

Afrapportering om kulegravningen af alkoholbehandling i Danmark

1. Indledning

I aftalen om finansloven for 2023 blev det aftalt, at der skulle gennemføres en kulegravning af den offentligt finansierede alkoholbehandling. Kulegravningen skulle ifølge aftalen bl.a. have fokus på selvbetaling på området, og om der generelt ydes tilstrækkelig behandling og ind-
drage kommuner, private behandlere og andre relevante organisationer.

Sundhedsstyrelsen foretog i 2019/2020 et servicetjek af den offentligt finansierede alkoholbehandling. Rapporten fra januar 2020 afdækkede de udfordringer, der var på alkoholbehandlingsområdet af både faglig og strukturel karakter og belyste:

- kvaliteten af behandlingen i den offentligt finansierede alkoholbehandling,
- strukturelle faktorerers betydning for kvalitet i alkoholbehandlingen,
- personalets kompetencer og tilbud til unge med alkoholafhængighed,
- opsporingsgab mellem personer med behov for behandling og personer i behandling,
- opsporing og rekruttering af 25-45årige til behandling,
- rammer for kommunernes styring af serviceniveau, kvalitet og økonomi,
- uddannelse og kompetenceniveau i alkoholbehandlingen samt
- faglig kvalitet hos mindre behandlingssteder med få ansatte.

I forbindelse med servicetjekket foretog konsulentvirksomhederne COWI/DECIDE en afdækning af kvaliteten i den offentligt finansierede alkoholbehandling for Sundhedsstyrelsen.

1.1. Materiale til grund for dette notat

Sundhedsstyrelsen har i 2024 anmodet konsulentfirmaet Nordic Health Group (NHG) foretage en undersøgelse af alkoholbehandlingen i Danmark, hvor afdækningen i 2019 til servicetjekket er opdateret og udvidet med fokus på selvbetaling på området, og om der ydes tilstrækkelig behandling. Undersøgelsens fokus er status og eventuelle problemstillinger.

NHG's undersøgelse "Undersøgelse af alkoholbehandlingen i Danmark" bygger på data indsamlet fra en række forskellige kilder, herunder fra møder i Sundhedsstyrelsens følgegruppe

for kulegravningen, hvor repræsentanter for kommuner, private behandlere og andre relevante organisationer er inddraget. NHG har desuden gennemført

- Interviews med personer i alkoholbehandling
- Spørgeskemaundersøgelse blandt behandlingssteder
- Interviews med relevante faglige aktører på området samt med behandlingssteder (både offentlige, private og selvejende)
- Interviews med almen praktiserende læger og akutmodtagelser
- Casebesøg på alkoholbehandlingssteder, herunder interviews med ledere og medarbejdere
- Desk research i eksisterende litteratur og undersøgelser
- Dataanalyser fra det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), Landspatientregisteret (LPR), Sygesikringsregisteret (SSR) og DREAM gennemført af Sundhedsdatastyrelsen.

Undersøgelsen er vedlagt i bilag 2 og opgørelser fra det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB) fra Sundhedsdatastyrelsen er vedlagt i bilag 3.

Sundhedsstyrelsen har samlet en følgegruppe til tre møder, hvor medlemmerne har bidraget med forslag til afgrænsning af NHG's undersøgelse, drøftet resultater fra NHG's undersøgelse og drøftet Sundhedsstyrelsens oplæg til afrapportering om kulegravningen. Organisationer, der har udpeget repræsentanter og deltaget i følgegruppens møder, fremgår af bilag 1. Sundhedsstyrelsen har desuden løbende afholdt bilaterale møder med de organisationer, der har været repræsenteret i følgegruppen. Endvidere har Sundhedsstyrelsen haft ekstern konsulent Anette Søgaard Nielsen fra Enhed for klinisk alkoholforskning på Syddansk Universitet tilknyttet.

På baggrund af dette har Sundhedsstyrelsen udarbejdet denne afrapportering om kulegravningen af alkoholbehandling i Danmark, som har særligt fokus på selvbetalning, brugeroplevelse, kvalitet, kompetencer og kvalitet, styring og kvalitet. I Nordic Health Groups undersøgelse af alkoholbehandlingen indgår yderligere punkter, og der indgår desuden langt flere detaljer fra Nordic Health Groups undersøgelse blandt behandlingsstederne, som ikke er medtaget i denne afrapportering.

1.2. Kommuners ansvar for alkoholbehandling

Med kommunalreformen i 2007 blev ansvaret for hele rusmiddelområdet overdraget til kommunerne. Det betyder, at kommunerne har ansvaret for at tilvejebringe vederlagsfri alkoholbehandling til deres borgere. Der blev med kommunalreformen indført et enstrengt kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar ud fra et princip om, at kompetencer og økonomisk ansvar skal følges ad.

Kommunen har i dag flere roller i forbindelse med udbuddet af offentligt finansieret alkoholbehandling. I dag er kommunen både en myndighed, leverandør af alkoholbehandling og indgår evt. samarbejdsaftaler med offentlige og private leverandører af offentlig finansieret alkoholbehandling.

Mens kommunerne har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling til deres borgere, er det ikke et krav, at de selv skal udbyde den. Kommunerne kan således tilbyde alkoholbehandling ved at indgå aftaler med andre kommuner, regioner, selvejende eller private

behandlingssteder. Derfor eksisterer der også forskellige typer af behandlingssteder. Disse kan kategoriseres efter ejerform og finansieringsform.

Den lovgivningsmæssige regulering af alkoholbehandlingsområdet omhandler først og fremmest kommunernes forpligtelser og borgernes rettigheder samt Socialtilsynets tilsyn. Om alkoholbehandlingsindhold findes der anbefalinger mv. i vejledninger og lignende fra Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen.

1.3. Selvbetalning af alkoholbehandling

Kortlægningen fra Nordic Health Group (NHG) viser, at ca. 92 % af behandlingsforløbene er offentligt finansieret (kommuner), og at ca. 7 pct. er privat finansieret, jf. tabel 1. Det samlede omfang af personer i alkoholbehandling i Danmark i dag er ikke kendt, da der alene er pligt til at indberette oplysninger om offentligt finansieret alkoholbehandling til alkoholbehandlingsregisteret. NHG's undersøgelse samler derfor forskellige datakilder for at vise, hvor stort et område henholdsvis det offentlige og private marked dækker i 2023.

Den private finansiering er enten forsikringsbetalt behandling eller selvbetalt behandling. Ca. 1 pct. af behandlingsforløbene er forsikringsbetalte, og der har været en udvikling fra 300 forløb i 2021 til 400 forløb i 2023. Ca. 6 pct. af behandlingsforløbene er selvbetalte svarende til ca. 1.700 forløb i 2023. Der findes ikke opgørelser af antal selvbetalte forløb fra tidligere år. Der er desuden ikke overblik over alle selvbetalte behandlingsinstitutioner.

Selvbetalning handler for fleste personer om et specifikt ønske om døgnbehandling, herunder hurtigt at kunne komme i døgnbehandling, enten fra personen selv eller dens pårørende. For andre handler det om manglende viden om muligheden for at få vederlagsfri behandling efter sundhedsloven, herunder behandlingstyperne.

Tabel 1. Oversigt over samlet antal personer i alkoholbehandling i 2023

Finansiering	Antal i 2023	Andel af samlet antal i behandling i 2023
Offentligt finansieret behandling *	25.339	92%
Privat forsikringsbetalt behandling **	408	1%
Privat selvbetalt behandling ***	1.732	6%
I alt behandling i 2023	27.479	100%

Note: Tallene dækker over ambulant, dag- og døgnbehandling og omfatter altså meget forskellige behandlingstyper. Fordi tallene er rundet op eller ned til nærmeste hele tal, summerer hver underkategori ikke til 100 % i alt.

*Datagrundlag: *Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og CPR-registeret pr. april 2024, Sundhedsdatastyrelsen, **Forsikring & Pension, ***NHG's spørgeskemaundersøgelse i NHG's kortlægning af behandlingssteder i 2024.*

Kilde: Undersøgelse af alkoholbehandlingen, Nordic Healthcare Group, 2025. Tabel 1.

1.4. Leverandører af alkoholbehandling og deres behandlingstyper

I tabel 2 vises antallet af behandlingssteder og ejerformen. I tabel 3 vises om behandlingsstedet yder behandlinger, der er kommunalt finansieret, eller om der udelukkende ydes behandling, der er finansieret på anden vis.

Tabel 2. Oversigt over antal alkoholbehandlingssteder i Danmark, fordelt på ejerform, antal

Kommune	Region	Privat	Fond, selvejende mv.	Total
85	2	49	26	162

Datagrundlag: NHG's kortlægning af behandlingssteder 2024.

Kilde: Undersøgelse af alkoholbehandlingen, Nordic Healthcare Group, 2024. Tabel 4.

Tabel 3. Finansieringen af behandlingssteder, antal

Offentligt behandlingssted	Privat behandlingssted med bl.a. offentligt finansieret behandling	Privat behandlingssted med udelukkende privat finansieret behandling	Total
87	54	21	162

Datagrundlag: NHG's kortlægning af behandlingssteder 2024.

Kilde: Undersøgelse af alkoholbehandlingen, Nordic Healthcare Group, 2024. Tabel 5.

Tabel 4 viser resultatet af NHG's forsøg på at beregne antallet af personer i 2023 i offentligt finansieret alkoholbehandling på de tre typer af behandling, som de har været i. Der indgår kun behandlingsforløb for 26.000 personer i beregningen bag tabel 4, mens der i tabel 1 indgår forløb for 27.500 personer. Behandlingstypen er ukendt for de resterende privatfinansierede 1.500 forløb.

Tabel 4. Beregnet skøn over antallet af personer i behandling i 2023 fordelt på behandlingstyper

Behandlingstype	Antal i 2023	Andel i 2023
Ambulant behandling	25.270	97%
Dagbehandling	537	2%
Døgnbehandling	189	1%
Total	25.996	100%

Datagrundlag: NHG-beregninger baseret på tal fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og CPR-registeret pr. april 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Kilde: Undersøgelse af alkoholbehandlingen, Nordic Healthcare Group, 2024. Tabel 2.

Udover den offentlige og privat finansierede alkoholbehandling foretages der akut alkoholbehandling i sygehusvæsenet, og der foregår tillige farmakologisk alkoholbehandling i almen praksis. Opgørelser fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at den farmakologiske behandling i almen praksis foregår både før, under og efter offentligt finansieret alkoholbehandling.

2. Alkoholbehandlingen i Danmark

2.1. Brugeroplevelen kvalitet

Kortlægningen fra Nordic Health Group (NHG) indikerer, at brugerne langt hen ad vejen er tilfredse med den alkoholbehandling, som de har modtaget. Brugerne er glade for den hjælp, de har modtaget, og vurderer, at behandlingen er af høj kvalitet. Samtidig indikerer brugerinterviewene, at der er mange forskellige præferencer for type af behandlingssted og -tilbud, og at brugerne skal tilgås på forskellige måder.

2.1.1. Kendskab til rettigheder, ventetid og anonymitet

Der er ikke bredt kendskab til rettigheder og muligheder for at modtage offentligt finansieret alkoholbehandling. Der er heller ikke udbredt viden om indhold og metoder i behandlingsforløb, og personen har ofte ikke mulighed for at få afstemt sine forventninger til behandlingsforløbet.

4 pct. af behandlingsstederne har opstartet behandlingsforløb senere end den lovfastsatte ret til ret på 14 dage, og forklaringen angives i disse tilfælde at være behandlingsforløb med større intensitet, dvs. dag- eller døgnbehandling.

Retten til anonymitet er for flere vigtigt i starten. Når der informeres om, at behandlingssteder har tavshedspligt, og at behandlingssteder har underretningspligt uanset anonymitet, kommer ønsket om anonymitet til at betyde mindre for personen. Personen kan i stedet få fordele ved koordinering med fx det øvrige sundhedsvæsen i forhold til personens øvrige sundheds- og sygdomsudfordringer og beskæftigelses- og socialområdet i forhold til personens sociale problemstillinger. Underretningspligt betyder, bl.a. at alle har pligt til at underrette kommunen, hvis et barn/ung lever under forhold, der bringer sundhed eller udvikling i fare, jf. Barnets lov §135, og at denne underretningspligt er særligt udvidet for fagpersoner, herunder personer, der er beskæftiget ved behandlingstilbud, jf. Barnets lov §133 og vejledningen herom. Det gælder altså alle behandlingssteder og for alle borgere, dvs. også borgere som har henvendt sig med et ønske om at være anonym. En person kan ikke benytte retten til anonym ambulant behandling over for behandlingsstedet, hvis der i forbindelse med behandlingen skal ordineres receptpligtige lægemidler, men anonymiteten skal stadig opretholdes over for vedkommendes kommune, såfremt der er ønske om dette.

2.1.2. Valg af behandlingssted og behandlingstyper samt kvalitet i behandlingsforløb og efterbehandling

Generelt er valget om at komme i behandling vigtigere end valget af konkret behandlingssted. Nogle personer har ønsker til behandlingstype, fx at hverdagen kan opretholdes i ambulant eller dagforløb, eller om behandlingen skal være væk fra hverdagen dvs. i et døgnforløb. Tilsvarende kan der være ønsker om, at behandlingen kan foregå, så det passer med arbejde, fx i nærheden af arbejdspladsen, om aftenen, online mv. Der peges på vigtighed af inddragelse af pårørende og støtte i overgangen fra behandling til hverdag, især fra døgnbehandling til hverdag.

Behandlerrelationen er for mange den vigtigste faktor for at få fuldt udbytte af behandlingen. Systematik og struktur styrker behandlingsforløbet set fra brugernes perspektiv og kan være en ramme for et individuelt tilpasset forløb. Flere oplever, at det er vigtigt at have noget til fælles med de øvrige i gruppebehandlingsforløb. Flere oplever at kunne spejle sig i behandlere, der tidligere selv har haft en rusmiddelproblemstik, og som kender faldgruberne. Kompetence og kvalitet er belyst nærmere i afsnit 2.2.

2.2. Kompetencer og kvalitet

2.2.1. Faglige anbefalinger

Det er en lav andel af privatfinansierede behandlingssteder, der angiver at de arbejder ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger og nationale kliniske retningslinjer, mens størstedelen af offentligt finansierede behandlingssteder oplyser, at de følger dem. Nogle behandlingssteder udtrykker tvivl om, hvorvidt Sundhedsstyrelsens retningslinjer stadig er fagligt retvisende, da behandlingsstederne giver udtryk for, at de er af ældre dato og ved at være forældet.

Det er varierende om behandlingssteder screener for somatiske og psykiatriske sygdomme i forbindelse med afdækning af personens alkoholproblemer og inden behandlingen påbegyndes. Screeningen har lavest udbredelse blandt privatfinansierede behandlingssteder og størst udbredelse blandt offentligt finansierede private behandlingssteder.

I National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed anbefaler Sundhedsstyrelsen dag- eller døgnbehandling til personer med sociale problemer udover

alkoholafhængighed eller ved svær alkoholafhængighed. Evidensen på området finder ingen dokumentation på forskel i effekt og anbefaler derfor at tage personens præferencer i betragtning ved behandlingsplanlægning. Ambulant behandling er langt den mest udbredte behandlingstype i den offentligt finansierede alkoholbehandling. Ingen offentlige behandlingssteder tilbyder døgnbehandling, så det foregår på private behandlingssteder enten med offentlig eller privat finansiering. Privat finansierede behandlingssteder udbyder i meget lille omfang dagbehandling.

Det foreslås endvidere i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje at overveje at tilbyde efterbehandling efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb. Der er pt. ikke overblik over omfanget af efterbehandling, men det kommer for så vidt angår offentligt finansieret alkoholbehandling med opdatering af indberetninger til det nationale alkoholbehandlingsregister i 2025/2026.

De fleste behandlingssteder følger anbefalingen i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje om familieorienteret behandling og tilbud til pårørende med størst udbredelse blandt privat finansierede behandlingssteder og mindst blandt offentligt finansierede private behandlingssteder.

Ingen privatfinansierede behandlingssteder tilbyder farmakologisk behandling, mens 2 ud af 3 offentligt finansierede private behandlingssteder og 3 ud af 4 offentlige behandlingssteder tilbyder det. Næsten alle disse behandlingssteder tilbyder behandling med disulfiram. Sundhedsstyrelsen anbefaler i den nationale kliniske retningslinje, at disulfiram (antabus) kun anvendes efter nøje overvejelse, da effekten er usikker og der kan være bivirkninger. Det er ikke god klinisk praksis at give superviseret disulfirambehandling uden samtidig at tilbyde et struktureret samtaleforløb. Ved ønske om nedsat forbrug anbefales det at tilbyde naltrexon fremfor acamprosat/nalmefen og ved ønske om længerevarende afholdenhed anbefales naltrexon eller acamprosat fremfor disulfiram. Selvom salget af disulfiram via recepter er halveret siden 2019, er disulfiram fortsat det lægemiddel, der sælges mest via recepter.

2.2.2. Uddannelse og kompetencer

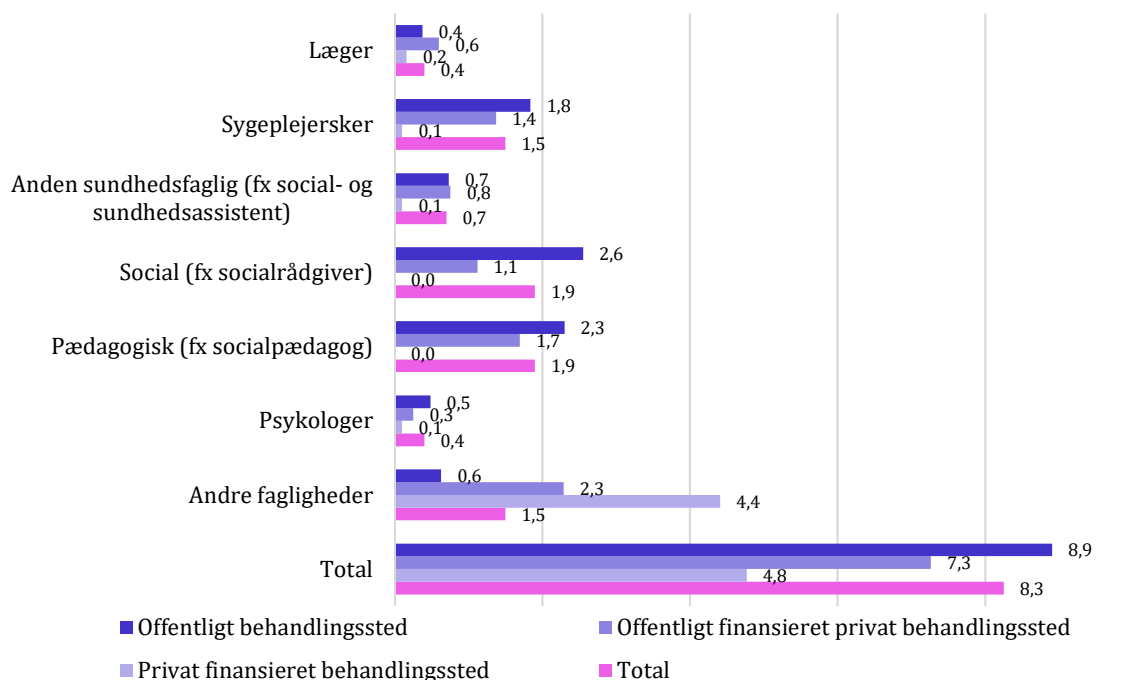
Der udbydes forskellige uddannelser og kurser i alkoholbehandling. I september 2024 startede en ny diplomuddannelse i rusmiddelbehandling svarende til et helt uddannelsesår, men uddannelsen kan tages over flere år. I perioden fra 2005 til 2022 var der statsligt tilskud til forskellige kurser målrettet behandlere på behandlingssteder med offentligt finansieret alkoholbehandling. Uddannelsens primære målgruppe er rusmiddelbehandlere med en professionsuddannelse og mindst to års relevant erhvervserfaring. Det var et krav for at kunne deltage i de kurserne, at man som minimum havde en kort videregående uddannelse og erhvervserfaring.

På næsten alle offentlige behandlingssteder og på halvdelen af offentligt finansierede private behandlingssteder har en eller flere medarbejdere deltaget i kurserne målrettet behandlere på behandlingssteder med offentligt finansieret alkoholbehandling. På privat finansierede behandlingssteder er der i stedet en eller flere medarbejdere med andre terapeutiske uddannelser.

Tilsvarende er der betydelig variation i medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund på behandlingsstederne. Hovedparten af medarbejdere på privatfinansierede behandlingssteder har en anden faglighed end en sundheds- eller socialfaglig uddannelse, mens andelen er større på offentligt finansierede behandlingssteder, jf. figur 2. Det skal ses i sammenhæng med, at privatfinansierede behandlingssteder ofte benytter tidligere alkoholafhængige som behandlere.

Nogle behandlingssteder har ikke sundhedsfaglige kompetencer og kan derfor være udfordret på kortlægning af sygdomme, afrusning og abstinensbehandling. Adgang til afrusning kan være en indgang til alkoholbehandling. Der er en vis variation i behandlingsstedernes størrelse og bredden i kompetencer. Nogle behandlingssteder er meget små og har ikke bredde i kompetencer. Det er derfor tilsvarende forskelligt, hvad behandlingsstederne kan løfte i forhold til diagnose og behandling.

Figur 1. Gennemsnitligt antal årsværk af forskellige faggrupper og uddannelsesbaggrunde som er ansat til beskæftigelse med alkoholbehandling, opdelt på offentlige, offentligt finansieret private og private behandlingssteder



Note: Spørgeskema, n=99 (offentlige = 59, offentligt finansierede private = 30, privat finansierede = 10). Et årsværk svarer til én fuldtidsansat på 37 timer. Et behandlingssted udgør en outlier med 156 angivne årsværk, og er derfor blevet fjernet fra opgørelsen.

Datagrundlag: NHG's kortlægning af behandlingssteder 2024.

Kilde: Undersøgelse af alkoholbehandlingen, Nordic Healthcare Group, 2024. Figur 8.

Der er betydelige geografiske forskelle i kompetencerne, og specielt i Nordjylland samt på privatfinansierede behandlingssteder er der færre sundhedsfaglige kompetencer. Derudover er der stor forskel på omfanget af behandlingsstedernes tværfaglige samarbejde på tværs af sektorer. Der er således stor forskel på hvilket tilbud borgere tilbydes og modtager.

2.3. Styling og kvalitet

2.3.1. Styringsrammen

Der indgår en række forskellige elementer, herunder rettigheder og krav, som tilsammen udgør styringsrammen for alkoholbehandling i Danmark. Det omfatter fri etablering af alkoholbehandlingssted, vederlagsfri behandling på offentligt behandlingssted eller privat behandlingssted med aftale med mindst én kommune, frit valg af offentligt finansieret behandlingssted, pligt for kommuner til at tilbyde behandling indenfor 14 dage efter henvendelse om behandlingsønske. For ambulant behandling tillige ret til anonymitet og mulighed for selv at henvende sig til behandlingssted uden visitation. De enkelte elementer gennemgås nedenfor.

Der er fri mulighed for etablering af et alkoholbehandlingssted. Kravene til offentligt finansieret alkoholbehandling er sundhedslovens §141. For privat finansieret alkoholbehandling gælder samme regler som på andre områder, når der leveres behandling varetaget af autoriseret personale, dvs. man skal overholde autorisationsloven, sundhedsloven mv. og behandlingsstedet er omfattet af tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, hvis der foregår sundhedsfaglig behandling. Offentlige behandlingssteder og private behandlingssteder, der har aftale med kommune om at yde offentligt finansieret alkoholbehandling, er tillige omfattet af krav om godkendelse og tilsyn fra Socialtilsynet, jf. punkt 2.4.2. Begge tilsyn foretages efter generelle regler om deres tilsyn og efter faglige anbefalinger til alkoholbehandling.

Et behandlingssted er ikke omfattet af de to tilsyn, hvis behandlingsstedet alene yder privat finansieret behandling og med personale, der ikke er omfattet af autorisationsloven.

Alle behandlingssteder er omfattet af bestemmelserne i Barnets lov om underretningspligt, uanset om behandlingen er offentligt eller privat finansieret, og om behandlingen varetages af behandlere med eller uden autorisation.

Sundhedslovens §141 giver borgere ret til frit valg af behandlingssted med vederlagsfri alkoholbehandling, og kommuner pligt til at tilbyde alkoholbehandling indenfor 14 dage efter borgerens henvendelse med ønske om behandling. Borgeren kan frit henvende sig til et behandlingssted, som har aftale med mindst en kommune, med ønske om ambulant behandling, dvs. der er ikke en forudgående visitation fra bopælskommunen (selvhenvender-princip). Behandlingsstedet vurderer, om der er grundlag for behandling. Borgeren har desuden mulighed for at ønske, at behandlingen skal foregå anonymt. Retten til anonymitet over for behandlingsstedet kan ikke benyttes, hvis der indgår farmakologisk behandling, da ordination af receptpligtige lægemidler kræver kendskab til personens identitet. Dog kan retten til anonymitet oprettholdes overfor borgerens kommune. Det fremgår af NHG's undersøgelse, at muligheden for at henvende sig anonymt er vigtig for personens valg om at søge behandling. Ved oplysning om, hvad anonymitet og ophævelsen af samme betyder, kommer det til at betyde mindre for personerne undervejs i behandlingsforløbet. Det fremgår endvidere af NHG's undersøgelse, at borgere ikke har kendskab til, at der er tavshedspligt for alle behandlingssteder, og tilsvarende at den generelle underretningspligt mht. børn i Barnets lov også gælder alle behandlingssteder uanset evt. ønske om anonymitet.

Borgeres ret til selvhenvendelse og anonymitet gælder ikke for dag- og døgnbehandling, da kommunen skal visitere, dvs. vurdere borgerens behov for disse mere intensive behandlingstyper. Borgeren har stadig mulighed for frit valg af behandlingssted – enten offentligt finansieret eller privat behandlingssted med aftale med en kommune – hvis behandlingen holder sig indenfor det af kommunen visiterede behandlingsindhold. Kommunen har uanset behandlingstype pligt til at tilbyde behandling indenfor 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig med ønske om behandling. NHG's undersøgelse viser, at langt de fleste behandlingssteder tilbyder behandling indenfor 14 dage, og at det alene er private behandlingssteder, der tilbyder døgnbehandling.

Borgerens mulighed for at vælge mellem behandlingssteder er imødekommet via tilbudsportalen, behandlingssteders oplysninger på hjemmesider, annoncer mv. samt Alkolinjen. Desuden kan borgeren blive guidet af kendskab hos øvrige kommunale instanser, praktiserende læge mv. Endelig kan patienter, som behandles på sygehuse med en alkoholrelateret diagnose blive

vejledt i alkoholbehandlingsmuligheder. NHG's undersøgelse viser, at der ikke er udbredt viden hos borgere om behandlingsmuligheder eller hvor der kan søges vejledning om behandlingsmuligheder.

2.3.2. Kommuners styring

Det er kommunerne, der efter sundhedslovens §141 har pligt til at tilbyde deres borgere vederlagsfri offentligt finansieret alkoholbehandling. En kommune kan selv oprette behandlingssteder, indgå aftale med en kommune eller en region om tilvejebringelse af behandlingstilbud samt indgå aftale med et privat (selvejende eller privatejet) behandlingssted om, at behandlingsstedet kan tilbyde alkoholbehandling med offentlig finansiering.

Når en kommune indgår aftale med et behandlingssted, skal behandlingsstedet – ligesom kommunens egne behandlingssteder - godkendes af Socialtilsynet. I Socialtilsynets vurdering af godkendelse indgår oplysninger om behandlingsstedets økonomi, målgruppe, metoder, faglige kompetencer, fysiske rammer og ledelseskompetencer, jf. Socialtilsynets kvalitetsmodel og faglige anbefalinger på området. Socialtilsynet forholder sig til de samme elementer i sit tilsyn med både offentlige behandlingssteder og private behandlingssteder med offentlig finansiering. Godkendte behandlingssteder fremgår af Tilbudsportalen, hvor også behandlingsstedernes ydelser, metoder og priser fremgår. I NHG's undersøgelse og på følgegruppemøderne er det fremhævet, at det forhold, at kvaliteten på behandlingsstederne kan være meget forskellig, kan skabe forskelle i serviceniveau og priser på tværs af behandlingssteder, og at det derfor kan være svært at sammenholde pris og kvalitet på tværs af behandlingssteder.

Kommunens aftale med behandlingsstedet kan omfatte krav til de samme elementer, som indgår i Socialtilsynets vurdering af godkendelse af behandlingssteder, herunder pris, målgruppe, behandlingstyper, behandlingsforløb, metoder, faglige kompetencer, fysiske rammer, ledelseskompetencer. Der kan tillige indgå krav til dialog og udveksling af oplysninger om behandlingsstart, behandlingsindhold, behandlingsforløb mv., så kommunen løbende er orienteret, herunder om behandlingsprogression og den forventede regning til kommunen. Kravene omfatter også personer i anonym behandling, hvor der alene skal tages hensyn til ikke at give personoplysninger til kommunen. Der er især uklare forventninger til udveksling af oplysninger vedr. personer i anonym behandling. Kommunen skal på den ene side modtage oplysninger om den ydelse, der betales for, dvs. behandlingsindhold. Borgeren skal på den anden side kunne bevare sin anonymitet, og der skal derfor ikke videregives oplysninger fra behandlingsstedet, som kan identificere borgeren – med mindre der efter Barnets lov er pligt til underretning. Fra kommunal side, herunder Socialtilsynet, bemærkes det, at anonym behandling indebærer en manglende kontrolmulighed af, om behandlingen vedrører en af kommunens borgere. Men der er også uklare forventninger til udveksling af oplysninger for borgere, der ikke er anonyme, fx hvor detaljerede behandlingsoplysninger og journalindhold behandlingsstedet skal dele med kommunen i forbindelse med afregning, opfølgning på visitation til dag- og døgnbehandling samt i situationer, hvor forskellige delforløb i det samlede behandlingsforløb foregår på forskellige behandlingsinstitutioner.

En kommunes aftale med et privat behandlingssted har ikke kun betydning for kommunen selv og kommunens egne borgere, men pga. borgernes ret til frit valg af behandlingssted også betydning for andre kommuner og deres borgere.

Den enkelte kommune har ikke en selvstændig styringsmulighed i at fastlægge kvalitetskrav eller afgrænse behandlingskapacitet for kommunens borgere, da det afhænger af dels alle de

behandlingssteder, som kommuner enten selv etablerer eller én kommune har indgået aftaler med og indholdet af disse aftaler, dels af borgernes eget ønske om behandling og behandlingssted. Fremtidig udbredelse af anonym onlinebehandling kan forstærke denne udfordring.

Kommuner og private behandlingssteder har påpeget udfordringer i styringsrammen og dialogen herom, herunder sammenhæng mellem ønsker til kvalitet og økonomi, løbende gensidig dialog om behandlinger og regninger, forskellige krav mht. den økonomiske gennemsigthed. Der er tilsvarende dialog mellem kommuner og private behandlingssteder om udvikling i behandlingsindholdet, senest omfang og karakter af efterbehandling i ambulante forløb og onlinebehandling.

Det er kommunerne, der har valgt om at indgå aftaler med private behandlingssteder og private behandlingssteder udgør en betydelig del af den samlede alkoholbehandlingskapacitet og hele kapaciteten for døgnbehandling - altså fraset behandling af personer med en dobbeltproblematik i form af samtidig behandlingskrævende alkoholafhængighed og psykiatrisk lidelse.

2.3.3. Overblik, indblik og opfølgning på alkoholbehandlingen i Danmark

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) indeholder oplysninger om den offentligt finansierede alkoholbehandling. Behandlingssteder har mulighed for at indberette privat finansieret alkoholbehandling, men det sker næsten ikke. I 16 % af offentligt finansierede behandlingsforløb ønsker personen anonymitet, og alkoholbehandlingsforløbet kan derfor ikke ses i sammenhæng med øvrig behandling i sundhedsvæsenet. Af disse forskellige årsager er der ikke et fuldstændigt overblik over alkoholbehandlingen i Danmark.

NAB omlægges i 2025, så der fra 2026 er bedre data for så vidt angår offentligt finansieret alkoholbehandling om behandlingsintensitet (ambulant, dag-, døgn- eller efterbehandling), behandlingstype (individuel, gruppebaseret, familieorienteret og pårørenderådgivning) og om behandlingsmålet (alkoholreduktion eller total afholdenhed) er opnået ved afslutningen af forløbet.

Det er under hvert tredje behandlingssted, der systematisk arbejder med dokumentation af effekten af deres behandling. En af forklaringerne på, at der ikke eksisterer dokumentation af effekten af behandlingen, er, at der ikke systematisk følges op på afsluttede behandlingsforløb.

Bilag 1. Følgegruppen

Sundhedsstyrelsen har samlet en følgegruppe til tre møder, hvor medlemmerne har bidraget med forslag til afgrænsning af Nordic Healthcare Groups undersøgelse, drøftet resultater fra undersøgelsen og drøftet Sundhedsstyrelsen oplæg til afrapportering af kulegravningen.

Følgende er af de angivne organisationer mv. udpeget som medlemmer af og har deltaget i følgegruppens møder:

Isabella Frederikke Øllgaard, Alkohol og Samfund
Kira West og Ege Kofod Plinius Schjørring, Rådet for Social Udsatte
Stine Højland Pedersen, Dansk Erhverv
Signe Helena Søgaard, Selveje Danmark
Rafai Atia, KL
Rikke Gravlev Taageby, Danske Regioner
Thomas Josiasen, Ringgården
Kirsten Dennig, Novavi
Lars Thidemann Jensen, Blå Kors
Signe Wegmann, Dansk Psykiatrisk Selskab
Thomas Fuglsang, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
Lone Borelli-Kjær, Dansk Selskab for Almen Medicin
Janne Bech Jensen, Foreningen af Ledere i Offentlig Rusmiddelbehandling
Bjarne Elholm, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje
Ulrik Becker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Kristine Rømer Thomsen og Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning
Dorthe Eberhardt Søndergaard, Styrelsen for Patientsikkerhed
Jesper Dengsø, Socialtilsyn
Lone Kæstrup, Socialstyrelsen

Observatører:

Lars Petersen og Carlo V. Andersen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Mathilde Vendelbo Sonne og Gustav Ahlberg, Finansministeriet
Anne Sophie Bech Mikkelsen og Laura Høybye Schmidt, Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsstyrelsen og konsulenter tilknyttet Sundhedsstyrelsen:

Niels Sandø, Sundhedsstyrelsen
Maja Bæksgaard Jørgensen, Sundhedsstyrelsen
Solveig Forberg, Sundhedsstyrelsen
Dorte Hansen Thrige, Sundhedsstyrelsen
Christina Marie Christensen, Sundhedsstyrelsen
Annette Søgaard Nielsen, Enhed for klinisk alkoholforskning, Syddansk Universitet
Marie-Louise Mølbak, Nordic Healthcare Group
Maja Bruun, Nordic Healthcare Group
Lars Skytte Petersen, Nordic Healthcare Group