deres eget hjem, fordi der kommer hjemmeplejen kl. 09:00. Hvis de så ikke vil have hjælp kl. 09:00, så bliver de ikke tilbudt det resten af dagen."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 26.*

De ansatte i hjemmeplejen beskriver oplevelsen af, at der mangler uddannelse i rusmiddel- og psykiatristforståelse, og at de ofte står alene i svære situationer, hvor de skal håndtere borgere med et voldsomt alkoholforbrug, som til tider giver anledning til alvorlig bekymring for borgerens helbred og overlevelse: *"Han drak nok 5 til 6 liter vodka i døgnet og var jo bevidstløs, altså hvor jeg må være bekymret for, at han ville stoppe med at trække vejret, og at han ville blive kvalt i opkast."* (Hjemmesygeplejerske, informant 27). Det kan skabe en betydelig usikkerhed i håndteringen, som kan medvirke til, at en patient indlægges akut for blot at blive udskrevet igen få timer senere. Hjemmesygeplejersken beskriver yderligere, at hun oplever en forventning fra sygehuset om, at hjemmeplejen skal kunne håndtere og 'rumme' patientens voldsomme alkoholforbrug uden at involvere sygehuset, men at det er svært:

*"Jeg synes tit, at det, de forventer af os, det er, at vi kan rumme adfærden. Altså at vi kan rumme det her destruktive misbrug, at det er borgerens eget valg. Det er ikke forbudt"*

*at drikke sig selv ihjel, så hvis det er det, han vil, jamen så må I kunne rumme, at han gør det (...). Så må I give den fornødne pleje, som er mulig i situationen. Det kunne jo være helt fuldstændig umuligt at give pleje, fordi borgeren ligger på gulvet, eller borgeren kan ikke, det er ikke forsvarligt at løfte borgeren i lift, fordi han er - ja han kan finde på at hoppe ud af den, et eller andet, ikke? Altså man kan sige, det der med bare at stå og se til, det er godt nok rigtig, rigtig hårdt.”*

*Hjemmesygeplejerske, informant 27.*

Hjemmesygeplejerskerne peger på et behov for adgang til specialiseret faglig sparring – eksempelvis en læge med ekspertise i alkoholrelaterede tilstande – som kan understøtte personalet i håndteringen af komplekse situationer - uden, at det nødvendigvis medfører en indlæggelse. En hjemmesygeplejerske fremhæver, at rusmiddelcentret har fået tilknyttet en udekørende sygeplejerske, hvilket opleves som en positiv udvikling, om end der fortsat vurderes at være behov for yderligere støtte:

*”Og noget positivt er, at vores lokale misbrugscenter i hvert fald også har fået én udekørende sygeplejerske, men som jo slet ikke har kapacitet til at tage sig af alle dem, der egentlig burde have mulighed for at få noget hjemmebehandling eller hjemmekonsultation. Men det er et skridt på vejen.”*

*Hjemmesygeplejerske, informant 25.*

## **Patientfortælling**

### **”Så taber man dem faktisk”**

En medarbejder i hjemmeplejen fortæller om hendes erfaringer med borgere, der har alkoholproblemer. Hun beskriver, hvordan mange af disse borgere med tiden har udviklet både kognitive og fysiske skader, som gør det svært for dem at kommunikere med sundhedsvæsenet og deltage i et behandlingsforløb. De bliver nemt frustrerede og kan virke skræmmende på personalet.

*”Når man er misbruger, så er man kognitiv skadet og har brug for struktur og struktur og struktur, og man skal have tingene at vide meget udførligt, for at man er med på det. Det er ikke altid, der er tid til det oppe på sygehuset.”*

Hun fortæller om en konkret oplevelse med en borger, hun har haft for nylig. Borgeren var blevet indlagt på hjerteafdelingen, men forlod selv hospitalet inden behandlingen var afsluttet. Dagen efter ønskede han at blive indlagt igen, og hun forsøgte at hjælpe ham med det. Men hospitalet afviste at genindlægge ham, fordi han selv var gået dagen før, trods tilbudt behandling. Nu skulle al kontakt gå gennem hans egen læge. Udfordringen var nu, at borgeren ikke ville ned til egen læge: *”Men borgeren kunne jeg ikke få ned til egen læge. Det gad han ikke, fordi så var det også bare lige meget det hele. Så gad han ikke indlægges igen.”*

Hjemmesygeplejersken fortæller, at politiet netop samme dag som interviewet finder sted, har fundet borgeren død. Hun fortæller, at hun kunne ønske, at man fra hospitalets side havde været åbne overfor at indlægge borgeren igen på det tidspunkt, hvor han gerne ville indlægges. At de havde fanget borgeren, da han var modtagelig for hjælp og havde hjulpet ham der. Hun udtaler: *”Hvis man så først skal til at ringe rundt og have fat i egen læge, jamen, så taber man dem faktisk.”*

### Behov for differentierede indsatser

Analysen peger på, at der er en gruppe borgere med alkoholproblemer i særligt udsatte positioner, som har brug for en tilpasset og mere håndholdt indsats end den nuværende for at få adgang til både alkoholbehandling og behandling for andre sygdomme. En sådan tilgang kan potentielt forebygge akutte indlæggelser.

- Noget af det, der trækkes frem i interviewmaterialet, vedrører patientgruppens behov for behandling i hjemmet, fordi gruppen af forskellige årsager kan have vanskeligt ved at møde op til aftaler i sundhedsvæsenet. Interviews med hjemmesygeplejersker peger særligt på behovet for, at egen læge kan komme på hjemmebesøg hos patienten, men efterlyser også mulighed for blandt andet rusmiddelbehandling samt psykiatrisk udredning og behandling af patienten i eget hjem.
- For de patienter, hvor der ses en chance for fremmøde i sundhedsvæsenet, peger flere informanter desuden på, at mulighederne for ledsagelse kan blive helt afgørende for, om aftalerne lykkes. Flere hjemmesygeplejersker efterspørger bedre muligheder for ledsagelse af patienter – til eksempelvis hospitalsbesøg eller aftaler hos praktiserende læge, fordi de nuværende muligheder opleves som utilstrækkelige. Det fremhæves i den forbindelse som særligt vigtigt, at ledsageren er en kendt og tryk person for borgeren, hvis aftalen skal lykkes. Interviewmaterialet peger således i retning af, at nuværende barrierer for ledsagelse af særligt udsatte patienter med alkoholproblemer bør udforskes nærmere og adresseres.
- Endelig påpeges det, at borgerens mulighed for fremmøde til aftaler i sundhedsvæsenet også begrænses af transportudfordringer. For patienter, som ikke er i stand til at tage offentlig transport, men må benytte Flex-trafik, er det eksempelvis en udfordring, hvis patienten er påvirket af alkohol på aftaletidspunktet. Denne udfordring kalder, ligesom de ovenstående barrierer, på en løsning, der i højere grad er tilpasset patientgruppen.

## 8.7 Vanskelig adgang til psykiatrisk udredning og behandling

I Danmark skønnes cirka 40.000 mennesker at have en dobbeltdiagnose, det vil sige mindst en psykiatrisk lidelse samt et skadeligt forbrug eller afhængighed af rusmidler. Det gælder desuden, at hver tredje patient, der i løbet af livet har kontakt med psykiatrien, også på et tidspunkt har haft en afhængighed af rusmidler (42, 43). Udviklingen af en dobbeltdiagnose kan som udgangspunkt ske på flere måder, og der er ikke én fast rækkefølge. I nogle tilfælde opstår overforbruget af alkohol først. Et længerevarende forbrug af alkohol eller stoffer kan føre til udvikling af psykiske problemer som depression, angst eller psykose. I andre tilfælde opstår den psykiske lidelse først, og overforbruget af alkohol kommer senere, for eksempel som en form for selvmedicinering for at dæmpe de psykiske symptomer (42).

Sundhedsstyrelsen udgav i 2019 en national klinisk retningslinje vedrørende udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse (44). I retningslinjen anbefaler Sundhedsstyrelsen blandt andet, at personer henvist til alkoholbehandling undersøges for psykiske lidelser – og at psykiatriske patienter vurderes for alkoholafhængighed. Har en person begge dele, bør behandlingen ske samtidig, enten på ét sted eller gennem tæt koordinerede forløb.

I tråd med ovenstående fremgår det af interviewmaterialet i denne undersøgelse, at mange af de adspurgte informanter er opmærksomme på, at der ofte kan ligge nogle psykiske udfordringer bag et overforbrug af alkohol. Flere af de adspurgte informanter peger imidlertid på, at der er udfordringer forbundet med at få behandlet de eventuelt bagvedliggende, psykiske årsager til alkoholproblematikken, og at mange af de borgere eller patienter de kommer i kontakt med, ikke er udredt i psykiatrien og derved

hverken har fået stillet en diagnose eller har modtaget psykiatrisk behandling. Informanterne peger på, at den manglende håndtering af bagvedliggende psykiatriske problemstillinger kan gøre det vanskeligt for patienterne at komme ud af deres alkoholoverforbrug, hvilket kan få en lang række konsekvenser for patienterne – både i forhold til deres fysiske og psykiske helbred – herunder også udviklingen af - og muligheden for at modtage behandling for somatiske sygdomme. Det kan også have negativ betydning for patienternes sociale relationer, for eksempel forholdet til børn og ægtefæller, som af flere påpeges som en væsentlig faktor for at opsøge alkoholbehandling og for den behandling, patienterne modtager på hospitalet. Endelig kan det have betydning for patienternes arbejde, økonomi og livskvalitet generelt.

En barriere, der påpeges i flere interviews vedrører, at det i mange år ikke har været muligt at blive udredt i psykiatrien ved samtidig alkoholpåvirkning. En socialsygeplejerske beskriver dette som en *"Kæmpe udfordring"*, fordi *"det kan være enormt svært ikke at være påvirket, hvis man bruger alkohol til at gemme noget rigtig grimt væk."* (Socialsygeplejerske, informant 3). En kommunal rusmiddelbehandler uddyber, hvordan fraværet af muligheden for psykiatrisk udredning og behandling i tilfælde af alkoholpåvirkning har bevirket, at patienter er blevet tabt i systemet:

*"Der har været den der klassiske med: 'Hvis du havde en afhængighed og et rusmiddelproblem, så kunne du ikke være i psykiatrien. Så blev det jo afvist.' Så skulle du gå ned til os [i den kommunale rusmiddelbehandling]. Og når vi så hjalp med rusmiddelproblemet, så så vi jo det psykiatriske problem. Og stoppede du med et rusmiddel, så kom dine psykiatriske negative symptomer og gjorde det svært, og så begyndte du at drikke igen. I psykiatrien ville de ikke røre dem, fordi der stadig er et rusmiddelproblem, ik? Og så faldt man virkelig mellem to stole."*

*Rusmiddelbehandler, informant 22.*

Rusmiddelbehandleren nævner, at der i den regionale psykiatri er igangsat et initiativ vedrørende dobbeltdiagnosebehandling (45), men at rusmiddelcentret stadig har til gode at mærke effekten af tiltaget<sup>6</sup>.

Flere informanter i denne undersøgelse nævner også oplevelsen af, at der er lang ventetid på psykiatrisk udredning som et væsentligt problem for patienter med alkoholproblematik. Ifølge en hjemmesygeplejerske kan den lange ventetid i forhold til at få afhjulpet de underliggende, psykiske udfordringer få store konsekvenser for patienterne, der eksempelvis efter langvarigt overforbrug af alkohol kan udvikle *Wernicke-Korsakoff's syndrom*, en form for alkoholdemens, som medfører varige hjerneskader og hukommelses- og koncentrationsbesvær. *"Så man kan sige, at uret tikker for dem nogle gange, ik?"* siger hjemmesygeplejersken og anfører, at der findes et tidsrum, hvorefter den psykiatriske diagnose ikke længere er relevant, fordi alkoholdemensen herefter er blevet *"altoverskyggende"* (Hjemmesygeplejerske, informant 27).

Hjemmesygeplejersken fortæller, at den lange ventetid flere gange har fået hende til at forsøge at argumentere overfor hospitalslæger for, at der laves et psykiatrisk tilsyn af patienter med alkoholproblematik, i tilfælde af indlæggelse på hospitalet. Det psykiatriske tilsyn i forbindelse med hospitalsindlæggelse

---

<sup>6</sup> Udsagnet refererer til en aftale, der i maj 2023 blev indgået mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening om etablering af et samlet behandlingstilbud til personer med dobbeltdiagnose. Initiativet betyder, at borgere med dobbeltdiagnose fremover tilbydes behandling i regionerne for både deres psykisk lidelse og afhængighed af rusmidler. Målgruppen for initiativet fordeler sig i tre underkategorier og inkluderer 1) Personer, der modtager psykiatrisk behandling og har rusmiddelbrug, 2) personer i aktuel behandling for både rusmiddelbrug og psykisk lidelse og 3) personer i rusmiddelbehandling med samtidig psykisk problematik.

opleves af hjemmesygeplejersken som en hurtig adgangsvej til udredning og behandling – en slags "fast track", der kan bidrage til at sørge for, at patienterne ikke tabes i henvisningssystemet. Hun siger: "Det at blive indlagt på sygehuset, det er jo adgangen til det der hurtige psykiatriske tilsyn". Ifølge hjemmesygeplejersken bør alle patienter med alkoholproblematik tilbydes et psykiatrisk tilsyn ved indlæggelse "(...) for at få be- eller afkræftet, at er der andet". (Hjemmesygeplejerske, informant 27).

I forhold til muligheden for at rekvirere et psykiatrisk tilsyn til patienter med alkoholproblematik i forbindelse med indlæggelse, fortæller en hospitalslæge, at vedkommende oplever, at psykiaterne indimellem modsætter sig den mulighed. Om psykiaternes argumentation for dette, siger han:

*"Fordi de [psykiaterne] siger, at hvis man kommer ud af sit misbrug, så vil langt over halvdelen ikke have noget psykiatri. Og så siger de, hvis man begynder at give dem en diagnose, imens de er i et misbrug, så vil man have den diagnose resten af sit liv. Så de vil hellere have, at man kommer ud af misbruget, og så kan de se, om der er noget [psykisk]. Og de to hensyn står lidt i vejen for hinanden, fordi hvis man så er svær psykisk syg og drikker af den grund, så kan man jo ikke holde op at drikke, og så kan man ikke få sin diagnose. Altså, der er jo et eller andet 'catch-22' i det der, som jeg ikke ved, hvordan man skal løse."*

*Hospitalslæge, informant 10.*

Interviewene med hjemmesygeplejersken og den somatiske hospitalslæge afspejler først og fremmest et fælles ønske om at støtte patienterne i håndteringen af deres psykiatriske problematikker. Hjemmesygeplejerskens udsagn peger på, at ventetider i henvisningssystemet opleves som en væsentlig barriere for at hjælpe patienten videre, hvilket medfører, at hun forsøger at finde alternative løsninger. Hospitalslægens udsagn indikerer, at der kan eksistere forskellige opfattelser mellem det somatiske og det psykiatriske behandlingssystem af, hvornår en patient bør modtage psykiatrisk tilsyn under indlæggelse. Hans oplevelse af en 'catch-22'-situation beskriver det dilemma, han oplever at stå i, når han skal vurdere, hvordan patienten bedst kan hjælpes.

Ventetiden på psykiatrisk udredning og behandling kan også få konsekvenser for mulighederne for at behandle patienter med alkoholproblematik i almen praksis. En almen praktiserende læge fortæller for eksempel, at såfremt en patient ikke har en psykiatrisk diagnose, så har de almen praktiserende læger ikke mulighed for at gøre brug af en ydelse, der giver bedre mulighed for at opspore og behandle somatisk sygdom<sup>7</sup> (46). Ydelsen er nemlig målrettet patienter med psykisk lidelse, og selvom mange patienter med alkoholproblematik egentlig vil kvalificere sig til ydelsen grundet dobbeltdiagnose, må de almen praktiserende læger ikke gøre brug af ydelsen – medmindre den psykiatriske diagnose er stillet af en psykiater. Og det kan tage lang tid. Den almen praktiserende læge efterspørger længere konsultationstid til bedre at tage hånd om patienter med alkoholproblematik, herunder også opspore og behandle somatiske problemstillinger. Lægen ønsker derfor, at ydelsen kunne udvides til også at omfatte patienter med rusmiddelproblematik.

Endelig påpeges det i interviewmaterialet som en barriere, at nogle patientgrupper har vanskeligt ved at fremmøde til behandling i sundhedsvæsenet. Det gælder også deltagelse i de eksisterende tilbud for

---

<sup>7</sup> Informanten refererer til Ydelse 2150: "Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse", der sigter mod bedre opsporing og behandling af somatisk sygdom hos mennesker med psykisk lidelse. Ydelsen er målrettet patienter med diagnosticeret psykisk lidelse. Ydelsen blev oprettet som en del af overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner per 1. januar 2022.

psykiatrisk udredning og behandling. Det er især de interviewede hjemmesygeplejersker, der fremhæver dette som en væsentlig barriere for at få behandlet de eventuelt bagvedliggende årsager til alkoholoverforbruget. En hjemmesygeplejerske siger for eksempel:

*"Nogle af vores alkoholikere er udredt, men der er lige så mange, der ikke er, og det er, fordi de ikke har formået at følge et eller andet. Altså, du skal jo igennem din egen læge, der skal henvise dig til noget, hvis du skal udredes for en eller andet psykiatrisk lidelse."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 26.*

En anden hjemmesygeplejerske nævner på samme måde, at "(...) det er nærmest umuligt at få borgeren op til lægen, så der er jo et problem der." (Hjemmesygeplejerske, informant 25). Informanternes udsagn afspejler problematikken i, at udredning i psykiatrien som udgangspunkt kræver henvisning fra egen læge, men at mange i målgruppen møder udfordringer i forhold til at møde op og derfor aldrig bliver udredt.

Blandt andet på den baggrund afspejler interviewene med hjemmesygeplejerskerne derfor også en gennemgående efterspørgsel på løsninger, der i højere grad er tilpassede og tilgængelige for patienter med alkoholproblematik. Det gælder blandt andet også muligheden for psykiatrisk udredning og behandling i hjemmet, som en hjemmesygeplejerske siger: "Jeg tænker, at det, man nogle gange kunne savne, det er jo... en psykiatrisk vurdering i hjemmet for eksempel (...)." (Hjemmesygeplejerske, informant 27).

Flere af hjemmesygeplejerskerne efterspørger også bedre muligheder for, at egen læge kunne komme ud i borgerens eget hjem i forhold til udredning og behandling af både somatiske og psykiske problemstillinger. En hjemmesygeplejerske omtaler det som "nærmest umuligt" at få den praktiserende læge ud i borgerens hjem, mens en anden hjemmesygeplejerske fremhæver, at det indimellem er muligt at en praktiserende læge vil komme ud i borgerens eget hjem, men at det er meget personafhængigt, hvorvidt de praktiserende læger tilbyder dette: "Der er jo stor forskel på, hvilken praktiserende læge de har. Er det en læge, der har interesse i de her udsatte borgere, eller er det en læge, der ikke har? (...). Nogle læger kan vi få med ud i hjemmene (...) og nogle læger får vi aldrig med ud i hjemmene." (Hjemmesygeplejerske, informant 26).

Uagtet om patienterne behandles i almen praksis, på hospitalet eller i eget hjem lægger informanterne vægt på, at det altid er væsentligt at tilbyde patienter med alkoholproblematik hjælp til struktur og gentagelser samt at sikre tillidsbaserede løsninger - relationen til behandleren fremhæves af både hjemmesygeplejersker og øvrige informanter i denne undersøgelse som særdeles afgørende for muligheden for at hjælpe borgeren.

### **Behov for differentierede indsatser**

Interviewmaterialet indikerer, at der er behov for at tilpasse indsatser med fokus på bedre adgang til psykiatrisk udredning og behandling for patienter med alkoholproblemer.

- Interviewmaterialet peger i retning af, at det i mange år har været en væsentlig barriere, at udredning og behandling i psykiatrien ikke har været en mulighed, hvis en patient samtidig var påvirket af eksempelvis alkohol. Selvom dette nu er søgt adresseret gennem aftalen om regional dobbeltdiagnosebehandling mellem regeringen, KL og Danske Regioner i 2023, afspejler interviewmaterialet, at indsatsen endnu ikke er fuldt implementeret, og at patienter derfor fortsat møder udfordringer i praksis.
- Flere informanter oplever desuden, at lange ventetider på psykiatrisk udredning og behandling er en væsentlig barriere, der kan få store konsekvenser. Hvis en psykisk lidelse er en bagvedliggende årsag til alkoholoverforbruget, kan ventetid på udredning og behandling betyde

udvikling eller forværring af tilstande, som ellers kunne være forebygget, så som *Wernicke–Korsakoff’s syndrom* eller andre somatiske, alkoholrelaterede sygdomme. En almen praktiserende læge foreslår derfor at udvide ydelse 2150 til også at omfatte patienter med rusmiddelproblematik - for at forbedre mulighederne for somatisk undersøgelse af patientgruppen - uden at skulle leve op til kravet om, at patienten først skal diagnosticeres i psykiatrien. En hjemmesygeplejerske foreslår desuden et psykiatrisk tilsyn af patienter med alkoholproblematik ved indlæggelse som "fast track" til psykiatrisk udredning, grundet den hyppige forekomst af dobbeltdiagnose.

- Endelig argumenterer særligt hjemmesygeplejersker for, at sundhedsvæsenet i højere grad skal tilpasse sig de borgere, som omvendt ikke kan magte at tilpasse sig krav om fremmøde i traditionelle behandlingsmiljøer, eksempelvis på grund af utryghed, alkoholpåvirkning eller manglende overskud. Her fremhæves behovet for hjemmebehandlingstilbud, herunder muligheder for psykiatrisk vurdering og somatisk behandling i eget hjem samt øget mulighed for hjemmebesøg fra egen læge.

## 8.8 Stigmatisering af patientgruppen

Det fremgår med stor tydelighed i de interviews, der ligger til grund for denne undersøgelse, at patienter/borgere med et overforbrug af alkohol er en gruppe, som i høj grad er udsat for stigmatisering. Selvom dette afsnit i hovedtræk fokuserer på stigmatisering i hospitalssektoren, er det vigtigt at understrege, at interviewene klart indikerer, at stigmatiseringen forekommer på hospitalerne såvel som i andre dele af sundhedsvæsenet og samfundet. En hjemmesygeplejerske nævner for eksempel, at *"De her alkoholikere her, det er sådan en stigmatiseret gruppe i hjemmeplejen"* (Hjemmesygeplejerske, informant 26), ligesom interviews med alment praktiserende læger indikerer, at stigmatisering også forekommer i almen praksis. En praktiserende læge siger for eksempel: *"Det tror jeg, at der er lidt en tendens til, at snakken går [i almen praksis]: 'Åh ja, nu kommer han også, og han var forstyrrende, og der var ballade i venteværelset', og I ved, sådan noget der, ikke også?"* (Praktiserende læge, informant 19).

Det fremgår af interviews med såvel hospitalsansatte såvel som andre aktører i denne undersøgelse, at stigmatiseringen på hospitalerne kommer til udtryk ved en høj grad af frustration eller oplevelse af afmatning blandt læger og sygeplejersker - relateret til patientgruppen. Denne frustration får både afløb i negativ snak om patientgruppen de hospitalsansatte imellem, ligesom det erkendes af flere informanter, at den også får betydning for hospitalsansattes sprogbrug og adfærd i forhold til patienterne – hvilket kan mærkes af patienterne og bidrage til at skabe en u hensigtsmæssig relation. Dette kan i sidste ende påvirke patientens behandling.

I interviewene peges der særligt på patientgruppens hyppige genindlæggelser som en væsentlig kilde til oplevelsen af frustration, og deraf negative holdninger, blandt hospitalspersonalet. Særligt oplevelsen af, at indlæggelserne "ikke nytter noget", at patienterne "falder i" igen og igen, samt følelsen af afmægtighed i forhold til at kunne hjælpe patienterne, beskrives som en kilde til ærgrelse og frustration. Særligt viser interviewene, at det kan være vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at rumme de patienter, som ikke ønsker at komme ud af alkoholoverforbruget. Herudover kan en eventuel forargelse over det, der betragtes som et stort forbrug af samfundsressourcer grundet de gentagne indlæggelser spille ind, ligesom interviewene peger på, at der blandt nogle hospitalsansatte kan forekomme en opfattelse af, at overforbruget af alkohol er selvforskyldt.

Fleere interviews peger også på, at der på hospitalerne kan eksistere nogle mere eller mindre bevidste forståelser af, at nogle sygdomme er "finere" eller mere værdige til behandling end andre, og at sygdom

relateret til alkohol, som for eksempel alkoholabstinenser, er placeret lavest i dette sygdomshierarki. Dette kan bidrage til stigmatiseringen af patientgruppen. Bidragende til frustration og stigmatisering blandt hospitalsansatte er desuden, at patientgruppen af og til opleves som udadreagerende og i nogle tilfælde truende overfor hospitalet, hvilket særligt for ansatte uden større erfaring med patientgruppen kan opleves som ubehageligt og betyde, at der tages afstand fra patienten.

Interviewene peger således på, at der kan være forskellige bagvedliggende mekanismer, som bliver drivende for stigmatiseringen af patientgruppen. Uagtet årsagerne, er der imidlertid risiko for, at det kan påvirke behandlingen, fordi ansattes oplevelser kan skinne igennem i sprog og adfærd - med potentielt store konsekvenser for patienterne og patientsikkerheden. Stigmatiseringen kan blandt andet være en medvirkende årsag til, at patienten fravælger behandling. Flere interviews peger på, at patienters oplevelser under indlæggelse, herunder negativ sprogbrug og adfærd blandt personale kan få den konsekvens, at patienten ikke ønsker behandlingen og lader sig udskrive. Negative oplevelser kan også betyde, at en patient undlader at kontakte sundhedsvæsenet trods behov.

I interviewmaterialet i forbindelse med denne undersøgelse findes der eksempler på, at hospitalsansatte kan bidrage til at "skubbe patienter ud" af hospitalerne gennem stigmatiserende adfærd, og påvirke patientens oplevelse af indlæggelse i negativ retning. Enkelte interviews indikerer, at det indimellem kan være et bevidst mål. Ifølge en socialsygeplejerske er det problematisk, at det ikke er alle hospitalsansatte, som ønsker at have med denne patientgruppe at gøre, og at det indimellem kan være sådan, at personalet nærmest slår "sten-saks-papir" om, hvem der skal gå ind og tilse patienten. Hun fortæller, at hvis man ikke har lyst til at tage sig af de patienter, som har et overforbrug af alkohol, så kan man faktisk bare lade dem være:

*"Så kan man groft sagt bare lade være med at gå derind [på stuen, til patienten]. For igen – det er jo det, vi i hvert fald har set tidligere (...) - så ender de [patienterne] jo med at gå, og dem [hospitalsansatte], som så ikke har nogen interesse i dem, kan læne sig tilbage og sige: 'Det var også dejligt, så slap vi sgu da for ham her i aften eller i dagvagtten'."*

*Socialsygeplejerske, informant 3.*

En anden faktor, der kan bidrage til, at patienterne afbryder behandlingen er, hvis de ikke abstinensbehandles tilstrækkeligt under indlæggelse, jævnfør afsnit 8.2. Interviews indikerer, at der blandt hospitaletspersonale kan være forskellige og personafhængige opfattelser af, hvor meget og på hvilken måde patienter skal abstinensbehandles under indlæggelse. Dette betyder også, at hospitaletspersonalets personlige, og eventuelt stigmatiserende, holdninger til patientgruppen kan få direkte indflydelse på behandlingen.

Følgende patientfortælling er et eksempel på, hvordan en borger, der indlægges med en høj alkoholpromille, oplever at blive ladet meget alene og behandlet nedværdigende af hospitaletspersonalet under indlæggelsen.



## Patientfortælling

### ***”Jeg havde ikke menneskelig status mere”***

Karin er en kvinde i 50'erne. Hun bor alene, har både børn og børnebørn og ufaglært arbejde. Omtrent de seneste 10 år har Karin fra tid til anden haft et overforbrug af alkohol, som er taget til over de seneste par år. Alkoholforbruget har betydet, at hendes børn indenfor det seneste år har givet hende et ultimatum: Enten skulle hun i behandling for sit alkoholoverforbrug, eller også ville de afbryde kontakten til hende. Karin er derfor nu i behandling i det nærmeste rusmiddelcenter.

Karin har for nyligt været indlagt på hospitalet. Hun blev hentet i ambulance en eftermiddag med en meget høj promille og mavesmerter efter en weekend med et stort indtag af alkohol. Karin fortæller, at hun ved indlæggelsen på akutafdelingen er *”træt, ked af det og forvirret”*, men at hun oplever at blive ladet meget alene på stuen - på trods af, at hun ikke selv kan stå ud af sengen grundet diverse måleudstyr. Da hun næste morgen beder en sygeplejerske om at få en kande vand ind på stuen, får hun besked på, at det må hun selv hente, fordi hun efter sygeplejerskens opfattelse ikke er syg. Herefter *”river”* sygeplejersken ifølge Karin måleudstyret af hende. Hun oplever episoden som ubehagelig. Karin fortæller, at hun ikke tilbydes noget mad under indlæggelsen, ikke bliver spurgt yderligere ind til sit alkoholforbrug eller tilbudt hjælp - frem til at hun om formiddagen udskrives.

Karin oplever i det hele taget at blive behandlet *”nedværdigende”* og *”lidt hånligt”* på hospitalet. Hun beskriver, at hun er flov over sin situation, og at indlæggelsen ikke gjorde hende mindre skamfuld. Karin opfatter sin egen situation som selvforskyldt, men som hun siger: *”Jeg ved godt, at det var selvforskyldt, at jeg var blevet syg, men det gør jo ikke ens symptomer eller ens helbred – det gør det jo ikke bedre, at det er ens egen skyld.”*

Som Karin selv beskriver, tog hun hjem fra hospitalet med oplevelsen af, at hun havde *”3. rangs status”* eller nærmest ikke havde *”menneskelig status”* mere. Hun udtrykker et ønske om, at hospitalspersonalet havde set hende mere som menneske end som en *”misbruger”*. Som hun siger: *”Det [misbruget] var det eneste, de så, og det var ikke noget, de brød sig om, så de valgte så bare at lade mig være, ik?”*

### **Behov for differentierede indsatser**

I analysen fremgår det, at stigmatiserende adfærd blandt hospitalspersonale kan få direkte konsekvenser for patienters behandling, hvilket betyder, at det er en udfordring, som er særdeles vigtig at tage alvorlig. Interviewene peger på, at en differentieret indsats, der specifikt adresserer stigmatisering, er særligt relevante for patienter med alkoholproblemer.

- Ovenstående indikerer, at skal stigmatiseringen på hospitalerne reduceres, er det essentielt at kigge på de bagvedliggende mekanismer, som er drivende for adfærden. En ofte fremhævet kilde til frustration blandt hospitalspersonalet er oplevelsen af, at behandlingen *”ikke nytter”*, særligt i forbindelse med hyppige genindlæggelser. Skal denne udfordring reduceres, peger flere informanter på, at der skal sættes realistiske mål for patienternes behandling. Det er ikke nødvendigvis altid et realistisk mål, at patienten helt skal kvitte alkoholen. Realistiske mål skal mødes af realistiske planer for patientens behandling, som igen bør mødes af relevante tilbud, der tilgodeser patienternes behov.
- Ovenstående indikerer også, at en øget faglighed og kompetence blandt personalet kan bidrage til at reducere stigmatisering, særligt når fagligheden indebærer forståelse for de bagvedlig-

gende årsager til alkoholforbruget, jævnfør afsnit 8.10. Socialsygeplejersken omtales i flere interviews som en vigtig modvægt til stigmatiseringstendenser blandt personalet, men effekten afhænger af, at faglighed ledsages af reel interesse for at hjælpe patientgruppen samt ledelsesmæssig opbakning.

- Endelig peger interviewene på, at klare retningslinjer og procedurer for behandling af patientgruppen, og sikring af, at de følges, er centralt. Dette kan blandt andet medvirke til, at individuelle – eventuelt stigmatiserende holdninger til patientgruppen – ikke får direkte betydning for patienternes behandling eller bidrager til at "skubbe patienterne ud" af hospitalerne.

## 8.9 Motivation som barriere for adgang til behandling

Patienternes motivation for alkoholbehandling er et gennemgående tema i mange af de interviews, der danner grundlag for denne undersøgelse. Det fremdrages i interviews med sundhedsprofessionelle i både almen praksis, på hospitaler, i hjemmeplejen og blandt behandlere på rusmiddelcentre, at patientens *erkendelse* af alkoholproblemet samt en egen, indre *motivation* til at ændre på situationen og komme ud af alkoholoverforbruget anses som helt afgørende for opstart af behandling og for en vellykket behandlingsindsats. En hjemmesygeplejerske siger for eksempel: *"Mange af dem her synes jo ikke selv, at de har et problem - og så kan man jo ikke gøre noget."* (Hjemmesygeplejerske, informant 26). Fraværet af motivation ses dermed som en afgørende barriere for behandling.

Det fremgår af flere interviews med sundhedsprofessionelle, at det opfattes som vanskeligt at hjælpe en patient, som ikke selv er motiveret. Det skyldes dels, at chancen for succes med abstinensbehandling opfattes som meget lille, hvis patienten ikke er motiveret for at stoppe, ligesom det pointeres, at opstart i abstinensbehandling kan være farligt i kombination med alkohol, hvis patienten umiddelbart efter behandlingen fortsætter et stort alkoholindtag. Holdningen blandt flere sundhedsprofessionelle er derfor, at patienten som første skridt må vise den fornødne velvilje og oprigtige ønske om at stoppe med at indtage alkoholen, før behandlingen kan opstartes, jævnfør afsnit 8.2. En læge tilknyttet en akutafdeling siger for eksempel: *"Forandringen må jo på en eller anden måde fundamenteres i patienten selv, altså i en motivation i patienten"* (Læge, informant 13).

Mens citatet indikerer, at motivationen er noget, der udgår fra patienten og derved implicerer et vist ansvar hos patienten selv, er mange af de adspurgte informanter i denne undersøgelse opmærksomme på, at der kan være forskellige forhold, som spænder ben for eller påvirker motivationen. Jævnfør beskrivelser i flere af de tidligere afsnit, indeholder interviewmaterialet forskellige bud på dette. En hjemmesygeplejerske fortæller blandt andet, at der kan være forskel på patienters ønsker for behandling, afhængigt af alkoholpåvirkningen, hvilket har fået hende til at udarbejde et notat, mens en borger er ædru, der beskriver dennes fremtidsønsker (Informant 27). Jævnfør afsnit 8.7, tegner empirien også et billede af, at der er udfordringer forbundet med udredningen af eventuel bagvedliggende psykiske udfordringer, hvilket kan påvirke patientens motivation for at komme ud af alkoholforbruget i negativ retning. Herudover kan faktorer som negative oplevelser med sundhedsvæsenet, stigmatisering og manglende støtte og overskud spille ind, jævnfør afsnit 8.6 og 8.8. Empirien tegner også et tydeligt billede af et system, der ikke er gearret til at gribe patienterne med smidig og hurtig igangsat behandling, når patientens motivation er til stede. Jævnfør afsnit 8.4, beskrives de tværsektorielle overgange fra udskrivelse på hospitalet til opfølgning i almen praksis eller kommunal ambulans behandling eller døgnbehandling som et "mellemrum", hvor blandt andet ventetiden bevirker, at patienten – og patientens motivation – tabes.

Muligheden for at påvirke patienters motivation i positiv retning italesættes særligt i interviews med socialsygeplejersker og hjemmesygeplejersker, som fremhæver tilliden og trygheden i relationen mellem sundhedsprofessionel og patient som potentielt bidragende i positiv retning. En socialsygeplejerske siger for eksempel:

*"Det, det handler meget om, det er jo relationsdannelse, ikke også? At jeg kan gøre det, fordi jeg hurtigt får bygget en relation til patienten. Fordi jeg går ind og sætter mig ned og siger: 'Nå, men hvordan har du det, og hvor bor du henne, og hvordan går det, og hvordan er du endt her?' (...). Jeg har jo tiden (...), mange af dem her, skal vi jo forestille os, de har traumer bag sig og er vant til at aflæse mennesker - om man kommer med en god hensigt eller en dårlig hensigt. De aflæser jo mig meget på lang afstand, nærmest inden jeg dukker op. Når jeg står i døren: 'Okay, kommer hun med noget godt, eller kommer hun med skidt?' Og jeg kommer kun med godt. Så jeg får altid lov til at sætte mig ned hos dem og snakke med dem og høre deres historie."*

*Socialsygeplejerske, informant 12.*

På samme måde lægger flere hjemmesygeplejersker vægt på tryghed i relationen til sundhedspersonale som særdeles betydningsfuld for, at patienten er motiveret for at modtage hjælp. En hjemmesygeplejerske siger for eksempel:

*"Altså ved alle vores udsatte borgere kommer relationen først. Ja, allerførst, fordi ellers kan du ikke få lov til at hjælpe dem. Også med de her alkoholikere, gamle alkoholikere, de mænd her. Relationen er bare alfa og omega for at (...) få lov til at hjælpe dem overhovedet."*

*Hjemmesygeplejerske, informant 26.*

Det omtales ligeledes i et interview med en behandler på et rusmiddelcenter, at motivation er noget, der her arbejdes aktivt med at fremme.

Ovenstående faktorer indikerer, at patienters manglende motivation ikke alene bør anses for at være patienternes ansvar. Motivation er ikke en fastlåst, men en fleksibel størrelse, som i høj grad kan påvirkes i både positiv og negativ retning, for eksempel af relationen til sundhedsprofessionelle, muligheder og rammer for psykiatrisk udredning og somatisk behandling, muligheder for støtte, tværsektorielle samarbejdskonstellationer og udbuddet af relevante behandlingstilbud. At patientens motivation for behandling er noget, der i høj grad *påvirkes udefra* og samtidigt er noget, der *aktivt kan arbejdes med*, fremhæver relevansen af at arbejde aktivt med at reducere de mekanismer, der kan udgøre en barriere for patienternes motivation. At motivation for alkoholbehandling af nogle sundhedsprofessionelle fortsat kan opfattes som patientens eget ansvar, involverer desuden en vis risiko for, at denne fraskrivelse af ansvar kan blive en undskyldning for ikke at handle, som i sidste ende kan fratage patienten adgangsbilletten til behandling – og et bedre liv.

To hospitalslæger problematiserer i interviews præmissen om, at det er op til patientens egen, indre motivation og et spørgsmål om retten til selvbestemmelse, der bliver afgørende for muligheden for at behandle patienten. Lægerne nævner i den forbindelse muligheden for at indføre tvangsbehandling i Danmark med reference til, at denne mulighed forekommer i Sverige. En læge siger for eksempel:

*"Det ved jeg godt er kontroversielt [tvangsbehandling], men det kunne man da godt ønske sig med nogle af patienterne (...), hvis man nu har været indlagt 50 gange på 1 år og så 2 år i træk (...). Så kunne det måske godt være, at der skulle ske noget andet. At man måske kunne sige: 'Okay, det går ikke, det her. Du skal 1 år på døgnophold i Jylland' eller hvad ved jeg. Og så, uanset om man sagde ja eller nej, så skulle man gøre det. Og det ved jeg godt ikke er oppe i tiden, men på en eller anden måde så er det jo... altså det der med, at man kan drikke sig selv ihjel, det synes jeg også er lidt svært at være i."*

*Hospitalslæge, informant 10.*

Citatet afspejler, at det primært er i tilfælde af hyppige indlæggelser, lægen ser muligheden for tvangsbehandling som fordelagtig.

### Behov for differentierede indsatser

Som det fremgår i analysen, kan patientens eventuelt manglende motivation for at komme ud af alkoholoverforbruget ifølge flere af de adspurgte i denne undersøgelse være en barriere for alkoholbehandling. Interviewmaterialet indikerer imidlertid, at manglende igangsættelse af behandling med henvisning til "manglende motivation" kan fungere som en u hensigtsmæssig ansvarsfraskrivelse fra systemets side. Særligt når motivation kan påvirkes udefra i både positiv og negativ retning.

- Den empiri, der har dannet grundlag for denne undersøgelse, peger på, at en differentieret indsats til patienter med alkoholproblemer med fordel kan sigte mod at reducere faktorer, der bremser patienters motivation, og styrke dem, der fremmer den. Dette kræver nysgerrighed og opmærksomhed på, hvad der påvirker patientens motivation, samt en anerkendelse af, at arbejdet med motivation er et aktivt behandlingsansvar – ikke et kriterium for adgang til behandling.
- Ovenstående viser, at motivation påvirkes af faktorer på tværs af sektorer og niveauer i sundhedsvæsenet. Motivation kan derfor ikke overlades til rusmiddelcentret alene. Det afhænger blandt andet af muligheder for psykiatrisk udredning, sammenhængende overgange og passende behandlingstilbud, der sikrer, at motivationen ikke tabes. En sygeplejerske fremhæver, at patienter også skal have hjælp til at opbygge overskud til at tage imod behandling, fordi "*det kræver ekstremt overskud*" (Sygeplejerske, informant 4). Samtidig peger interviewene på, at reduktionen af stigmatisering og et fokus på tid, tillid og tryghed i relationen til sundhedsprofessionelle kan styrke patientens motivation.

## 8.10 Utilstrækkelig alkoholfaglig ekspertise på hospitalet

En anden faktor, som kan blive en barriere i forhold til behandlingen af patienter med et overforbrug af alkohol, vedrører hospitalspersonalets faglighed i forhold til patientgruppen. Her peger interviews med både hospitalspersonale, repræsentanter fra hospitalsledelser og almen praktiserende læger på, at det kan være en udfordring for patienternes behandling, at personalet ikke altid er gearret til at håndtere patientgruppen, og at behandlingen – og måden patienterne oplever sig behandlet på – derfor kan variere.

For eksempel kan der være forskel på, hvor hyppigt hospitalsafdelinger ser denne gruppe af patienter. Mens nogle afdelinger ser patienterne hyppigt og måske over en længere periode med indlæggelse, håndteres de på andre afdelinger kun sjældent og i ganske kort tid ad gangen. Dette får betydning for personalets opbygning af erfaringsgrundlag og faglighed i forhold til patientgruppen, kendskabet til patienterne, forståelsen for de bagvedliggende årsager til alkoholproblemet og opbygningen af relation og tillid mellem patient og sundhedsprofessionel. Denne variation i erfaring og kompetencer kan, ifølge flere sundhedsprofessionelle, have konsekvenser for behandlingen, som denne oversygeplejerske beskriver:

*"(...) det er fordi, det er et af vores kerneområder. (...) Altså, det går dem bare bedre, når de [patienter med alkoholoverforbrug] er hos nogen, der er vant til at arbejde med dem og ved, at vi er nødt til at lave en kæmpe understøttende indsats for dem her. Det kan jeg jo se tilbage på i min karriere. Hold da op, og hvor har jeg gjort det dårligt mange gange, ikke altså."*

*Sygeplejerske, informant 4.*

Flere interviews indikerer også, at der er sammenhæng mellem sundhedsprofessionelles faglighed i forhold til patienter med alkoholproblemer og stigmatisering af patientgruppen. En hjemmesygeplejerske fortæller for eksempel, at: *"De her alkoholikere her, det er sådan en stigmatiseret gruppe i hjemmeplejen, og det binder sådan set bare i, at dem, der kommer der [hjemmeplejen], ikke har uddannelsen til at tackle dem, ik?"* (Hjemmesygeplejerske, informant 26).

På hospitalerne viser interviews, at socialsygeplejersken i nogle tilfælde engageres i undervisning og opkvalificering af det øvrige personale på de specialiserede hospitalsafdelinger i forhold til håndteringen af patienter med et overforbrug af alkohol eller andre rusmidler. Undervisningen er blandt andet tænkt som et forsøg på at imødekomme stigmatiserings-udfordringer blandt personalet. En sygeplejerske fra en afdeling for mave- og tarmsygdomme fortæller for eksempel i et interview, hvordan en socialsygeplejerske har været involveret i at sikre, at der på afdelingen fastholdes et fokus på at behandle patienterne med værdighed og respekt blandt et afdelingspersonale, der ellers har opfattet patienter med alkoholproblemer som "sølle, lidt skæve eksistenser", med "dårligt netværk", "dårlig compliance", som "fyldte", "lugtede" og "talte grimt", "ikke var til at samarbejde med" og "svære at lave aftaler med". Mens sygeplejerskens udsagn således illustrerer, at man på afdelingen for mave- og tarmsygdomme i dette tilfælde har valgt at arbejde aktivt med at fastholde en respektfuld adfærd, henvises der i samme interview til en anden afdeling, hvor oplevelsen er, at der - uagtet socialsygeplejerskens bestræbelser - er "mange af deres sygeplejersker og læger [der] ikke gider de her patienter" (Sygeplejerske, informant 4). Dette indikerer, at der uagtet socialsygeplejerskens forsøg på opkvalificering af personalet kan være forskel på afdelinger og interne uenigheder på hospitalet i forhold til håndteringen af patientgruppen.

Ud over socialsygeplejerskens rolle i forhold til undervisning af det øvrige hospitalspersonale, indeholder interviewmaterialet ikke eksempler på, at hospitalspersonalet på anden vis klædes fagligt på til at behandle patienter med alkoholudfordringer. Interviewmaterialet peger heller ikke entydigt på, at socialsygeplejersken selv har modtaget faglig kvalificering vedrørende håndteringen eller behandlingen af denne patientgruppe specifikt.

Ud over afdelingers forskellige holdninger og engagement i forhold til patientgruppen, indikerer interviews også, at der kan være uens praksis, faglig uenighed og manglende konsensus både afdelinger og hospitaler imellem i forhold til behandlingen af patientgruppen. Dette gælder særligt i forhold til abstinensbehandling, jævnfør afsnit 8.2.

Flere informanter fremhæver det som en udfordring for patienternes behandling, at der ikke findes et decideret speciale eller fagområde for alkoholbehandling, på samme måde som det gør sig gældende for mange andre sygdomsområder. I Danmark er der nemlig ikke, på samme måde som eksempelvis i Norge, et speciale indenfor additiv medicin, hvor der således er opbygget en højere grad af specialisering og kompetencer indenfor området (47).

At patienter med alkohol som den primære diagnose indlægges på andre specialiserede afdelinger, har ifølge en hospitalsledelses-repræsentant den konsekvens, at disse afdelinger ikke betragter disse patienter som deres *primære* patientmålgruppe, og at disse patienter derfor ikke som andre patienter har et primært tilhørssted. Ansvar spredes ud på forskellige afdelinger, som ofte mangler både kompetencer og motivation til at varetage behandlingen. For akutafdelingen fremhæver flere informanter faktorer som travlhed, ventetider, skiftende personaler, manglende specialisering inden for alkoholproblematikker, et primært fokus på andre somatiske sygdomme samt fysiske rammer, der gør det svært, at få taget ordentligt hånd om alkoholproblematikken.

Den manglende specialisering kan ifølge hospitalsledelses-repræsentanten have betydning for personalets interesse for patientgruppen, som det udtrykkes i følgende citat:

*”Hvis man kommer ind og har en misbrugsproblemstilling (...), så kan det være ret svært at rumme de her patienter i de klassiske specialeafdelinger. Mange af de her patienter har også en anden måde at reagere på. De kan være udadreagerende. De kan have et andet aktivitetsniveau (...). Så det er jo noget, vi er opmærksomme på, (...) hvis du har valgt at være læge i et speciale eller valgt at være sygeplejerske i et speciale, så er det nogle meget specifikke patienter, du et eller andet sted synes er interessante patienter. Og der kan de her - den anden patientgruppe - godt være støjende og have nogle andre behov, som måske kan være svære at honorere i de vante rammer.”*

*Hospitalsledelse, informant 7.*

Ifølge flere informanter, der deltager i denne undersøgelse, ville et decideret speciale indenfor området både have potentiale til at højne fagligheden i behandlingen markant, ligesom det ville sikre tiltrækning af hospitalspersonale med specifik interesse i at behandle og hjælpe netop denne patientgruppe.

### **Behov for differentierede indsatser**

Ovenstående peger på, at manglende faglighed hos hospitalspersonale kan udgøre en barriere for behandlingen af patienter med alkoholproblemer.

- Dette gælder særligt på specialiserede afdelinger, hvor kontakten med patientgruppen er sporadisk, og der derfor mangler erfaring. Interviewmaterialet indikerer, at der på trods af socialsygeplejerskers indsats er behov for initiativer, der sikrer fælles praksis og faglig enighed, eksempelvis gennem tydelig ledelsesopbakning, klare retningslinjer og løbende opkvalificering af personalet.
- Interviewmaterialet peger også på potentialer ved en specialisering i addiktiv medicin på hospitalerne. Flere informanter foreslår, at et egentligt speciale eller fagområde både kan sikre højere faglighed og tiltrække personale med mere specifik interesse for patientgruppen.

## **8.11 Delkonklusion**

Ovenstående analyse identificerer en række barrierer i behandlingen af patienter med alkoholproblemer samt behov for differentierede indsatser, der adresserer disse barrierer med henblik på at sikre et mere lige behandlingsudbytte. Analysen tager udgangspunkt i kvalitative interviews med 31 informanter, herunder patienter, sundhedsprofessionelle fra forskellige faggrupper i hospitalsregi og almen praksis samt kommunalt ansatte medarbejdere i hjemmeplejen og rusmiddelcentre. Samlet set er der identificeret en række barrierer og behov for indsatser, som kan kategoriseres på fire analytiske niveauer: Kliniske og behandlingsrelaterede, organisatoriske og systemiske, interaktionen mellem patient og sundhedsvæsen og kompetence og ressourcemæssige. I det følgende opsummeres resultaterne fra Delstudie 2 under hvert af disse niveauer.

### **Kliniske og behandlingsrelaterede barrierer og behov for indsatser**

Analysen peger på flere barrierer i den kliniske håndtering af patienter med alkoholproblemer – både ved somatiske sygdomme, alkoholbehandling og i forhold til tidlig identificering af alkoholproblemet. Blandt andet viser interviewmaterialet, at et samtidigt alkoholproblem kan vanskeliggøre behandling af sygdomme som stroke, diabetes og KOL. Barriererne kan blandt andet knytte sig til opsporing af den somatiske sygdom, patientens behandlingsadhærens og fremmøde, medicinske begrænsninger, indlæggelse og behandling på specialiserede hospitalsafdelinger.

Sundhedsprofessionelles erfaringer peger i retning af, at det behandlingsansvar, der i praksis placeres hos patienten, særligt for patienter i udsatte positioner, i nogle tilfælde overstiger deres forudsætninger.

Dette kan komme til udtryk som vanskeligheder med at tage ordineret medicin og møde frem til planlagte behandlinger. Det peger på et behov for at udvikle mere realistiske og understøttende behandlingsrammer, der tager højde for patienternes ressourcer og livssituation, samt for en bevægelse væk fra en individualiserende og "blaming"-orienteret kultur og hen imod en praksis, hvor ansvar og krav i højere grad tilpasses det, patienterne reelt kan imødekomme. I tråd med dette viser analysen, at det er vigtigt at tilpasse rammerne for behandling og indlæggelse på hospitalet, således at disse muliggør behandling for sygdom ved samtidigt alkoholoverforbrug, så alkoholproblemerne ikke bliver en begrundelse for at afvise patienten eller udskyde relevant somatisk behandling.

Informanter fremhæver behovet for større fleksibilitet i indlæggelsesrammer og opkvalificering af sundhedspersonalet for at øge tryk og forbedre behandlingsforløb. Alkoholafhængighed er i sig selv en psykisk lidelse, klassificeret i ICD-11 under mentale, adfærdsmæssige og neurodevelopmentale lidelser, og mange patienter har samtidig andre psykiatriske og somatiske problemstillinger. Dette understreger behovet for en helhedsorienteret tilgang, som sikrer tættere sammenhæng mellem somatik og psykiatri.

Analysen viser også, at indsatser tilpasset patientgruppen med fordel kan rette sig direkte mod at adressere alkoholoverbruget, da dette i sig selv kan forbedre mulighederne for behandling. Dette gælder blandt andet håndtering af eventuelt bagvedliggende årsager til alkoholproblemet. Tilstrækkelig abstinensbehandling under indlæggelse vurderes desuden som centralt, men kræver, at eksisterende barrierer for dette imødegås.

Analysen fremhæver også udfordringer i forbindelse med alkoholbehandling, for eksempel når en patient indlægges med abstinenser som primær årsag - typisk på hospitalets akutafdeling. Her opleves uklarhed og uenighed mellem faggrupper og afdelinger om, hvornår abstinensbehandling bør iværksættes – for eksempel om patienter skal "drikke ned" hjemme, eller om alkohol bør tilbydes under indlæggelse. Interviewmaterialet peger på et behov for en mere ensartet praksis, understøttet af klare kliniske retningslinjer, samt sikring af adgang til relevante afrusningstilbud for patienterne.

Endelig viser analysen, at der er væsentlige barrierer for identificering af alkoholproblemer i både hospitalssektoren og i almen praksis. Problemerne kan derfor overses, især hos patienter uden tydelige alkoholrelaterede symptomer. Barriererne tæller foruden manglende systematisk identificering også manglende konsensus i forhold til, hvornår et alkoholforbrug betragtes som problematisk, og desuden også manglende initiativ til handling, når et overforbrug identificeres. Interviewmaterialet peger på behovet for en styrket og systematisk identificering af alkoholproblemer – både i almen praksis og på hospitalet. En mere struktureret tilgang, for eksempel med kortscreeningsmetoder, foreslås. Empirien peger på, at identifikation af alkoholproblemer forudsætter både tillid i relationen til behandler og sundhedsprofessionelles kompetencer til at tage den svære samtale inden for de rammer, der er til rådighed. Samtidig fremhæves det, at prioritering af ressourcer til relationsarbejdet er afgørende og forudsætter tydelig ledelsesmæssig opbakning.

### **Organisatoriske og systemiske barrierer og behov for indsatser**

Analysen identificerer også en række barrierer relateret til system, sektorsamarbejde og organiseringen af sundhedsvæsenet. Særligt fremhæves udfordringer i overgangen mellem sektorer – for eksempel fra indlæggelse på hospital til videre opfølgning i almen praksis eller rusmiddelcenter. Overgangen opleves som en "kløft", hvor der er stor risiko for, at patienten – og patientens eventuelle motivation for at reducere eller stoppe alkoholforbruget – tabes.

Interviewmaterialet tegner et tydeligt billede af, at der er uklarhed om ansvaret for afrusning og abstinensbehandling mellem hospital, praktiserende læge og kommune. Alle parter oplever dels, at de har

vanskeligt ved at løfte opgaven tilstrækkeligt grundet for eksempel tids- og ressourcemæssige begrænsninger og dels, at de andre aktører ikke altid løfter deres del. Interviewmaterialet viser også mangel på relevante tilbud, der understøtter en sammenhængende indsats efter udskrivelse. Potentialet for at reducere genindlæggelser og styrke behandlingskvaliteten vurderes derfor at ligge i øget samarbejde, bedre koordinering, forbedrede tilbud og klar ansvarsfordeling. Konkret foreslås blandt andet brobyggende funktioner som socialsygeplejersker, tværfaglige møder med fælles fokus på patienten, og faste kommunale kontaktpersoner på hospitalerne. Det fremhæves også, at de praktiserende læger med fordel kan inddrages mere aktivt, for eksempel gennem tydelig markering i epikriser og deltagelse i udskrivningssamtaler. En "alkohol- eller rusmiddelpakke" efter model af kronikerpakker nævnes som en mulig behandlingsramme.

Interviewene indikerer også, at den nuværende organisering og de eksisterende tilbud i særlig grad er mangelfulde for patienter i de mest udsatte positioner. Særligt interviewede hjemmesygeplejersker fremhæver behovet for mere håndholdte og fleksible løsninger såsom hjemmebaserede tilbud til patienter, der ikke magter fremmøde, herunder for eksempel fra egen læge eller rusmiddelteam. Desuden fremhæves bedre muligheder for transport og ledsagelse til aftaler i sundhedsvæsenet som nødvendigt. En sådan differentieret tilgang vurderes at have potentiale til at forebygge akutte indlæggelser og sikre bedre behandlingsmuligheder til borgere, der ikke formår at tilpasse sig sundhedsvæsenets traditionelle organisering.

Endelig peger analysen på behovet for tilpassede indsatser, der styrker adgangen til psykiatrisk udredning og behandling for patienter med alkoholproblemer. En væsentlig barriere har været, at patienter med alkoholafhængighed ofte er blevet afvist i psykiatrien. Selvom der er taget skridt med den nye aftale om dobbeltdiagnosebehandling fra 2023, er implementeringen endnu ufuldstændig. Lange ventetider på psykiatrisk udredning kan potentielt have alvorlige konsekvenser for patienterne og blandt andet føre til alvorlige følgesygdomme. Interviewmaterialet peger derfor på behovet for hurtigere adgang til psykiatrisk vurdering – og mulighed for hjemmebaseret psykiatrisk udredning og behandling.

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

Interviewmaterialet viser tydeligt, at patienter med alkoholproblemer ofte oplever stigmatisering – både på hospitaler og i sundhedsvæsenet generelt. Stigmatiserende sprog og adfærd kan føre til, at patienter undgår kontakt med sundhedsvæsenet, afslår behandling eller forlader hospitalet trods behandlingskrævende sygdom. Analysen peger på behov for realistiske behandlingsmål, øget faglig forståelse for alkoholproblemerne årsager og ledelsesmæssigt fokus på at undgå stigmatisering. Socialsygeplejersker fremhæves som vigtige aktører i arbejdet med at ændre kultur og holdninger.

En anden barriere for behandling, som fremgår af interviewmaterialet, vedrører patienternes motivation for behandling. Mens det kan opfattes som vanskeligt at hjælpe en patient, som ikke er motiveret for at stoppe eller reducere alkoholoverforbruget, tegner interviewene på den anden side også et billede af et system, der ikke er gearret til at øge patienternes motivation eller gribe den, når den er der. Interviewmaterialet peger på, at patienters motivation kan påvirkes i både negativ og positiv retning af blandt andet sundhedsprofessionelle. At afvise behandling med henvisning til manglende motivation kan derfor blive en u hensigtsmæssig ansvarsfraskrivelse. I stedet bør der arbejdes aktivt for at styrke motivationen gennem tillid, tryghed, relationer og relevante tilbud. Motivation påvirkes af mange faktorer – både sociale, psykiatriske og organisatoriske – og kræver derfor en tværsektoriel indsats.

### **Kompetence – og ressourcemæssige barrierer og behov for indsatser**

Endelig peger analysen på, at hospitalspersonalets faglige kompetencer og ressourcer kan udgøre en barriere i arbejdet med patienter med alkoholproblemer. Interviewene viser, at afdelinger adskiller sig ved, hvor ofte og i hvilket omfang de møder denne patientgruppe, hvilket påvirker erfaring, faglighed og forståelse for de eventuelle bagvedliggende årsager til et alkoholoverforbrug.



Socialsygeplejerskerne, der ofte er tilknyttet akutafdelinger, forsøger at styrke personalets viden og modvirke stigmatisering, men flere peger på, at fagligheden generelt er utilstrækkelig og påvirker behandlingen negativt. Der ses desuden ingen tydelige tegn i interviewmaterialet på, at personalet, eller socialsygeplejerskerne selv, modtager systematisk opkvalificering i håndtering af denne patientgruppe. Analysen viser derfor, at der er behov for at styrke fagligheden, især på afdelinger med mindre erfaring med patientgruppen. Trods socialsygeplejerskers indsats, fremhæves behovet for en mere systematisk opkvalificering af personalet som nødvendig for at sikre ensartet behandling. Samtidig peges der på potentialet i at styrke specialiseringen inden for alkoholområdet. Etablering af additiv medicin som speciale eller fagområde, ligesom i eksempelvis Norge, vurderes at have potentiale til at kunne øge kompetencer og tiltrække personale med særlig interesse for målgruppen.

Analysen peger på, at informanterne oplever et betydeligt pres på afdelingerne, som ifølge deres erfaringer vanskeliggør den nødvendige dialog med patienterne og arbejdet med at understøtte patienternes motivation for forandring i forhold til reduktion eller ophør af alkoholoverforbruget. På denne baggrund fremstår der et behov for at styrke de faglige kompetencer i samtaleteknik og motivationsarbejde samt sikre, at relevante indsatser kan tilbydes inden for de eksisterende organisatoriske rammer.

## 9. Resultater af Delstudie 3

I dette afsnit præsenteres resultaterne af Delstudie 3. I afsnittet beskrives differentierede indsatser, der anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden i behandlingen af patienter med alkoholproblemer. I det følgende bliver de identificerede indsatser gennemgået. Afsnittet er baseret på data fra desk research, interviews med 22 forskere og fagprofessionelle og skriftlige besvarelse på spørgeskema fra 10 ud af 17 akutmodtagelser (de resterende 4 danske akutmodtagelser er repræsenteret i dataindsamlingen igennem interviews).

**Figur 6 – Opsummering af resultater af Delstudie 3**

I Delstudie 3 er der identificeret **18 forskellige indsatser**, der bliver afprøvet eller er implementeret forskellige steder i landet og i forskellige sektorer: 2 er forankret i eller med funktion relateret til almen praksis, 11 er forankret på hospitaler, 2 i kommuner og 3 i civilsamfundet. Indsatserne har i varierende grad mulighed for at differentiere efter patienternes somatiske, psykiske og sociale behov, og indsatserne varierer i kompleksitet og kan have et eller flere fokuspunkter.

Indsatsernes fokuspunkter kan relateres til de fire følgende tematikker:

### *Tværspektorielt og tværfagligt samarbejde*

- At skabe strukturer og rutiner for samarbejde på tværs af systemer (eksempelvis kommune, region, almen praksis og civilsamfund), så indsatsen omkring borgeren/patienten bliver sammenhængende og koordineret.

### *Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis*

- At udvikle en særlig faglighed indenfor alkoholproblemer og alkoholbehandling 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.

Overordnet er der **gode erfaringer med indsatserne**, men der skal tages forbehold for:

- At langt størstedelen af **indsatserne ikke er evalueret**, hvilket gør det vanskeligt at drage konklusioner om deres effekt eller om eventuelle utilsigtede negative konsekvenser.
- At indsatser, der viser gode resultater ét sted, ikke nødvendigvis vil have samme virkning i andre kontekster, da lokale forhold, organisering og målgrupper kan have væsentlig indflydelse på resultaterne.

Der ses et behov for, at **evaluering indtænkes** i nuværende og fremtidige indsatser for at sikre, at de opnår de ønskede mål.

## 9.1 Identificerede differentierede indsatser

I dette afsnit er der fokus på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden i behandlingen af patienter med somatisk sygdom og samtidige alkoholproblemer. Det omfatter også indsatser, der primært har fokus på at hjælpe patienten med at reducere eller ophøre deres problematiske alkoholforbrug. En reduktion eller et ophør af alkoholforbruget kan være afgørende for, at patienten kan gennemføre behandlingen og/eller opnå den ønskede effekt af behandlingen. Eksempelvis viser resultaterne fra Delstudie 2, at et problematisk alkoholforbrug blandt patienter med KOL kan påvirke behandlingen negativt ved, at inhalationsmedicin ikke anvendes korrekt, at visse antibiotikatyper må fravælges, og at der af sikkerhedshensyn ikke kan udleveres iltbehandling. I tilfælde af stroke kan alkohol sløre akutte symptomer, hvilket kan føre til forsinket behandling samt udfordre deltagelsen i efterfølgende genoptræning.

Indsatserne adskiller sig i valg af målgruppe. Nogle henvender sig til en afgrænset målgruppe, som for eksempel patienter med et alkoholproblem og andre henvender sig til en mere overordnet målgruppe, som for eksempel patienter i udsatte positioner. Indsatserne har i varierende grad mulighed for at differentiere efter patienternes somatiske, psykiske og sociale behov. Indsatserne varierer desuden i omfang og kompleksitet, afhængigt af hvor mange og hvilke temaer, de adresserer. Nogle indsatser har et snævert fokus, mens andre arbejder med flere temaer på tværs og dermed rummer en højere grad af kompleksitet. Temaerne er identificeret som led i de gennemførte analyser og afspejler centrale udfordringer i patientforløb for patienter med alkoholproblemer. Variation i kompleksitet er forsøgt illustreret i Tabel 28, hvor indsatserne er inddelt i temaer.

**Tabel 28 – Oversigt over temaer og hvilke identificerede indsatser, der knytter sig hertil**

Temaer	Indsatser
Tværasektorielt 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 netværks- opbygning	KIP CRA SKP-korpset
Systematisk opmærksom- hed på alkoholproblem	15-metoden Planlagt afrusning Alkoholrådgivende team Lab10

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.

## 9.2 Almen praksis

Dette afsnit omhandler indsatsen 15-metoden, som er forankret i almen praksis samt Flex Almen Praksis, som er et almenmedicinsk tilbud.

### 9.2.1 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 alkoholfafhængighed (48). 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 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 (27)) 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 (49).

### **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 (50). Det er blandt andet baseret på CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research (51)), 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.

## 9.2.2 Flex Almen Praksis

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde • Alkoholafaglighed og helhedsorienteret praksis

Flex Almen Praksis er et almenmedicinsk tilbud, som er forankret på hospitalet.

### 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, så fremt 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 adhærens 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 afdelingsleder. 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 rusmid-delcentre, 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.

## **9.3 Hospital**

Dette afsnit omhandler de 11 indsatser identificeret på hospitalerne.

### **9.3.1 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 afuses 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 problemer, 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 (52), 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 tilvænnning 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 afsnit.

### **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.



## 9.3.2 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 satspuljeprosjekt 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 (53)), KIP anvendes i den regionale psykiatri i alle fem regioner samt i for eksempel kommunale rus-middelcentre 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.

### **Evaluering/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.

## **9.3.3 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 (54, 55). 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 (56). 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 oprindeligt 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 Brobyggerygeplejersker (fra 2019 til 2023 (57, 58)), 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 denne 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 ambulante 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 (54). 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 (59)).

### **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.

## **9.3.4 Socialoverlæge**

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholfaglighed 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 hospitalslægerens 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.

## **9.3.5 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"). 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 udsættes 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.

### 9.3.6 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 dokumentindsamlingsystem, 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 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.

### **9.3.7 Flex-sengeafsnit**

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholfaglighed 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 Praksis<sup>8</sup>. 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 afsnit 9.3.1 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 forelægger 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 i afsnit 9.3.6). Afsnittet har tilknyttet plejepersonale fra både somatik og psykiatri, socialsygeplejersker, faste speciallæger, en socialoverlæge, en socialfodterapeut, sikkerhedspportører 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 (60, 61). 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

---

<sup>8</sup> Flex Almen Praksis er et almenmedicinsk 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. Læs mere om indsatsen i afsnit 9.2.2.



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.

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.

### 9.3.8 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 ambulante 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 stabiliseres 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 sammen 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.

## **9.3.9 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 rusmiddelproblematikker 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 substitutions-

behandling. 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.

## **9.3.10 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 (62)*, 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 ambulante 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 henvisningskemaer, 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 afrusning” er eksempelvis implementeret på Regionshospitalet Horsens (se afsnit 9.3.1 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 projektforsøget (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.

### **9.3.11 Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter**

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholafgørelse 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 deltagerens 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, deltagerens 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 (59)), 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 erfaringseksperter. 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.

## **9.4 Kommune**

Dette afsnit omhandler de to indsatser, der er identificeret i kommunerne.

### **9.4.1 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 afsnit 9.5.2) 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) (63). 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 profitede af den traditionelle alkoholbehandling. Det var nyt for behandlerne at skulle arbejde med gruppeforløb, og det krævede et fokus på gruppedynamikker og samarbejde behandlerne imellem. 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 de 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 Alkoholbehandlingens 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 dags 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 (64). Det vides blandt andet, at CRA typisk er mere effektivt end standard behandling, når man ser på tværs af studier (65), og CRA øger sandsynlighed for afholdenhed og er med til at forbedre levestandarden for hjemløse (66).

#### **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 (67).

### **9.4.2 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 (68).

#### **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.

## **9.5 Civilsamfundet**

Dette afsnit omhandler de indsatser, der er identificeret i civilsamfundet.

### **9.5.1 Omsorgscenter**

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholafaglighed og helhedsorienteret indsats

#### **Formål**

Omsorgscentre er et tilbud om restitutionsophold 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 nedtrappingsplan. 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 (69-72).

### **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 forsat 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 personaledekning 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, sundheds tilbud 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 (73). 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 (74). 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.

### **9.5.2 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 (75).

### **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 (76). 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 (75, 77). Det kvalitative studie viste, at borgere, brobyggere og sundhedsprofessionelle fremhævede, at tryghed og vejvisning bidrager til, at patienten kommer til aftalen (75).

### **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 (77).

## **9.5.3 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 (48)) til screening af alkoholproblemetets 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 børnefamilieteams, 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 (62).

### **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.

## 9.6 Sammenhæng mellem barrierer og indsatser

De følgende bokse giver et samlet overblik over de overordnede barrierer, der er identificeret i Delstudie 2, og uddyber de centrale udfordringer inden for hver kategori. Samtidig peger boksene på eksempler på eksisterende danske indsatser identificeret i Delstudie 3, som på forskellig vis sigter mod at imødekomme eller reducere disse barrierer i praksis. Derudover indeholder Bilag (afsnit 12.3) en skematisk oversigt over de centrale barrierer fra hvert analyseafsnit fra Delstudie 2, koblet med relevante indsatser som potentielle løsninger.

### **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 og 15-metoden 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, Lab10 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, Flex Almen Praksis 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.

---

## 9.7 Delkonklusion

På baggrund af desk research, interviews med fagprofessionelle og forskere samt spørgeskemaer til akutmodtagelserne er der identificeret 18 indsatser i Danmark med potentiale til at reducere ulighed i behandlingen af patienter med alkoholproblemer.

Indsatserne afprøves eller er implementeret forskellige steder i landet og er forankret hos en bred vifte af aktører: almen praksis, hospitaler, kommuner samt civilsamfundet. I afsnittet præsenteres indsatser, som i varierende grad differentierer efter patienternes somatiske, psykiske og sociale behov. Indsatserne varierer desuden i kompleksitet, afhængigt af antallet af fokuspunkter.

Nogle af de centrale fokuspunkter, der potentielt kan bidrage til at reducere ulighed i patientforløb, omfatter:

- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde
- Alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis
- Inddragelse og netværksopbygning
- Systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer

For langt størstedelen af indsatserne gælder det dog, at de ikke er tilstrækkeligt evaluerede. Det er derfor uvist, hvilken effekt de reelt har, samt hvordan, for hvem og under hvilke betingelser de virker.

Der kan være behov for at udbrede indsatser, hvor der er påvist den ønskede effekt, til andre landsdele – med opmærksomhed på, at indsatserne potentielt skal justeres til nye kontekster for at opnå lignende resultater. Dette kan blandt andet bidrage til at mindske geografisk ulighed. Ligeledes kan det overvejes, om nogle af de beskrevne indsatser kan have et endnu større potentiale ved eksempelvis at udvide åbningstiderne for at imødekomme patienternes behov for fleksibilitet og øge sandsynligheden for, at de benytter indsatserne.

Overordnet er der identificeret få indsatser forankret i almen praksis, og få indsatser, der har som hovedfokus at styrke udsatte- og alkoholfagligheden hos det personale, der har med patientgruppen at gøre. Dette stemmer overens med flere af de barrierer, der er identificeret i Delstudie 2.

## 10. Diskussion

Denne rapport har haft fokus på ulighed i behandlingen af patienter med høj sygdomsbyrde, med særlig fokus på betydningen af alkoholproblemer og behovet for differentierede indsatser i sundhedsvæsenet. Temaet ligger i forlængelse af Sundhedsreformen fra 2024, som fremhæver behovet for en mere målrettet anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer samt indsatser, der er tilpasset patienter med komplekse behov, for at sikre høj kvalitet og mere lige adgang til sundhedsydelse.

På baggrund af analyserne bidrager rapporten med viden, der kan styrke beslutningsgrundlaget for prioritering af sygdomsområder og patientgrupper med særligt behov for målrettede og differentierede indsatser. Analyserne har belyst uligheder i behandlingsforløb blandt udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde, herunder betydningen af alkoholproblemer, og peger samtidig på centrale barrierer i behandlingen samt eksempler på indsatser, der anvendes i Danmark for at forbedre forløb og fremme lighed i behandlingen.

I de følgende afsnit opsummeres rapportens hovedfund, hvorefter de områder, som fagudvalget vurderer, har behov for styrkelse, præsenteres. Afsnittet afrundes med en samlet konklusion.

### 10.1 Sammenfatning af rapportens fund

**Delstudie 1** viser markante forskelle i kontaktmønstre, sygdomsforløb og behandlingsudfald baseret på demografi, socioøkonomi, helbred og bopæl blandt patienter med de udvalgte sygdomme med høj sygdomsbyrde. Patienter med KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller GAK, som har alkoholproblemer, er oftere i højrisiko for hyppige sundhedskontakter, indlæggelser, høje sundhedsudgifter og død. Alkoholproblemer forekommer hyppigere hos patienter med mindre sandsynlighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Associationen mellem den samlede behandlingskvalitet og alkoholproblemer er mindre tydelig. I forhold til udvalgte kvalitetsmål ses der for patienter med stroke en association mellem alkoholproblemer og den modtagne behandlingskvalitet, hvor patienter med alkoholproblemer i mindre grad bliver indlagt på en strokeenhed og modtager optimal akut behandling, men i højere grad modtager en plan for genoptræning. Overordnet understreger resultaterne, at alle udvalgte karakteristika i højere eller lavere grad er associeret med ulighed i behandlingsforløbet. Alkoholproblemer er tæt knyttet til mere komplekse og ressourcekrævende sygdomsforløb, og er en relevant indikator for tilrettelæggelse af differentierede indsatser for at opnå større lighed i behandlingsforløbet og brug af sundhedsvæsenet.

**Delstudie 2** viser, at patienter med alkoholproblemer møder betydelige barrierer i somatisk behandling – både klinisk, organisatorisk og i mødet med sundhedsvæsenet. Samtidig identificeres flere behov for forbedring gennem differentierede, helhedsorienterede og mere fleksible indsatser. Der peges på behov for systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer, klare retningslinjer for afrusning og abstinensbehandling, bedre sektorovergange og tværsektorielle samarbejder samt øget opkvalificering af sundhedspersonalet og udvikling af specialiseret faglighed inden for alkoholområdet. Desuden fremhæves vigtigheden af at reducere stigmatisering og prioritere styrkelse af tillid og relationer mellem patienter og behandlere, for at fremme patientens motivation for at reducere alkoholforbruget og det samlede behandlingsudbytte. Indsatserne bør tilpasses patienternes individuelle behov og – for patienter i de mest udsatte positioner – omfatte mere håndholdt og fleksibel behandling. Det gælder eksempelvis patienter med alvorlige kognitive skader samt betydelige fysiske, psykiske og/eller sociale udfordringer, der kan stå uden et støttende netværk, og som har svært ved at navigere i sundhedsvæsenets almindelige tilbud og organisering.

**Delstudie 3** identificerer og beskriver 18 forskellige indsatser under følgende fire temaer: *Tværasektorielt og tværfagligt samarbejde, alkoholfaglighed og helhedsorienteret praksis, inddragelse og netværks-opbygning, samt systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer.* Til inspiration beskrives indsatserne bredt og omfatter blandt andet formål, udvikling og implementering, organisering samt erfaringer fra de involverede aktører. De beskrevne indsatser er generelt forbundet med positive erfaringer blandt de aktører, der er involveret, men langt størstedelen mangler formel evaluering. Det understreger behovet for at undersøge deres effekter systematisk, så man kan vurdere potentialet for udbredelse til andre dele af landet og anvendelse i forskellige kontekster.

## 10.2 Hvordan opnås mere lighed i behandlingsforløb?

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

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

### 1. Afklaring af roller og ansvar samt tværasektoriel koordinering

Mens kommunerne ifølge sundhedsloven formelt set har ansvaret for alkoholbehandlingen, viser analysen, at der hersker en vis uklarhed om, hvem der har ansvaret for borgere og patienter med alkoholproblemer, når de står overfor akutte alkoholrelaterede behov. Dette kan for eksempel være behandling af abstinenser eller situationer, hvor alkoholproblemerne påvirker andre problemstillinger, som patienterne måtte have. Denne mangel på klarhed kan resultere i, at patienterne i flere tilfælde risikerer at falde mellem to stole og dermed ikke modtage en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Analysen peger især på en manglende koordinering og fravær af samarbejde mellem hospitaler, almen praksis og kommunale aktører i behandlingen af patienter med alkoholproblemer. Det gælder både i forhold til afrusning og abstinensbehandling og når patienterne ud over alkoholproblemerne også har somatiske og psykiske lidelser. Det kan betyde, at patienten ikke samlet set får den nødvendige hjælp, selvom hver sektor varetager sine opgaver.

Der er behov for klarere og mere forpligtende juridiske og organisatoriske rammer for ansvar og tværasektorielt samarbejde, især i forbindelse med afrusning og behandling af abstinenser, men også hvad angår overgang fra akutte til planlagte indsatser. I rapporten fremhæves eksisterende lokale samarbejdsmodeller, som opleves at fungere tilfredsstillende, kendetegnet ved formaliserede aftaler og faste snitflader. Det gælder for eksempel Rusmiddelindsatsen og Alkoholrådgivende Team. Erfaringer fra disse samarbejder kan med fordel undersøges nærmere med henblik på at vurdere, om og hvordan de hensigtsmæssigt kan udbredes til andre steder.

Der er behov for styrket tværasektoriel koordinering. Her kan sundhedsrådene spille en central koordinerende rolle ved blandt andet at understøtte, at kommuner og regioner samarbejder effektivt til gavn for

patienten. Samtidig er der potentiale for, at praktiserende læger kan spille en mere central rolle i koordineringen af patientforløb, som det ligeledes er tiltænkt i de kommende kronikerpakker. Gennem tidlig identificering af alkoholproblemer, iværksættelse af relevant behandling og – hvor nødvendigt – håndholdt støtte i kontakten til kommunale rusmiddeltilbud og øvrige behandlingstilbud kan almen praksis bidrage til kontinuitet og sammenhæng i forløbene. Dette forudsætter som udgangspunkt systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer samt opfølgning, eksempelvis gennem 15-metoden til screening og samtale.

## **2. Alkoholproblemer som centralt differentieringskriterium – overvej pakkeforløb**

Resultaterne viser, at patienter med alkoholproblemer, er særligt udsatte i forhold til u hensigtsmæssige sygdomsudfald og lavere behandlingskvalitet. De har højere sandsynlighed for mange kontakter til sundhedsvæsenet, flere indlæggelser – både akutte og ikke-akutte – højere sundhedsudgifter, øget risiko for død og på nogle områder lidt lavere sandsynlighed for at modtage behandling af optimal kvalitet på tværs af de undersøgte patientgrupper. Samtidig viser analyserne, at variationen i sygdomsudfald og behandlingskvalitet også hænger sammen med andre forhold såsom køn, socioøkonomi og multisygdom. Dette peger på, at samspillet mellem flere risikofaktorer kan have en kumulativ effekt, som ikke er belyst i rapporten, og at indsatser derfor bør tage højde for patienternes samlede livssituation.

Fagudvalget vurderer på baggrund af dette, at alkoholproblemer med fordel kan anvendes som et centralt differentieringskriterium – alene eller i kombination med anden udsathed – og dermed udløse konkrete tilpasninger i behandlingsforløbet. Det kan for eksempel indebære nemme og fleksible henvisningsmuligheder til indsatser, tættere opfølgning under indlæggelse og efter udskrivelse eller særlige kontakt- og støttefunktioner til patienter med komplekse forløb, når man er udskrevet fra hospitalet.

Indsatser som Socialsygeplejersker, Socialnøglepersoner, Alkoholrådgivende Team og Rusmiddelindsatsen er eksempler på konkrete indsatser, hvor specialiseret støtte anvendes til at afhjælpe kendte barrierer for patienter med alkoholproblemer – herunder manglende kontinuitet, uafklarede ansvars- overgange og risiko for, at alkoholproblemer ikke identificeres eller håndteres rettidigt.

Socialt differentierede indsatser kan forankres i pakkeforløb, for eksempel som en del af de kommende kronikerpakkeforløb eller gennem en dedikeret "rusmiddelpakke". En sådan pakke kan konkret understøtte krav til udredning, behandling, opfølgning, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Dermed kan den være med til at sikre, at patienter med alkoholproblemer møder en systematisk, behovsorienteret indsats og reducere variation i behandlingskvalitet på tværs af landet. En rusmiddelpakke kan fastlægge fælles procedurer og standarder for behandling, herunder hvem der gør hvad og hvornår, og dermed bidrage til at mindske ulighed på området.

## **3. Tværregional klinisk retningslinje til ensartning af praksis for afrusning og abstinensbehandling**

Analysen viser, at praksis og holdninger til håndtering af patienter med alkoholproblemer varierer mellem hospitaler, afdelinger og faggrupper. Variationerne kan vedrøre, om patienter indlægges til afrusning eller sendes hjem med instruktion om at henvende sig igen ved behov for behandling af abstinenser, hvilke behandlingsformer der tilbydes, samt omfanget af abstinensbehandlingen. Denne variation betyder, at patienter kan møde forskellige vurderinger og behandlingsmuligheder afhængigt af, hvor og af hvem de behandles. Undersøgelsen indikerer, at der kan være en risiko for, at nogle patienter modtager utilstrækkelig behandling, hvilket kan have betydning for både muligheden for et sammenhængende og kontinuerligt behandlingsforløb og patientens helbredsmæssige udfald.

Analysen peger således på et behov for større klarhed og ensartet praksis for afrusning og abstinensbehandling på tværs af regioner og hospitaler, samt for målsætninger for kvalitet i behandlingen. For at sikre mere ensartet og behovsorienteret behandling er det nødvendigt at udvikle én opdateret, tværgående klinisk retningslinje på alkoholområdet.

Retningslinjen kan bidrage til en mere ensartet praksis, blandt andet i relation til screening, beslutninger om indlæggelse til afrusning og abstinensbehandling samt valg af type og omfang af behandlingen. Derudover kan retningslinjen understøtte en mere systematisk opfølgning og et styrket samarbejde, hvilket samlet set kan reducere variationen i behandlingstilbud på tværs af hospitaler og regioner.

En ny tværgående klinisk retningslinje bør suppleres med implementeringsstrategier og organisatoriske rammer, så den kan omsættes til ensartet praksis på tværs af hospitaler og regioner, også for komplekse patienter. Retningslinjer udvikles typisk af de faglige miljøer, men kan med fordel forankres i en organisation, der har kapacitet til at sikre implementering og opfølgning – særligt når formålet er at styrke lighed i sundhed.

#### **4. Styrkelse af håndholdte, fleksible og hjemmebaserede indsatser**

For nogle borgere i særligt udsatte positioner udgør krav om fremmøde i sundhedsvæsenet i forbindelse med for eksempel udredning og behandling en så væsentlig barriere, at de ikke kan udnytte de eksisterende behandlingstilbud. Disse borgere har i særlig grad brug for et sundhedsvæsen, som tilpasser sig deres situation og som understøtter deres deltagelse i behandlingen med håndholdte, fleksible og koordinerede indsatser.

Der er behov for flere hjemmebaserede tilbud, hvor egen læge, rusmiddelbehandlere og psykiatriske fagpersoner kan yde behandling, udredning og støtte i patientens hjem. Andre faggrupper, såsom sygeplejersker og socialfaglige, kan eventuelt bidrage til at løse delelementer af indsatsen. Opsøgende og hjemmebaserede tilbud vil kunne sikre, at patienter med alkoholproblemer i udsatte positioner ikke tabes af systemet, men får adgang til relevant og sammenhængende behandling.

Analysen peger samtidig på behovet for bedre muligheder for ledsagelse, herunder for at undersøge, om de eksisterende ledsagelsesordninger kan tilpasses eller forandres med henblik på i højere grad at understøtte adgangen til behandling for disse borgere. Muligheden for, at personer, som kender borgeren, kan følge med og hjælpe med kontakten til egen læge eller hospital, vurderes som central.

På tilsvarende måde kan borgere i særligt komplekse situationer, for eksempel personer med erhvervet hjerneskade forårsaget af alkohol, have gavn af en koordinatorfunktion. En sådan koordinator kan understøtte behandlingen ved at hjælpe borgeren med at navigere i sundhedsvæsenet, sikre fremmøde til relevante undersøgelser og behandlingstilbud, koordinere indsatsen på tværs af sektorer og faggrupper samt følge op på, at planen for behandling og støtte bliver fulgt. Det vil kunne bidrage til, at borgere med komplekse behov får bedre adgang til og udbytte af eksisterende behandlingstilbud.

#### **5. Styrkelse af alkoholfagligheden blandt sundhedsprofessionelle**

Analysen peger på et markant behov for faglig opkvalificering af hospitalspersonale i håndteringen af patienter med alkoholproblemer. Samtidig indikeres det, at en tilsvarende indsats med fordel kan udvides til også at omfatte sundhedsprofessionelle med berøring med patientgruppen i primærsektoren, herunder i hjemmeplejen og almen praksis.

I dag udfordres kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen på hospitalerne af manglende viden og erfaring, uensartet praksis, stigmatisering af alkoholproblemerne samt fravær af klare retningslinjer. Derfor anbefales en systematisk indsats for kompetenceudvikling med fokus på abstinensbehandling, dobbelt-diagnoser og forståelse for patientgruppens særlige behov – eventuelt som del af en bredere faglig opkvalificering i behandling af patienter med andre former for udsathed.

Tydelig ledelsesmæssig opbakning, fælles faglige retningslinjer og eventuelt en styrket specialisering i addiktiv medicin vurderes at kunne højne fagligheden, tiltrække personale med interesse for patientgruppen, reducere stigmatisering og skabe en mere patientcentreret indsats. I rapporten identificeres

indsatserne: Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter, Socialsygeplejersken og Socialnøglepersoner som eksisterende indsatser, der adresserer alkoholfaglighed hos sundhedsprofessionelle.

## **6. Målrettet indsats mod stigmatisering af patienter med alkoholproblemer**

Der bør arbejdes målrettet med at fjerne og forebygge stigmatisering af patienter med alkoholproblemer, da stigmatiserende sprog og adfærd har alvorlige konsekvenser både for patientens behandlingsforløb og for tilliden til sundhedsvæsenet. Det anbefales at styrke en kultur, hvor patienter mødes med respekt, anerkendende og forståelse for deres livssituation. Realistiske mål for behandling, faglig opkvalificering og ledelsesmæssig opbakning kan understøtte en kulturforandring, hvor patienter mødes som hele mennesker – ikke som deres afhængighed.

Samtidig kan klare retningslinjer bidrage til at undgå, at personafhængige og stigmatiserende opfattelser af patientgruppen får direkte indflydelse på behandlingen. Klare retningslinjer vurderes at kunne styrke relationen mellem personale og patient og øge kvaliteten i behandlingen. Rapporten identificerer følgende eksisterende indsatser: Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter, Socialsygeplejerskerne, Socialnøglepersoner, Alkoholrådgivende team og Rusmiddelindsatsen, som indsatser, der sigter mod at reducere stigmatisering og styrke relationen mellem behandler og patient. Disse kan med fordel inspirere og danne afsæt for en yderligere styrket indsats på området.

## **7. Styrkelse af systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer i almen praksis og på hospitalet**

Analysen peger på, at det er relevant at overveje, om der bør indføres en mere systematisk og ensartet opmærksomhed på alkoholproblemer i både almen praksis og på hospitalerne. Patienter uden tydelige symptomer risikerer at blive overset, og oplysninger om overforbrug af alkohol fører ikke altid til relevant handling. En styrket indsats kan opnås ved, at sundhedspersonale rutinemæssigt spørger ind til patienters alkoholforbrug og konsekvent omsætter svarene til konkrete tiltag. Dette inkluderer som minimum at informere patienten om den potentielle sammenhæng mellem deres alkoholforbrug og deres helbred. Ved at gøre dette kan det sikres, at alle nødvendige skridt tages for at forbedre patienternes helbred.

Tillid og tid i mødet mellem patient og behandler er afgørende for, at patienter fortæller om deres alkoholforbrug, hvilket understreger behovet for at prioritere det relationelle arbejde. I hospitalsregi fremhæves socialsygeplejersken, der oftest er tilknyttet hospitalets akutafdeling, som en central aktør, da vedkommende kan prioritere tid, kontinuitet og nærvær i mødet med patienten. Interviewene viser, at det kan være vanskeligt for det øvrige personale at gøre det samme på grund af travlhed og højt arbejdspress.

Derfor bør der etableres organisatoriske rammer, der giver de sundhedsprofessionelle bedre mulighed for både at være opmærksomme på alkoholproblemer og at handle på dem – herunder adgang til konkrete redskaber til at gennemføre samtaler om alkoholoverforbrug og iværksætte relevante tiltag inden for afdelingens eller konsultationens eksisterende rammer. Rapporten fremhæver konkrete metoder, som kan understøtte systematisk opmærksomhed på alkoholproblemer: 15-metoden i almen praksis og LAB10 på hospitalerne, som begge kan anvendes til systematisk identifikation, samtale og opfølgning på alkoholproblemer. På de specialiserede hospitalsafdelinger, kan socialnøglepersoner fungere som en forlængelse af socialsygeplejersken og bidrage til en større opmærksomhed på alkoholproblematikken.

## **8. Styrkede tilbud og sammenhæng i overgangene mellem sektorer**

Der er behov for stærkere og mere sammenhængende tilbud på tværs af sektorer som led i en differentieret indsats for patienter i særligt udsatte positioner. Særligt patienter med alkoholproblemer risikerer at falde mellem systemerne i overgangene mellem hospital, kommune og almen praksis – ikke mindst efter en hospitalsudskrivelse. Det kræver en tydelig ansvarsfordeling kombineret med konkrete og

sammenhængende indsatser, der sikrer, at motivation og mulighed for behandling udnyttes og forebygges, at der er ventetid og huller i forløbet undervejs.

Patienter bør sikres adgang til relevante tilbud om alkoholbehandling umiddelbart efter udskrivelsen, og der bør etableres procedurer for en håndholdt indsats, hvor hospitalsansatte kan understøtte kontakten til rusmiddelcentret og almen praksis, ved for eksempel at anmode om, at patienten kontaktes før, i forbindelse med eller umiddelbart efter udskrivelse.

En væsentlig udfordring for patienter med alkoholproblemer er, at igangsættelse af kommunal alkoholbehandling efter udskrivelse kan forsinkes på grund af begrænsede åbningstider (eksempelvis week-endlukning) og utilstrækkelig lægedækning til at videreføre eller udskrive nødvendig medicin på rusmiddelcentre. Dette peger på et behov for at håndtere den manglende adgang til fagpersonale med kompetencer i medicin håndtering, så behandlingsforløbet ikke afbrydes. I nogle tilfælde kan planlagt afrusning, hvor hospital og rusmiddelbehandling koordinerer opstarten, bidrage til større kontinuitet og sammenhæng i patientens forløb.

Opsøgende og håndholdte indsatser kan skabe kontinuitet og sikre, at patienten ikke oplever brud mellem sektorerne. Flex Almen Praksis, Lab10, Alkoholrådgivende Team, Rusmiddelindsatsen og Socialsygeplejersker er eksempler på indsatser, der allerede eksisterer, som har fokus på at styrke overgange for patienterne. Det anbefales at evaluere og udbrede de løsninger, der fungerer godt, og vurdere udbredelse og anvendelse på tværs af regioner for at sikre ensartethed i patienternes adgang til disse tilbud.

### **9. Styrk evidensen: Behov for evaluering af indsatser mod ulighed i behandling**

Der er et tydeligt behov for systematisk evaluering af indsatser, der sigter mod at reducere ulighed i behandlingen af patienter med alkoholproblemer. I Delstudie 3 præsenteres en række initiativer som inspiration, men mange af disse er endnu ikke evalueret. Manglende evaluering gør det vanskeligt at dokumentere, om indsatserne faktisk forbedrer patientbehandling og reducerer ulighed, og det hindrer samtidig vurdering af eventuelle utilsigtede eller skadelige effekter.

Uden systematisk opsamling af viden og dokumentation er det vanskeligt at skabe evidens for, hvilke elementer der er mest effektive. Det vanskeliggør samtidig vurderingen af potentialet for at udbrede initiativerne til andre regioner eller hospitaler og begrænser dermed mulighederne for at etablere en mere ensartet og effektiv national indsats.

### **10. Socialt differentierede indsatser bør styrkes**

Rapporten fremhæver, at patienter med alkoholproblemer udgør en særligt udsat gruppe, som har dårligere sygdomsudfald og på nogle områder lavere behandlingskvalitet. Derfor peger resultaterne på et behov for øget prioritering og differentierede indsatser for denne patientgruppe. Dette er imidlertid ikke den eneste udfordring i forhold til ulighed i sundhed, der indikerer et behov for differentierede indsatser.

Delstudie 1 viser, at der også er variationer i sygdomsudfald og behandlingskvalitet relateret til en række andre faktorer, hvilket peger på et bredere behov for indsatser, der kan tilpasses patienternes behov og livssituation. Analysen peger for eksempel på betydningen af køn, alder, samlivsstatus, socioøkonomi og multisygdom. For eksempel ses stor kønsrelateret ulighed i kontaktmønster, brug af sundhedsydelser og konsekvenser for patienter et år efter stroke. På lignende måde ses kønsrelateret ulighed i sygdomsudfald for KOL. Fundene kan indikere, at mænd og kvinder ikke alene påvirkes forskelligt af sygdommene, men også, at de interagerer med sundhedsvæsenet på forskellige måder, og at der er behov for opmærksomhed på, hvordan indsatser kan tilrettelægges for at imødekomme dette.

Styrkelse af socialt differentierede indsatser forudsætter imidlertid også, at de strukturelle og organisatoriske rammer understøtter anvendelsen heraf. Det indebærer blandt andet, at sundhedsprofessionelle på hospitalerne og i almen praksis har mulighed for systematisk at identificere og handle på forhold, der



ellers vil kunne reducere patienternes behandlingsudbytte. Ledelsen på hospitalerne spiller her en central rolle ved at etablere og styrke tydelige procedurer samt prioritere tid, ressourcer, indsatser og opkvalificering af personale til dette. Derudover er et velfungerende tværsektorielt samarbejde afgørende for at lykkes med socialt differentierede indsatser på tværs af sektorer.

### **11. Undersøg regionale forskelle nærmere**

Rapportens Delstudie 1 viser markante regionale forskelle på stort set alle udfald for samtlige sygdomsområder. De mest fremtrædende forskelle ses i tilbagevenden til arbejde, sundhedsudgifter og behandlingskvalitet. Stroke skiller sig særligt ud, ved at have de største regionale variationer på langt størstedelen af udfaldene. Resultaterne giver anledning til yderligere undersøgelser af, hvad disse forskelle kan skyldes – for eksempel organisering, kontaktmønstre, populationssammensætning, behandlingskvalitet, datakvalitet eller registreringspraksis. Danmark er et lille land, hvor det forventes, at patienter modtager relevant behandling af høj kvalitet uanset bopæl. Derfor bør der ikke være store regionale udsving i adgang til, brug af eller kvaliteten af sundhedsydelser. Resultaterne peger på behovet for at adressere regionale forskelle og deres årsager for at reducere uligheden.

## **10.3 Konklusion**

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

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

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

Analysen tegner et billede af, at patienter med alkoholproblemer kan møde en uensartet behandling på tværs af hospitaler, afdelinger, faggrupper samt mellem sektorer. Uensartetheden kan blandt andet forklares med identificerede barrierer som variation i praksis for afrusning og abstinensbehandling, forskelle i faglig kompetence og forskellige opfattelser af patientgruppen. For at sikre høj kvalitet, sammenhæng og lighed i behandlingen er der behov for en tværgående klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed, systematisk faglig opkvalificering af personale og målrettede indsatser, der modvirker stigmatisering og understøtter respektfuld, patientcenteret behandling.

Samtidig peger analysen på et klart behov for styrket koordinering på tværs af sektorer, med tydelig juridisk og organisatorisk forankring af ansvar og roller i forhold til patienter med alkoholproblemer. Sundhedsrådene kan varetage en central koordinerende funktion, men også almen praksis vurderes at kunne have en vigtig rolle i at sikre kontinuitet og sammenhængende patientforløb, blandt andet gennem tidlig identifikation af alkoholproblemer, henvisning til relevante indsatser og opfølgning efter udskrivelse fra hospitalet.

Det er afgørende at styrke både identificering og håndtering af alkoholproblemer, både når patienterne møder almen praksis og hospitalerne. En del patienter med alkoholproblemer går under radaren, får forværrede sygdomsforløb og belaster sundhedsvæsenet unødigt. Derfor bør tidlig opmærksomhed på alkoholproblemer styrkes, og indsatserne målrettes i langt højere grad end i dag, så problemer kan håndteres, før de udvikler sig, og patienterne får den nødvendige behandling og støtte.

I rapporten fremhæves 18 danske indsatser, der adresserer kendte barrierer for patienter med alkoholproblemer. Det er afgørende, at løbende evaluering prioriteres – gerne i forbindelse med implementering og skalering af de indsatser, der allerede viser lovende praksiserfaringer. Det vil sikre viden om, hvilke tiltag, der reelt virker efter hensigten, og at ressourcerne anvendes dér, hvor de har størst effekt.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut kan medvirke til at løfte kvaliteten for patienter med alkoholproblemer ved systematisk at bidrage til relevant fokus på tværs af landet og på tværs af sektorer samt ved at gøre udviklingen på området mulig at følge. Samtidig kan instituttet understøtte ensartet registrering og styrket datakvalitet, herunder for udsatte patientgrupper. Kvalitetsudviklingen kan blandt andet ske gennem understøttelse af udviklingen af nye, tværgående kvalitetsindikatorer for identificering af alkoholproblemer, abstinensbehandling, henvisning og opfølgning inden for relevante sygdomsområder. Det kan også ske ved at integrere alkoholrelaterede oplysninger i udvalgte sygdomsspecifikke databaser, hvor alkoholproblematikker er relevante. Endelig kan det ske ved at understøtte udviklingen af relevante kliniske retningslinjer.

# 11. Referencer

1. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark 2022 - sygdomme. København: 2022.
2. Becker U, Andersen, Kjeld., Christiansen, Regina., Mellentin, Angelina., Mistarz, Nicolaj., Nielsen, Bent., Olsen, Camilla Dahl Haislund., Skøtt, Lotte., Volke, Kristina Hasselbalch., Nielsen, Anette Søgaard. Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling. sdu.dk: Enheden for Klinisk Alkoholforskning, 2023 Oktober 2023. Report No.
3. Det etiske råd. Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen, Baggrundsnotat. 2018.
4. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. 2020.
5. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. 2006.
6. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?: Informations Forlag; 2019. 70 p.
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. 2022.
8. Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: Some methodological considerations for the study of social position and social context. Inequality in health—a Swedish perspective Stockholm: Swedish Council for Social Research. 1998:25-39.
9. Kristensen KB, Lund LC, Jensen PB, Broe A, Rotbain E, Damkier P, et al. Development and validation of a nordic multimorbidity index based on hospital diagnoses and filled prescriptions. Clinical Epidemiology. 2022;14:567–79.
10. Danmarks Statistik. Registre i Forskningservices grunddatabank. dst.dk: Danmarks Statistik; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://www.dst.dk/extranet/forskningvariabellister/Oversigt%20over%20registre.html>.
11. Sundhedsstyrelsen. Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen. Oplæg til Sundhedsstrukturkommissionens Sundhedstopmøde. 2023.
12. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Robusthedskommissionens anbefalinger. 2023.
13. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform 2024. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024 9788776014322.
14. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. 2022.
15. Behandlingsrådet. Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser - patientforløb, barrierer og indsatser. sundk.dk: Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2024 Januar 2024. Report No.
16. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. 2021.
17. Aaby A. The heart skills study - health literacy and health literacy responsiveness in cardiac disease prevention and rehabilitation. Aarhus University, Faculty of Health, 2020.
18. Sundhedsstyrelsen. Nøgletal om alkohol. Sundhedsstyrelsen; 2023 [cited 2025 12. december]. Available from: Nøgletal om alkohol - Sundhedsstyrelsen.
19. Hjarnaa L, Tolstrup, Janne S., Becker, Ulrik., Ekholm, Ola. Antal danskere med et alkoholproblem - En analyse baseret på alkoholscreeningsværktøjet CAGE-C. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.
20. Grandahl MG, Nielsen AS, Tolstrup J, Larsen JJ, Becker U. Behandling af alkoholproblemer i Danmark - Problemer og udviklingsmuligheder. Den Lægelige Tænk tank - Atlas: 2022.
21. Becker U. Alkoholafhængighed. Lex.dk: Lex.dk; 2024 [cited 2025 12. december]. Available from: alkoholafhængighed - Definition og diagnose - Lex.
22. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om alkohol. 2025.
23. Møller SR, Rosendahl, Heidi., Davidsen, Michael., Christensen, Anne Illemann, Juel, Knud. Petersen, Christina Bjørk. Udviklingen i social ulighed i dødelighed fra 1995-2019. sdu.dk: SDU - Syddansk Universitet; 2023 [cited 2025 18. december]. Available from: [https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/udviklingen\\_i\\_social\\_ulighed](https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/udviklingen_i_social_ulighed).
24. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Rosendahl Jensen HATJ. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: 2022.
25. Arokszallasi T, Balogh E, Csiba L, Fekete I, Fekete K, Olah L. Acute alcohol intoxication may cause delay in stroke treatment – case reports. BMC Neurology. 2019;19(1).
26. Askgaard G, Leon DA, Deleuran T, Tolstrup JS. Hospital admissions and mortality in the 15 years after a first-time hospital contact with an alcohol problem: a prospective cohort study using the entire Danish population. International Journal of Epidemiology. 2020;49(1):94-102.

27. 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-.
28. Øllgaard IF, Elholm, Bjarne Stenger., Linde, Erik., Nielsen, Annette Søgaard. Kommunal alkoholbehandling 2018 - Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende. *alkohologsamfund.dk: Alkohol og Samfund*, 2019 Januar 2019. Report No.
29. Sundhedsstyrelsen. Afrapportering om kulegravning af alkoholbehandling i Danmark. Sundhedsstyrelsen; 2025.
30. Lange P. Hvordan stilles diagnosen KOL. *Lungeforeningen: Lungeforeningen*; 2025 [cited 2025 12. december 2025]. Available from: <https://lunge.dk/lungesygdomme/kol/saadan-bliver-du-testet-for-kol/>.
31. Lungeforeningen. Behandling af KOL. *Lungeforeningen*; 2025 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://lunge.dk/lungesygdomme/kol/behandling-af-kol/>.
32. Center for Forebyggelse i praksis. Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom. *kl.dk*: 2024 Januar 2024. Report No.
33. Lange P. KOL. *Lungeforeningen: Lungeforeningen*; 2025 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://lunge.dk/lungesygdomme/kol/>.
34. Dansk råd for genoplivning, Sundhedsstyrelsen. Fakta om stroke. *RedHjernen: RedHjernen*; 2025 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://redhjernen.dk/hvad-er-et-stroke/stroke/fakta-om-stroke/>.
35. Langhorne P, Ramachandra S. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):Cd000197.
36. Dimatteo RM. Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 2004;42(3):200-9.
37. WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics - 6C40.2 Alcohol dependence. *icd.who.int: WHO*; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1580466198>.
38. Videbech P. Delirium tremens. *Sundhed.dk, Lægehåndbogen: Sundhed.dk, Lægehåndbogen*; 2024 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/alkohol/delirium-tremens/>.
39. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om autoration af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. *retsinformation.dk: Indenrigs- og Sundhedsministeriet*; 2019 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2019/731>.
40. Dyscon - Alkoholbehandlinger. Hvad er en funktionspromille? *Dyscon - Alkoholbehandlinger: Dyscon - Alkoholbehandlinger*; 2025 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://alkoholbehandlinger.dk/hvad-er-en-funktionspromille/>.
41. Hansen MH, Farver-Vestergaard, Ingeborg., Pisinger, Charlotta.. Løkke, Anders. Very Brief Advice-metoden til rygestop. *ugeskriftet.dk: Ugeskriftet for læger*; 2024 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/very-brief-advice-metoden-til-rygestop>.
42. Petersen L. Hvad er en dobbeltdiagnose? *Psykiatrien.rm.dk: Psykiatrien i Region Midtjylland*; 2023 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://www.psykiatrien.rm.dk/undersogelse-og-behandling/patientvejledninger/andre/hvad-er-en-dobbeltdiagnose/>.
43. Sundhedsstyrelsen. Dobbeldiagnoser. *sst.dk: Sundhedsstyrelsen - en af os*; 2023 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://www.sst.dk/da/en-af-os/Arrangementer/2023/Dobbeltdiagnoser>.
44. Sundhedsstyrelsen. Udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. *Sundhedsstyrelsen, National klinisk retningslinje*: 2019.
45. Christensen M. Aftale på plads om samlet dobbeltdiagnosetilbud og omlægning af særlige pladser i psykiatrien. *kl.dk: Kommunernes Landsforening*; 2023 [cited 2025 12. december]. Available from: <https://www.kl.dk/forsidenyheder/2023/maj/aftale-paa-plads-om-samlet-dobbeltdiagnosetilbud-og-omlaegning-af-saerlige-pladser-i-psykiatrien>.
46. Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis 2022. *laeger.dk: Praktiserende Lægers Organisation*, 2022.

47. Den Norske Legeforening. Rus- og avhengighetsmedisin. legeforeningen.no: Den Norske Legeforening; 2025 [cited 2025 16. december]. Available from: <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Rus--og-avhengighetsmedisin/>.
48. Saunders JB. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. auditscreen.org: AUDIT; 2025 [cited 2025 18. december]. Available from: <https://auditscreen.org/>.
49. 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.fundresearcher.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/>.
50. 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.
51. 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/>.
52. Becker U, Nielsen, Anette Søgaard. Alkoholproblemer, behandling. Sundhed.dk: Sundhed.dk, Patienthåndbogen; 2023 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/alkohol/alkoholproblemer-behandling/>.
53. Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Sundhedsstyrelsen: 2014 26. august 2014. Report No.
54. Ludvigsen KB, Brünés N. Socialsygepleje i somatik og psykiatri - En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb. KABS VIDEN: 2013.
55. Dideriksen TL, Lisby M, Brünés N, Drejer 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.
56. KFUKs Sociale Arbejde. Reden København - Vores tilgang. kfuksa.dk: KFUKs Sociale Arbejde; 2025 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://kfuksa.dk/reden-kobenhavn/generelt/vores-tilgang>.
57. 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/>.
58. 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/brobyggerygeplejersker-er-med-til-at-mindske-ulighed-i-sundhed>.
59. Leslie KM. Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. Paediatrics & Child Health. 2008;13(1):53-6.
60. Hansen SH. Den sociale have. 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>.
61. Bendixen LV. Den Sociale Blomsterhave. bispebjerghospital.dk: Bispebjerg Hospital; 2022 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://www.bispebjerghospital.dk/om-hospitalet/oplevel/haver/sider/den-social-have.aspx>.
62. Miller WR, Rollnick S. Den motiverende samtale: Hans Reitzels Forlag; 2024.
63. 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.
64. Nielsen AS, Blomholt C. Helhedsorienteret alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. academicbooks.dk: Samfundslitteratur; 2025 [cited 2025 16. december]. 1: [Available from: <https://www.academicbooks.dk/content/helhedsorienteret-alkoholbehandling-til-socialt-udsatte-borgere>].
65. Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE. The community reinforcement approach: an update of the evidence. Alcohol Res Health. 2011;33(4):380-8.
66. 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.

67. 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.
68. Danske Love. Serviceloven § 99. danskelove.dk: Danske Love; 2025 [cited 2025 15. december]. Available from: <https://danskelove.dk/serviceloven/99>.
69. 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/>.
70. 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>.
71. 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>.
72. 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>.
73. 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.
74. 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.
75. Tonnesen M, Momsen 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).
76. Ravn MB. Borgere og brobyggeres oplevelser og erfaringer med Social Sundhed. Defactum: Defactum, 2020.
77. 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.
78. Al-Mashat H, Lindskou TA, Møller JM, Ludwig M, Christensen EF, Søvsø MB. Assessed and discharged – diagnosis, mortality and revisits in short-term emergency department contacts. *BMC Health Services Research.* 2022;22(1):816.

# 12. Bilag

## 12.1 Delstudie 1 – Udvidet metodebeskrivelse

### 12.1.1 Definition af population

Population består af patienter over 18 år, der i perioden 2014-2022 blev diagnosticeret eller indløst recepter på medicin til KOL, stroke, depression, demens, type 2-diabetes eller har haft gentagne akutte kontakter til sundhedsvæsenet ( $\geq 4$  inden for et år). I tabellen ses ICD-10 koderne og kontaktkoderne fra LPR, samt Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)-koderne fra Lægemiddelstatistikregisteret der anvendes til at identificere patienterne.

**Tabel 29 - Populationsdefinitioner for de generiske udfald. ICD-10 koderne og kontaktkoderne bruges til at identificere patienterne i Landspatientregisteret (LPR), Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)-koderne bruges til at identificere patienterne i Lægemiddelstatistikregisteret.**

Population	Landspatientregisteret	Lægemiddelstatistikregisteret
Kronisk obstruktiv lungesygdom	ICD-10 kode: J44	Alle recepter med indikationskoder 379 og 464 uanset lægemiddel samt ATC-kode: R03AC18, R03AC19, R03AL02, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03AL09, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03DX07
Stroke	ICD-10 kode: I61, I63-I64,	
Depression	ICD-10 kode: F32, F33, F341, F0632	ATC-kode: N06A med indikationskode 168
Demens (kun personer på 65 eller derover)	ICD-10 kode: F00, F01, F02, F03, G30, G31.0B, G31.8, G31.8E, G31.9	ATC-kode: N06D
Type 2-diabetes	ICD-10 kode: E11	ATC-kode: A10B (undtagen A10BJ02), A10AE56
Gentagne akutte kontakter ( $\geq 4$ af følgende registreringer i LPR i løbet af 72 timer til 365 dage) (78).	LPR2 kode (2014-marts 2019): c_indm=1 akut. LPR3 (fra marts 2019): alle patientforløb med prioritet akut (ATA1) og med fysisk fremmøde angivet som kontaktttype (ALCA00)	

### 12.1.2 Udfald

#### Generiske udfald

De generiske udfald er opgjort for alle grupper, se i Tabel 30.

**Tabel 30 – Uddybende beskrivelse af de generiske udfald anvendt i analysen**

Generiske udfald	Beskrivelse	Registre	Specifikation
Kontakt til primærsektor	Antal kontakter	Sygesikringsregistret	SPEC2: Antal kontakter
Ambulante hospitalsskatter	Antal kontakter	LPR	LPR2:LPR_ADM: C_PATTYPE = 2 (Ambulant-patient) LPR3 (fra marts 2019): alle patientforløb med fysisk fremmøde angivet som kontaktttype (ALCA00) + Tidspunkt for LPR3-forløbsmarkør (startmarkør og slutmarkør): Defineret som minimum 12 timer fra kontaktens start til kontaktens

			sluttid og med mindst 4 timer mellem kontakterne.
Indlæggelser	Antal indlæggelser: Antal planlagte indlæggelser Antal akutte indlæggelser	LPR	<b>LPR2:</b> LPR_ADM baseret på indlæggelses måde og dato: D_INDDTO + C_indm: 1= Akut D_INDDTO + C_indm: 2= Ikke-akut <b>LPR3:</b> D_INDDTO & Akut/ikke: LPR3 (fra marts 2019): alle patientforløb med prioritet akut (ATA1) eller ikke akut /planlagt (ATA3 eller ATA2 (fremskyndet)) og med fysisk fremmøde angivet som kontaktype (ALCA00)
Sygedage ved langvarigt sygefravær	Ja/nej	Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase - DREAM	Ugentlige ydelsesvariabel, Y_åuuu = 774, 890 eller 893-899, på et tidspunkt året efter indexdatoen
Tilbagevenden til arbejdsmarkedet	Registreret som i arbejde før sygdomsforløb, og er efter 6 måneder vendt tilbage til arbejde	Indkomstregistret og DREAM	Ekskluder patientert med: SOC_STATUS_KODE, grupperet som Pensioneret, eller uden for arbejdsstyrken, på diagnostidspunktet. Tilbagevenden til arbejde defineres som: DREAM: Ingen registreringer efter 6 måneder eller før død.
Sundhedsudgifter	Sundhedsudgifter opgøres i forhold til direkte udgifter relateret til sygdommen, eksempelvis kontakt til hospital og almen praksis, receptplig medicin, hjemmehjælp.	LPR (inkl. DRG og DAGS takster), Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregistret, Ældredokumentationen, Lægemiddelstatistikregistret og Det Centrale Personregister. Data for DRG-taksterne (LPR2 og 3) er leveret fra sundhedsdatastyrelsen, og findes derfor under eksterne data.	Samlede gennemsnitlige udgifter et år efter indexdatoen pr. patient. summeret på baggrund af alle de nedenstående. <b>LPR2: 2014-2018:</b> takst "takstår" hel "aktivitetsår" variabel: v_totpris (eller v_totpris_genop) og takst "takstår" amb "aktivitetsår" variabel: v_pris? <b>2018/start2019:</b> t18/29 drgsgqhfor "aktivitetsår" variabel: totalpris_drgsgqh <b>LPR3: (Fra marts 2019):</b> l3 t19_drgsgqhfor19 variabel: totalpris_drgsgqh og l3 t19_drgkont19 variabel: totalpris_drg <b>Justeret for inflation til 2023 priser:</b> <u>Statistikbanken:</u> Forbrugerprisindeks efter varegruppe og enhed: (årgennemsnit beregnes herfra for hvert år) Varegruppe: 6.3 Hospitalstjenester. $\text{Justeret DRG} = \frac{\text{DRG} * 2023 \text{ index}}{\text{index for år for ydelsesår}}$ Fra <b>sygesikringsregistret</b> medtages alle udgifter, som har en værdi > 0. Det vil sige, at alle udgifter i den primære sektor også inkluderes, fx tandlæge. Fra SSSY bruges variabelen BRUHON (Bruttohonorar), angivet i kr. Fra <b>ældredokumentationen</b> medtages udgifter baseret på løn for tidstakster. Tid i minutter pr. uge for leveret personlig pleje identificeres i aelh'year' ved variablene HAEND_MDR (de første 12 måneder efter incidens) PERPL_LEV, omregnes med løntakst for en timeløn identificeres fra statistikbanken for det givne år vælg: 5322 Social- og sundhedsarbejde i private hjem (inkl. plejehjem), lønmodtagergrupper i alt, sektor: Kommuner, Lønkomponenter: FORTJENESTE PR.PRÆSTERET TIME, time- og fastløn-nede i alt, mænd og kvinder i alt. Fra <b>Lægemiddelstatistikregistret</b> beregnes medicinprisen som Registerpris (AUP)*Antal pakninger (APK) pr person
Død	Registreret som død op til et år efter indexdato. Antal/proportion.	Det Centrale Personregister (DOD)	DODDATO (Dato for dødsfald)

DREAM=Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DRG= Diagnose Relaterede Grupper LPR=Landspatientregisteret, SHAP=SHapley Additive exPlanations.



## Behandlingsudfald fra de Kliniske Kvalitetsdatabaser

Kvalitetsindikatorer fra databaserne fremgår af tabel 31-35. Populationen og tidsramme for hver indikator afhænger af varigheden for eksistens af hver indikator i dens nuværende form i seneste årsrapport. Populationerne for denne analyse består af patienter fra den overordnede patientpopulation for en gældende sygdom, som er registreret i hver af de enkelte databaser (er i nævneren i hver brøk/indikator). Dette udføres for indikatorerne i Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL) i Tabel 31, Dansk Stroke Register (DanStroke) i tabel 32, Dansk Depressionsdatabase (DDD) i tabel 33, Dansk Diabetes Database (DDiD) i tabel 34, Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem) i tabel 35. Kvalitetsretningen (i tabellerne) illustrerer hvorvidt det er udtryk for god kvalitet at være repræsenteret i tælleren. De som har negativ kvalitetsretning "vendes derfor om" så tæller=0 er god kvalitet eller "opfyldelse" og tæller=1 er ikke god kvalitet eller er "uopfyldt", så enhederne for det samlede kompositte kvalitetsmål passer.

**Tabel 31 - Indikatorerne i Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL). Indikatornummer 1 og 9 er udover det kompositte kvalitetsmål (samlet behandlingskvalitet) også undersøgt individuelt.**

Nr.	ID	Beskrivelse	Kvalitetsretning
1	KOL_01_005	Andel af ambulante patienter med KOL, som har fået målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang om året	+
5	KOL_38_005	Andel af ambulante patienter med KOL med MRC-grad 2 eller mere, som er blevet forespurgt om KOL-rehabiliteringsforløb	+
6	KOL_46_003	Andel af ambulante patienter, der påbegynder KOLrehabiliteringsforløb i hospitalsregi, som gennemfører minimum 50 % af det planlagte forløb indenfor 6 mdr.	+
7	KOL_70_002	Andel af ambulante patienter, der bliver vurderet ved 6-minutters gangtest ved start og afslutning af KOL-rehabiliteringsforløb i hospitalsregi	+
9	KOL_10_004	Andel af ambulante patienter med KOL behandlet med inhalationsmedicin, som har fået tjekket inhalationsteknik mindst én gang om året	+
16	KOL_11_005	Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse	-
17	KOL_14_004	Andel af patienter med KOL, indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen	-
21	KOL_50_002	Andelen af patienter med KOL, som får målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang om året	+
22	KOL_51_001	Andelen af patienter med KOL, som får målt og registreret højde og vægt.	+
23	KOL_52_001	Andelen af patienter med KOL, som får målt og registreret åndenød med MRC-skalaen mindst én gang om år	+
24	KOL_53_001	Andel af patienter med KOL, som er blevet forespurgt om og har fået registreret rygestatus mindst én gang om året.	+
25	KOL_54_001	Andel af patienter med KOL og MRC-grad $\geq 3$ , som er henvist til KOL-rehabilitering	+
26a	KOL_55_001	Andel af patienter med KOL og MRC-grad $\geq 3$ , som behandles med langtidsvirkende inhaleret bronkodilatator (LAMA og LABA) samtidig.	+
26b	KOL_56_002	Andel af patienter med MRC-grad $\geq 3$ , der behandles med langtidsvirkende inhaleret bronkodilatator (LAMA, LABA), og som har mindst 2 exacerbationer, som behandles med inhalationssteroid	+
27	KOL_57_001	Andel af patienter med KOL behandlet med inhalationsmedicin, som får tjekket deres inhalationsteknik mindst én gang om året.	+
28	KOL_58_001	Andel af patienter med KOL, som mindst én gang om året bliver forespurgt og får registreret antallet af ikke-indlæggelseskrævende exacerbationer i det forløbne år.	+

**Tabel 32 - Indikatorerne i Dansk Stroke Register (DanStroke). Indikator nr. 1, 10 og 16, er udover det kompositte kvalitetsmål også undersøgt individuelt.**

Nr.	ID	Beskrivelse	Kvalitetsretning
1	DAP_77_006	Andel af patienter med akut stroke, der bliver indlagt i en strokeenhed senest 24 timer efter akut kontakt.	+
2	DAP_04_005	Andelen af patienter med akut stroke, der får udført CT-/MR scanning senest 6 timer efter akut kontakt	+
3	DAP_09_008	Andel af patienter med akut stroke, der vurderes med indirekte synketest senest 6 timer efter akut kontakt eller afslutning på EVT procedure	+
4	DAP_10_007	Andel af patienter med akut stroke, der vurderes med direkte synketest senest 6 timer efter akut kontakt eller afslutning på EVT procedure	+
5	DAP_07_006	Andel af patienter med akut stroke, der mobiliseres senest 24 timer efter akut kontakt.	+
6	DAP_104_001	Andel af patienter med akut stroke, der vurderes af fysioterapeut mhp afklaring af omfang og type af rehabilitering senest 48 timer efter akut kontakt.	+
7	DAP_105_001	Andel af patienter med akut stroke, der vurderes af ergoterapeut mhp afklaring af omfang og type af rehabilitering senest 48 timer efter akut kontakt.	+
8	DAP_48_005	Andelen af patienter med akut stroke der er påbegyndt fysioterapeutisk genoptræning inden for 3 dage efter første vurdering ved fysioterapeut.	+
9	DAP_49_005	Andelen af patienter med akut stroke der er påbegyndt ergoterapeutisk genoptræning inden for 3 dage efter første vurdering ved ergoterapeut.	+
10	DAP_47_004	Andel af patienter med akut stroke, der senest dagen efter udskrivelsen får udarbejdet en genoptræningsplan.	+
11	DAP_17_004	Andel af patienter med akut stroke, der dør inden for 30 dage efter akut kontakt med stroke	-
12	DAP_18_004	Andel af patienter med akut iskæmisk(+ uspecifik) stroke, der dør inden for 30 dage efter akut kontakt med stroke.	-
13	DAP_19_005	Andel af patienter med akut intracerebral hæmorrhagisk stroke (ICH), der dør inden for 30 dage efter akut kontakt med stroke.	-
14	DAP_101_003	Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) stroke, som 3 måneder efter akut kontakt har opnået mRS-score på 0-2.	+
15	DAP_102_003	Andel af patienter med akut intracerebral hæmorrhagi, som 3 måneder efter akut kontakt har opnået mRS-score på 0-2.	+
16	DAP_78_005	Andel af patienter med akut iskæmisk stroke der modtager revaskulariserende behandling.	+
18	DAP_40_004	Andel af patienter med akut iskæmisk stroke som får foretaget lyskepunktur, hvor behandlingen er påbegyndt senest 3 timer efter ankomst på første hospital.	+
19	DAP_41_004	Andel af patienter med akut iskæmisk stroke der behandles med EVT og som ved afslutning af behandlingen opnår mTICI reperusionsgrad $\geq 2B$ .	+
20	DAP_42_005	Andel af patienter med akut iskæmisk stroke der behandles med EVT og som 3 måneder efter indgreb har opnået en mRS-score på 0-2.	+
21	DAP_02_005	Andel patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) stroke uden atrieflimren og som ikke har modtaget trombolyse, der sættes i trombocyt hæmmende behandling senest 4 timer efter gennemført CT/MR-scanning	+
22	DAP_03_005	Andel af patienter med akut iskæmisk stroke (+ uspecifik) og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling inden for 14 dage efter akut kontakt	+
23	DAP_80_004	Andel af patienter med akut iskæmisk(+ uspecifik) stroke og atrieflimren, som registreres med fravalg af antikoagulansbehandling	-
24	DAP_84_004	Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) stroke over 50 år og uden kendt atrieflimren, der screenes for atrieflimren inden for 4 uger efter akut kontakt.	+
25	DAP_11_005	Andel af patienter med akut iskæmisk stroke (+ uspecifik), der får foretaget ultralyd/CT-/MR-angiografi af halskar inden for 4 dage efter akut kontakt.	+
26	DAP_12_004	Andel af patienter med akut iskæmisk (+ uspecifik) stroke, som får foretaget karotisendarterektomi inden for 14 dage efter akut kontakt	+
33	DAP_50_004	Andel af patienter med aneurysmal SAH, der bliver indlagt på en neurokirurgisk afdeling senest 24 timer efter akut kontakt.	+

34	DAP_106_001	Andel af patienter med aneurysmal SAH, der vurderes af fysioterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering inden udskrivelse.	+
35	DAP_107_001	Andel af patienter med aneurysmal SAH, der vurderes af ergoterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering inden udskrivelse.	+
36	DAP_58_005	Andel af patienter med aneurysmal SAH, hvor der findes indikation for beh., som får forsørgt aneurismet med kirurgisk/endovaskulær behandling senest 48 timer efter ankomst til neurokir. afd.	+
37	DAP_61_006	Andel af patienter med aneurysmal SAH, behandlet endovaskulært, som har en komplikation til behandlingen.	-
38	DAP_62_005	Andel af patienter med aneurysmal SAH behandlet kirurgisk, som har en komplikation til behandlingen.	-
39	DAP_63_003	Andel af patienter med aneurysmal SAH, som får ventrikulit efter behandling med liquor-drænage.	-
40	DAP_64_003	Andel af patienter aneurysmal SAH, som re-bløder før aneurismet er forsørgt.	-
41	DAP_67_005	Andel af patienter med aneurysmal SAH, der dør inden for 30 dage efter akut kontakt med SAH.	-
42	DAP_99_002	Andel af patienter med aneurysmal SAH, som 3 måneder efter akut kontakt har opnået mRS-score på 0-2.	+
43	DAP_68_003	Andel af patienter med aneurysmal SAH behandlet endovaskulært, som har behov for genbehandling af aneurismet før eller ved kontrollen 9/12 måneder.	-

**Tabel 33 Indikatorer fra Dansk Depressionsdatabase**

Nr.	Beskrivelse	Kvalitetsretning
1a	Andelen af indlæggelser, der vurderes ved speciallæge i psykiatri inden for 7 dage fra indlæggelsesdato	+
1b	Andelen af ambulante patientforløb, der vurderes ved speciallæge i psykiatri senest 30 dage efter 1. ambulante kontakt	+
2a	Andelen af indlæggelser, hvor der er iværksat somatisk udredning inden for 2 dage fra indlæggelsesdato	+
2b	Andelen af ambulante patientforløb, hvor der er iværksat somatisk udredning senest 30 dage efter 1. ambulante kontakt	+
3a	Andelen af indlæggelser hvor patienten vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved udskrivelse	+
3b	Andelen af ambulante patientforløb, hvor patienten vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved afslutning af ambulante forløb	+
4a	Andelen af indlæggelser, der har fået vurderet sværhedsgrad af depression ved Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17) inden for 7 dage fra indlæggelsesdato	+
4b	Andelen af ambulante patientforløb, der har fået vurderet sværhedsgrad af depression ved Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17) senest 30 dage efter 1. ambulante kontakt	+
4c	Andelen af ambulante forløb, der har fået vurderet sværhedsgrad af depression ved Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17) mindst hver 12. uge under forløbet	+
5a	Andelen af indlæggelser, der har fået vurderet sværhedsgrad af depression ved Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17) ved udskrivelse	+
5b	Andelen af ambulante patientforløb, der har fået vurderet sværhedsgrad af depression ved Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17) ved afslutning af ambulante forløb	+
6a	Andelen af indlæggelser, der er undersøgt for selvmordsrisiko ved indlæggelse	+
6b	Andelen af ambulante patientforløb, hvor patienten er undersøgt for selvmordsrisiko i forbindelse med 1. ambulante kontakt	+
7	Andelen af indlæggelser, der er undersøgt for selvmordsrisiko ved udskrivelse	+
8	Andelen af ambulante patientforløb, hvor patienten er påbegyndt i psykoterapi senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt	+
9a	Andelen af indlæggelser, hvor der, senest ved udskrivning, er kommunikeret med pårørende med henblik på inddragelse	+
9b	Andelen af ambulante patientforløb, hvor der, senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt, er kommunikeret med pårørende med henblik på inddragelse	+
10	Andelen af indlæggelser, hvor der er planlagt opfølgning senest ved udskrivelse	+
11	Andelen af indlæggelser, hvor patienten genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse	-

**Tabel 34 - Indikatorer fra Dansk Diabetes Database (DDiD)**

Nr.	ID	Beskrivelse	Kvalitetsretning
1b	DDID_002_01	Andelen af voksne med type 2 diabetes med seneste HbA1c på <=53 mmol/mol	+
1d	DDID_004_01	Andelen af voksne med type 2 diabetes med seneste HbA1c på >=70 mmol/mol	-
3a	DDID_010_01	Andelen af voksne over 30 år med diabetes, som har fået målt LDL-kolesterol seneste 15 måneder	+
2a	DDID_040_01	Andelen af voksne med diabetes, som har fået målt blodtryk seneste 15 mdr	+
3c	DDID_012_01	Andelen af voksne over 30 år med type 2 diabetes med seneste LDL-kolesterol <= 2,5 mmol/L	+
2c	DDID_042_01	Andelen af voksne med type 2 diabetes med blodtryk <= 140/90 mmHg	+
5a	DDID_030_01	Andelen af voksne med type 2 diabetes med kendt kardiovaskulær sygdom, som er sat i organbeskyttende behandling med GLP1-analoger eller SGLT2 inhibitorer.	+
7a	DDID_020_01	Andelen af voksne med diabetes, som har fået målt urin-albumin seneste 15 måneder	+
7b	DDID_021_01	Andelen af voksne med diabetes, som har fået målt eGFR seneste 15 måneder	+

**Tabel 35 - Indikatorer fra Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for demens (DanDem)**

Nr.	ID	Beskrivelse	Kvalitetsretning
1	DAN-DEM_01_002	Andel patienter med en udredningstid på under 90 dage	+
2	DAN-DEM_02_002	Andel af alle udredte, som har fået foretaget kognitiv test i demens udredningsenhed i forbindelse med udredning	+
2A	DAN-DEM_12_001	Andel af udredte, der er raske/MCI/demens i let grad, som har fået foretaget anden kognitiv test end MMSE eller MOCA i demens udredningsenhed i forbindelse med udredning	+
2B	DAN-DEM_22_001	Andel af udredte, der er raske/MCI/demens i let grad, som har fået foretaget neuropsykologisk undersøgelse i demensudredende enhed i forbindelse med udredning	+
3	DAN-DEM_03_002	Andel af alle udredte, som har fået foretaget ADL vurdering ved hjælp af FAQ/IADL-skala.	+
4	DAN-DEM_04_002	Andel af patienter med demens, som har fået foretaget CT/MR scanning af hjernen.	+
4A	DAN-DEM_14_004	Andel af patienter med let-moderat vaskulær demens el. Mixed demens (Alzheimers sygdom + vaskulær), som har fået foretaget MR-scanning af hjernen.	+
5	DAN-DEM_05_001	Andel af patienter med demens, hvor der er stillet sygdomsspecifik demens diagnose	+
6	DAN-DEM_06_002	Andelen af patienter med Alzheimers sygdom, Parkinson demens, demens med Lewy Body og mixed demens (Alzheimers sygdom + vaskulær), som er tilbudt behandling med anti-demensmedicin.	+
6A	DAN-DEM_16_003	Andelen af patienter, som er tilbudt behandling med antidemensmedicin, der har indløst recept op til 3 mdr. efter diagnosesamtalen.	+
7	DAN-DEM_07_001	Andelen af patienter med demens, som har fået tilbudt henvisning til kommunal demenskoordinator funktion i forbindelse med information om diagnosen.	+
8	DAN-DEM_08_001	Andel af patienter med demens i let til moderat grad, som har fået foretaget spinalvæske und < 12 mdr. eller en PET-scan (PET-FDG, PET-Amyloid eller PET-PE2I/SPECT-DAT) < 24 mdr. før diagnosesamtale	+

## 12.2 Delstudie 2 – Udvidet metodebeskrivelse

Delstudie 2 har til formål, med udgangspunkt i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, at undersøge hvilke barrierer i behandlingen, differentierede indsatser bør sigte mod at adressere, og hvilke typer af indsatser, der kan være behov for.

Til dette delstudie er der anvendt et kvalitativt design med fokus på at indsamle erfaringer og perspektiver fra forskellige aktører i og omkring behandlingsforløbet for patienter med alkoholproblemer og somatisk sygdom. I alt er der gennemført 30 interviews med en bred sammensætning af informanter, herunder patienter, praktiserende læger, sygeplejersker og socialsygeplejersker fra hospitalsafdelinger, repræsentanter fra hospitalsledelser, samt kommunale medarbejdere fra blandt andet rusmiddelcentre og hjemmepleje.

Interviewene er gennemført både som telefonsamtaler og online via Teams. Så vidt muligt, er der inddraget informanter fra forskellige dele af landet for at opnå en bred geografisk spredning. Alle deltagere har givet informeret samtykke til, at deres udsagn kan indgå i rapporten i anonymiseret form.

### **Data indsamlet til belysning af patientperspektivet**

Patientperspektivet er belyst gennem fire individuelle interviews med borgere med alkoholproblemer. Interviewene fungerer som cases i analysen og bidrager med konkrete erfaringer fra patienternes møde med sundhedsvæsenet. De er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som har haft fokus på borgernes oplevelser af behandlingsforløb. Informanterne er rekrutteret via snowball sampling, hvor eksisterende kontakter har formidlet videre kontakt til andre relevante deltagere. Informantgruppen består af fire personer, to mænd og to kvinder, i alderen 52 til 78 år, bosat i forskellige kommuner fordelt på to regioner.

### **Data indsamlet til belysning af sundhedsprofessionelles perspektiver**

I alt er der gennemført 14 interviews med sundhedsprofessionelle med indsigt i behandling og pleje af patienter med alkoholproblemer og samtidig somatisk sygdom. Flertallet af interviewene er foretaget med læger, sygeplejersker og socialsygeplejersker med tilknytning til akutafdelinger, hvoraf ét af interviewene er gennemført som et gruppeinterview med to læger. Herudover er der indsamlet erfaringer fra enkelte sundhedsprofessionelle fra andre somatiske specialer, herunder lungemedicin, gastroenterologi og endokrinologi. Datamaterialet omfatter desuden to interviews med repræsentanter fra hospitalsledelser. Uden for hospitalsregi er der gennemført 7 interviews med praktiserende læger, hvilket har givet mulighed for at inddrage erfaringer fra mødet med patienter tidligere i sygdoms- og behandlingsforløbet.

Alle interviews er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Interviewguiden har haft fokus på sundhedsprofessionelles erfaringer med udredning og behandling af patienter med alkoholproblemer samt deres refleksioner over barrierer i patienternes behandlingsforløb. Dette omfatter blandt andet perspektiver på det tværsektorielle samarbejde mellem hospitaler, almen praksis og kommuner i forhold til patienterne, samt informanternes vurderinger af behovet for differentierede indsatser og konkrete forslag hertil. Alle sundhedsprofessionelle informanter har givet informeret samtykke til at deltage, og alle interviews er anvendt i anonymiseret form. Informanterne er rekrutteret via direkte kontakt til informanter samt via snowball sampling, hvor eksisterende kontaktnetværk har videreformidlet kontakt til andre relevante deltagere. Alle fem regioner: Region Sjælland, Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland, er repræsenteret i den samlede informantgruppe.

### **Data indsamlet til belysning af kommunale perspektiver**

For at belyse de kommunale perspektiver er der gennemført 6 interviews, hvoraf 3 af disse er foretaget med medarbejdere fra kommunale rusmiddelcentre, og de resterende 3 er foretaget med medarbejdere i hjemmeplejen. Informanterne har bidraget med erfaringer fra deres arbejde med borgere med alkoholproblemer, herunder indsigter i centrale barrierer for behandling.

Interviewene er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, tilpasset de kommunale aktørers arbejdsområder. Fokus har været på at afdække aktørernes erfaringer med at støtte borgere i forløb, hvor alkoholproblematikker kan vanskeliggøre adgang til - eller udbytte af somatisk behandling, samt på at belyse barrierer og muligheder i det tværsektorielle samarbejde mellem kommune, hospital og almen praksis. Alle informanter har givet samtykke til at deltage i undersøgelsen, og alle interviews indgår i anonymiseret form. Informanterne er rekrutteret gennem direkte kontakt til udvalgte rusmiddelcentre og hjemmepleje samt via snowball sampling, hvor eksisterende kontakter har formidlet videre kontakt til andre relevante deltagere. Fire regioner: Region Sjælland, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland, er repræsenteret i informantgruppen.

## Analyse

Interviews med patienter, sundhedsprofessionelle og kommunale aktører er kodet og analyseret ved hjælp af en tematisk analysestrategi. Formålet med analysestrategien har været at identificere centrale mønstre og temaer på tværs af materialet, særligt med fokus på barrierer i patientforløb for patienter med alkoholproblematikker samt behov for differentierede indsatser. Deltagerne omtales i rapporten som "informanter", og deres udtalelser fremgår i anonymiseret form. I de følgende tabeller præsenteres en samlet oversigt over informanterne.

**Tablet 36 - Oversigt over informanter på hospitalerne**

Informant	Stilling	Afdeling
1	Sygeplejerske	Akutfdeling
2	Læge	Akutfdeling
3	Socialsygeplejerske	*
4	Sygeplejerske	Gastroenterologi
5	Ledelsespersion	Hospitalsledelse
6	Socialsygeplejerske	*
7	Ledelsespersion	Hospitalsledelse
8	Læge	Akutfdeling
9	Læge	Akutfdeling
10	Læge	Endokrinologi
11	Sygeplejerske	Akutfdeling
12	Socialsygeplejerske	*
13	Læge	Akutfdeling
14	Sygeplejerske	Lungemedicin

Regioner repræsenteret i informantgruppen: Region Sjælland, Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland. \* Socialsygeplejersken varetager typisk en tværgående funktion og kan tilkaldes fra flere afdelinger på hospitalet, når der er patienter med dette behov.

**Tablet 37 - Oversigt over informanter i almen praksis**

Informant	Stilling
15	Almen praktiserende læge
16	Almen praktiserende læge
17	Almen praktiserende læge
18	Almen praktiserende læge
19	Almen praktiserende læge
20	Almen praktiserende læge
21	Almen praktiserende læge

Regioner repræsenteret i informantgruppen: Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Sjælland, Region Nordjylland.

**Tabel 38 - Oversigt over informanter i kommunerne**

Informant	Stilling	Område
22	Sygeplejerske	Rusmiddelcenter
23	Pædagog	Rusmiddelcenter
24	Socialrådgiver og fagkoordinator	Rusmiddelcenter
25	Hjemmesygeplejerske	Hjemmeplejen
26	Hjemmesygeplejerske	Hjemmeplejen
27	Hjemmesygeplejerske	Hjemmeplejen

Regioner repræsenteret i informantgruppen: Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland.

**Tabel 39 – Oversigt over patientinformanter**

Informant	Køn	Civil status	Beskæftigelse
28	Kvinde	Ugift	I job
29	Kvinde	Ugift	Pensionist
30	Mand	Fraskilt	I job
31	Mand	Ugift	Ikke i job

Regioner repræsenteret i informantgruppen: Region Sjælland, Region Syddanmark.

## 12.3 Delstudie 3 – Kobling mellem barrierer og indsatser

Skemaoversigt over identificerede barrierer i analyseafsnittene i Delstudie 2 og de relevante danske indsatser fra Delstudie 3:

**Tabel 40 - Skemaoversigt over identificerede barrierer i analyseafsnittene i Delstudie 2 og de relevante danske indsatser fra Delstudie 3**

Analyseafsnit (Delstudie 2)	Centrale barrierer	Relevante danske indsatser (Delstudie 3)
8.1 Barrierer for somatisk behandling ved samtidigt alkoholoverforbrug	Alkoholkomplikationer i den somatiske behandling Manglende behandlingsadhærens og fremmøde Sløring af symptomer og forsinket diagnostik	Planlagt afrusning Lab10 Socialsygeplejersker Rusmiddelindsatsen 15-metoden Alkoholrådgivende Team (ART) Flex-sengeafsnit
8.2 Uens praksis og uklarhed omkring afrusning og abstinensbehandling på hospitalet	Uensartet praksis og kriterier for abstinensbehandling Manglende ensretning og tydelig ansvarsfordeling Patienter falder mellem sektorerne	Rusmiddelindsatsen Planlagt afrusning Alkoholrådgivende Team (ART) Socialoverlæge og Socialsygeplejersker Flex-sengeafsnit Lab10
8.3 Begrænset fokus på alkoholproblemer og tidlig indsats	Alkoholproblemer forbliver skjulte (patientens "pæne facade" og høje funktionspromille) vanskeliggør opsporing Manglende systematik i opfølgning på opsporing Tidspres og manglende relationsrum	15-metoden LAB10 Alkoholrådgivende Team (ART) Socialsygeplejersker og Socialnøglepersoner Rusmiddelindsatsen Flex Almen Praksis Alkolinjen Social Sundhed
8.4 Barrierer ved udskrivelse fra hospitalet og sektorovergange	Manglende sammenhæng ved udskrivelse ("kløft" mellem sektorer) Begrænset kapacitet og tilgængelighed i kommunale tilbud Utilstrækkelig informationsdeling og uklar ansvarsfordeling	Koordinerende Indsatsplaner (KIP) Socialsygeplejersker Socialmappe/Den Sociale Værktøjskasse Omsorgscenter Støttekontaktperson (SKP)-korpset Social Sundhed Alkoholrådgivende Team (ART) Flex Almen Praksis
8.5 Uklarheder og uenigheder vedrørende ansvaret for patientgruppen	Uklar ansvarsfordeling mellem sektorer (hospital, kommune og almen praksis) Akutafdelingerne mangler rammer og tid til komplekse patientforløb Begrænsede muligheder for opsporing og opfølgning i almen praksis	Koordinerende Indsatsplaner (KIP) Socialoverlæge og Socialsygeplejersker Flex Almen Praksis Rusmiddelindsatsen 15-metoden
8.6 Manglende behandlingstilbud til patienter i særligt sårbare positioner	Manglende håndholdt støtte (transport, ledsagelse, koordinering) Krav om selvforvaltning og digital kommunikation er urealistiske Begrænsede hjemmebaserede og fleksible tilbud	Social Sundhed Støttekontaktperson (SKP) korpset Flex Almen Praksis Omsorgscenter Socialsygeplejersker og Socialnøglepersoner Community Reinforcement Approach (CRA) Alkoholrådgivende Team (ART) Rusmiddelindsatsen
8.7 Vanskelig adgang til psykiatrisk udredning og behandling	Afvisning/begrænset adgang ved påvirkning (patienter med samtidigt alkoholoverforbrug får i praksis ofte ikke psykiatrisk udredning, og dobbeltdiagnose overses) Lange ventetider på psykiatrisk udredning og behandling (risiko for forværring) Almen praksis mangler rammer til dobbeltdiagnoser	Koordinerende Indsatsplaner (KIP) Rusmiddelindsatsen 15-metoden LAB10 Socialoverlæger og Socialsygeplejersker Alkoholrådgivende Team (ART) Community Reinforcement Approach (CRA)
8.8 Stigmatisering af patientgruppen	Frustration og afmagt blandt personale ved hyppige genindlæggelser Stigmatiserende sprog og adfærd påvirker relationen til patienten Manglende ensartet praksis og ledelsesmæssigt fokus	Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter Socialsygeplejersker, Socialnøglepersoner og Socialoverlæge Alkoholrådgivende Team (ART) Rusmiddelindsatsen



		Social Sundhed Community Reinforcement Approach (CRA)
8.9 Motivation som barriere for adgang til behandling	Motivation betragtes som patientens eget ansvar, hvilket betyder, at behandling ikke iværksættes, hvis patienten ikke fremstår motiveret Systematiske barrierer (ventetid, sektorovergange, negative møder) udhuler motivation Manglende tid og kontinuitet til relationsarbejde	Alkoholrådgivende Team (ART) Socialsygeplejersker Community Reinforcement Approach (CRA) Planlagt afrusning Social Sundhed Støttekontaktperson (SKP)-korpset Alkolinjen
8.10 Utilstrækkelig alkohol-faglig ekspertise på hospitalet	Forskellig erfaring og kompetenceniveau mellem afdelinger Manglende fælles retningslinjer og ensartet praksis Fravær af specialiseret behandling af afhængighed	Kursus i pleje og behandling af socialt udsatte patienter Rusmiddelindsatsen Alkoholrådgivende Team (ART) Socialoverlæger, Socialsygeplejersker og Socialnøglepersoner Flex-sengeafsnit Lab10

## 12.4 Metodiske styrker og svagheder

For **Delstudie 1** skal det bemærkes, at analyserne er baseret på omfattende danske registerdata. I den videnskabelige litteratur er der ikke entydig konsensus om hvilke variable der er bedst at anvende i studier af strukturel ulighed. Studiets undersøgte variable er udvalgt på baggrund af, hvad fagudvalget har fundet mest relevant i afdækningen af ulighed inden for de begrænsninger, der findes i de tilgængelige registerdata, og der findes ingen entydigt optimale variable til at beskrive strukturel ulighed i nationale administrative data.

Patientpopulationen for behandlingskvalitetsmålene omfatter personer med KOL, stroke, depression, demens eller diabetes, som har fået diagnosen registreret i forbindelse med en hospitalskontakt. Dette indebærer, at denne del af analysen kun inkluderer patienter med så alvorlige sygdomsforløb, at hospitalskontakt har været nødvendig. Personer, der ikke diagnosticeres eller udelukkende diagnosticeres og behandles i almen praksis, indgår derfor ikke i denne del af analysen. Dog er patienter med indløste recepter på KOL-, depression-, demens- eller diabetesmedicin inkluderet i den øvrige del af Delstudie 1. Hvis recepter ikke indløses, registreres patienterne ikke, hvilket kan medføre underestimering af ulighed, hvis indløsning af recepter varierer i forhold til de målte parametre for ulighed. Resultaterne forventes at dække størstedelen af patientgrupperne de samlede patientgrupper. Analysen af patienter med GAK er udført for at reducere risikoen for misklassifikation relateret til diagnostik.

Brugen af registerdata medfører begrænsninger i forhold til tilgængelige oplysninger. Der mangler data om flere faktorer, som kan påvirke forløbet før, under og efter kontakt med sundhedsvæsenet, herunder livsstil, sundhedsadfærd, sundhedskompetencer, socialt netværk og støtte. Alle akutte kontakter registreret via Sundhedsplatformen inkluderes som hospitalskontakter, hvilket skaber en regional skævhed i analysen, særligt i forhold til akutte indlæggelser og hvilke personer der opfylder kriteriet om  $\geq 4$  akutte kontakter inden for 365 dage.

Endelig, er både SHAP-analysen og Propensity-score-analysen baseret på prædiktiv modellering ved anvendelse af en Random Forest-model. Fordelen ved Random Forest-modellen er dens evne til at modellere ikke-lineære effekter og interaktioner (hvis de findes i data), uden at disse behøver at blive specificeret eksplicit. I mange sammenhænge er denne store fleksibilitet dog også en ulempe, idet modellen kan fremstå som en "black box", hvor det er vanskeligt at forklare prædiktionerne. Ved at præsentere resultaterne i form af SHAP-værdier, som er beregnet for de marginale effekter af de enkelte variable, imødegås dette delvist. Som supplement til SHAP-analysen er propensity score-analysen anvendt til at estimere sandsynligheden for, at en person vil modtage en given behandling eller have et givent udfald baseret på deres observerede eksponeringskarakteristika. Det er vigtigt at bemærke, at der ikke kan påvises en specifik årsagssammenhæng mellem eksponeringer og udfald ved hjælp af de anvendte analyser. Det kvantitative Delstudie 1 anvendes til at illustrere ulighed, herunder ulighed relateret til alkoholproblemer, som undersøges mere dybdegående i Delstudie 2.

Ved vurderingen af resultaterne fra **Delstudie 2** er det centralt at forholde sig til sammensætningen af informanter og til de metodiske valg, som har formet datagrundlaget. Undersøgelsen bygger på kvalitative interviews, hvilket giver mulighed for at indhente dybdegående indsigter i erfaringer, perspektiver og refleksioner hos både patienter med alkoholproblemer og sundhedsprofessionelle. Den kvalitative tilgang er særligt velegnet til at belyse komplekse samspil mellem patienters behov, sundhedsvæsenets praksisser og de organisatoriske rammer. Samtidig indebærer denne tilgang en række metodiske udfordringer, som må inddrages i fortolkningen af resultaterne.

For det første består patientperspektivet af et meget begrænset antal interviews. Der er gennemført fire interviews med borgere med alkoholproblemer. Selvom disse bidrager med vigtige cases og unikke erfaringer, giver de ikke et bredt indblik i patientgruppens mangfoldighed. Det indebærer en risiko for, at variationer i oplevelser – eksempelvis i forhold til køn, alder, sociale positioner eller grad af alkoholproblemer – ikke er fuldt repræsenteret.

I alt er der gennemført interviews med 27 læger, sygeplejersker, socialsygeplejersker, ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne samt medarbejdere i almen praksis, i rusmiddelcentre og hjemmepleje. Flertallet af informanterne fra hospitalerne har erfaring fra akutafdelinger, mens enkelte repræsenterer specialiserede områder såsom lungemedicin, gastroenterologi og endokrinologi. Denne sammensætning giver et solidt grundlag for at belyse barrierer i behandlingen af patienter med alkoholproblemer, særligt i de akutte og specialiserede behandlingssammenhænge, hvor mange patienter med alkoholproblemer møder sundhedsvæsenet.

Analysen inkluderer ikke personale fra psykiatrien, selvom alkoholbehandling også foregår her, når patienter har samtidig psykisk lidelse. Dette afspejler rapportens fokus på somatiske sygdomme og alkoholproblemer primært. Ligeledes er private og selvejende leverandører af alkoholbehandling ikke repræsenteret i informantgruppen. Fraværet af disse perspektiver betyder, at rapporten ikke fuldt ud afspejler den samlede variation i tilbud og aktører i alkoholbehandlingsområdet. Dette bør tages i betragtning ved fortolkning af resultaterne, da kommunernes brug af private aktører kan have betydning for organisering, tilgængelighed og koordinering af alkoholbehandlingen.

En styrke ved datagrundlaget er, at informanterne dækker flere regioner (Sjælland, Hovedstaden, Syddanmark, Midtjylland). Dette øger sandsynligheden for at indfange variationer i organisering og praksis på tværs af landet og mindsker samtidig risikoen for, at resultaterne alene afspejler forhold i én specifik region. Kombinationen af informanter fra både hospitalsafdelinger, almen praksis og kommunale aktører bidrager yderligere til bredden i datagrundlaget.

Et andet metodisk forhold, der bør overvejes, er risikoen for *social desirability bias*, det vil sige, at informanterne - særligt sundhedsprofessionelle - kan have en tendens til at præsentere praksisser i et mere positivt lys, end de reelt opleves i dagligdagen. Dette er et velkendt forhold i kvalitative studier, hvor magtrelationen mellem interviewer og informant kan påvirke, hvordan svar formuleres, og hvilke erfaringer der fremhæves. Risikoen kan forstærkes i interviews, hvor emnet berører organisatoriske eller faglige udfordringer, som informanterne selv er en del af, da det kan opleves som mere sårbart at tale åbent om kritik eller mangler i egen praksis.

I forlængelse af dette er der taget metodiske skridt for at imødegå denne udfordring. Alle informanter har givet skriftligt samtykke og er blevet gjort opmærksom på, at deres bidrag behandles fortroligt og rapporteres i anonymiseret form. Samtidig skal det fremhæves, at flere interviews indeholder konkrete beskrivelser af barrierer og udfordringer i praksis, hvilket indikerer, at det i høj grad er lykkedes at skabe en tryk ramme, hvor informanterne har talt åbent og reflekteret over egne erfaringer.

**Delstudie 3** udgør ikke en fuldstændig kortlægning af alle indsatser i Danmark, og der kan derfor være relevante indsatser, som ikke er inkluderet. Det skal dog bemærkes, at der i den sidste del af datainsamlingen opstod en form for "datamætning", idet langt de fleste nævnte indsatser var gengangere. Delstudie 3 har ikke haft fokus på forebyggende indsatser eller indsatser, der primært retter sig mod patienter med psykisk lidelse og alkoholproblemer, hvorfor disse ikke er beskrevet i rapporten.

## 13. Fagudvalgets sammensætning

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

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

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

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

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

