

Behandling af alkoholproblemer i Danmark

Problemer og udviklingsmuligheder

Analyse udarbejdet for Den Lægefaglige Tænketank Atlas.
Forfattere: Mia Gall Grandahl, speciallæge i psykiatri, Anette Søgaaard Nielsen, professor MSO, cand.phil. og ph.d., Janne Tolstrup, dr.med. og professor, Jesper Juul Larsen, speciallæge i akut medicin og intern medicin: nefrologi, Ulrik Becker, professor, dr.med. og speciallæge i intern medicin og medicinsk gastroenterologi



Atlas tror på, at vi gennem et fagligt samarbejde på tværs af de lægefaglige specialer og andre faggrupper kan skabe bedre proportionalitet i sundhedspolitik.

Vi ønsker bl.a. at skabe fokus på patientgrupper uden en stærk patientforening, patienter, der ikke er forankret i et bestemt lægefagligt speciale, og som ikke, eller sjældent, har politikernes fokus. Vi tror på, at vi derigennem kan skabe mere lighed i sundhed og bedre sundhed for alle.

Vi tror på, at en stærk ekspertpulje, der favner dygtige forskere med den nyeste viden og dygtige klinikere med en praksisbaseret viden om, hvordan befolkningen har det, kan skabe den bedste forståelse for, hvordan vi skaber bedst sundhed for flest mulige.

Kontakt

Mia Gall Grandahl

Psykiater, overlæge

Bestyrelsesformand i Atlas

mia@tt-atlas.dk

www.tt-atlas.dk

BEHANDLING AF ALKOHOLPROBLEMER I DANMARK

PROBLEMER OG UDVIKLINGSMULIGHEDER

Misbrug af alkohol fylder meget i den kliniske hverdag og det er der en grund til. Alkohol er årsag til cirka 3.000 årlige dødsfald. Dermed er alkohol den tredjestørste risikofaktor efter rygning og manglende fysisk aktivitet. Større end velkendte risici som dårligt mentalt helbred, usund kost og svær overvægt.

Mennesker med et stort forbrug af alkohol har da også et væsentligt større forbrug af sundhedsydelse end mennesker uden, ligesom et stort alkoholforbrug er problematisk for både individ, pårørende og samfund. Danskernes overforbrug af alkohol koster samfundet i omegnen af 13 mia. kroner årligt.

Til trods for disse faktorer behandles alkoholproblemer ikke på lige fod med andre alvorlige sundhedsproblemer i det danske sundhedsvæsen. Behandling af alkoholproblemer er forbundet med flere problemer og dermed har området naturligt også en række udviklingsmuligheder.

I denne rapport ser vi nærmere på alkoholproblemer og behandlingen af dem og forsøger at identificere, hvad der skal til for at skabe en god udvikling på området.

VIGTIGSTE POINTER

På side 5 definerer vi forskellige typer af alkoholproblemer før vi på side 6-7 præsenterer rapportens væsentligste pointer i kort form.

PROBLEMER SAMT ANBEFALINGER TIL LØSNINGER

På side 8 giver vi vores anbefalinger til, hvilket problemer, der bør løses i sundhedsvæsenet på alkoholområdet. Dernæst præsenteres på side 9 vores konkrete løsningsforslag.

GENNEMGANG AF OMRÅDET

På side 10 og frem præsenteres den viden, de ovennævnte anbefalinger hviler på: Området gennemgås i detaljer, og der ses blandt andet på problemets art og omfang samt de nuværende behandlingsmuligheder og organiseringen af dem.

INDHOLDSFORTEGNELSE

DEFINITION OG PROBLEMSTILLINGER	5
VIGTIGE POINTER	6
PROBLEMER DER BØR LØSES I SUNDHEDSVÆSENET	8
FORSLAG TIL LØSNINGER	9
FAKTA – SUNDHEDSSTYRELSENS UDMELDINGER	11
GENNEMGANG AF OMRÅDET	12
Alkoholproblemer som sygdom	12
Problemets omfang	12
Stigmatisering	13
Italesættelse og sprogbrug	14
Konsekvenser	14
Behandlingsmuligheder	15
Organisering af alkoholbehandlingen	19
Fagligt niveau	20
Privat finansieret alkoholbehandling	21
Krav til uddannelse af misbrugsbehandlere	21
Antal ansatte	23
REFERENCER	24

DEFINITION OG PROBLEMSTILLINGER

Et alkoholproblem defineres som enten et storforbrug, hvis man drikker mere end genstandsgrænserne; et skadeligt forbrug, hvis forbruget er så stort at man har udviklet en alkoholrelateret tilstand eller sygdom; eller som afhængighed, hvis problemet er så stort og omfattende, at det er umuligt at holde sig fra at drikke.

En række forskellige problemstillinger, som dokumenteres nedenfor, medfører at en stor del af patienter med alkoholproblemer ikke får den behandling de burde i sundhedsvæsenet.

Det gælder ...

- **De der bare drikker for meget (storforbrug).**

De bliver ikke fundet hverken i almen praksis, på hospitaler eller i det kommunale sundhedsvæsen, fordi det ikke lykkes at få koblet symptomer/diagnoser med et stort alkoholforbrug. Det er en gruppe som man formentlig vil kunne gøre rigtig meget for såfremt de blev identificeret.

- **De der har udviklet afhængighed**

Erkendes ofte ikke. Der er i starten ikke sværere somatiske problemstillinger så de ses ikke nødvendigvis hverken på sygehuse, i almen praksis eller i det kommunale sundhedsvæsen. Må selv henvende sig i alkoholbehandlingen, hvor de kan behandles med god effekt.

- **De der er afhængige med komplikationer**

Ses i almen praksis og sygehusvæsenet, men identificeres ofte ikke pga. ukendskab til de multiple somatiske eller psykiatriske problemstillinger der kan være associeret til et stort alkoholforbrug.

- **De svært afhængige**

Præget af mange somatiske, psykiatriske og sociale problemstillinger.

Alle kan se disse patienter, men ofte er de vanskelige at håndtere. Kontakten til behandlingssystemet svigter og de falder tit mellem alle stole. Der er ingen "palliative" tilbud og ikke tilstrækkelig hjælp til få patienterne i relevant behandling.

Konsekvenser og omfang

- Alkohol er årligt årsag til cirka 3.000 dødsfald. Det gør alkohol til den tredje største risikofaktor efter rygning og manglende fysisk aktivitet og større end risikofaktorer som dårligt mental helbred, stofbrug, usund kost og svær overvægt.
- Mennesker med alkoholmisbrug har et større forbrug af sundhedsydelse end mennesker uden. Danskernes overforbrug af alkohol koster samfundet ca. 13 mia. kr. årligt.
- 15-25 % af indlagte patienter på hospitaler drikker over sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser – uanset speciale.

Forbedringspotentiale

- Hvis alkoholproblemet erkendes og behandles, kan man i langt de fleste tilfælde opnå en meget væsentlig forbedring af den alkoholrelaterede tilstand.
- Mindre alkoholforbrug kan forebygge mere end 200 sygdomme og ulykkestilfælde.

Udfordringer - behandling

- Behandling af afhængighed kræver en evidens- og forskningsbaseret tilgang og skal baseres på resultaterne af randomiserede studier, så man undgår at indføre og videreføre ineffektive, erfaringsbaserede og udokumenterede metoder – ex øreakupunktur efter NADA protokollen.
- Patienter med alkoholproblemer sidestilles i dag ikke med andre patienter. Det forringer muligheden for evidensbaseret udredning og behandling på samme vilkår som andre sygdomme.
- Stigma og sektorgrænser er væsentlige grunde til, at sundhedsvæsenet ikke identificerer alkoholproblemer og sikrer evidensbaseret behandling af problemerne.
- I en undersøgelse af mere end 1.000 patienter fra seks europæiske lande, der havde fået diagnosticeret et alkoholproblem, modtog 80% ikke behandling. Den vigtigste årsag var manglende erkendelse af alkoholproblemet. Hos næsten 30 % var årsagen stigma eller skyld og skam.
- Akutafdelinger på hospitaler er blevet kaldt "window of opportunity", fordi der her er en stor koncentration af patienter med stort alkoholforbrug og dermed mulighed for at identificere dem og iværksætte behandling eller henvisning.

- Der er et betydeligt misforhold mellem antallet af borgere, der søger behandling og antallet af borgere, som har behov for behandling. Kun 10-15% af dem, der har behov for behandling, modtager den i dag.

Udfordringer – kompetencer og organisering

- Uddannelse og kompetenceniveau i alkoholbehandlingen er generelt løftet i kommunernes ansvarsperiode (siden 2007), men der er endnu ikke skabt varig løsning på forankringen af den systematiske efteruddannelse og kompetenceudvikling af alkoholbehandlere.
- Der findes ikke autoriserede alkoholbehandleruddannelser, og alkoholbehandlingen er ikke forankret i et lægeligt speciale, hvilket svækker muligheden for at gøre behandlingen evidensbaseret og cost/effektiv.
- Den kommunale alkoholbehandling har flere steder ikke tilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer og ressourcer til at varetage misbrugsbehandling. Det er derfor vigtigt at have aftaler i lokalområdet for eksempel med praktiserende læger, den lokale medicinske modtageafdeling og/eller psykiatriske afdeling om varetagelse af denne opgave.
- Hvis ikke kommunerne selv har den fornødne ekspertise til at få udarbejdet en relevant behandlingsplan, må man organisere sig ud af det, fx ved at lave aftaler med nabokommuner, eller regionerne for at patienterne kan få den nødvendige hjælp.
- Det er vigtigt med nationale retningslinjer for behandling af alkoholmisbrug, så alle sikres et ensartet behandlingstilbud med samme høje faglige niveau.
- Egenbetalte private behandlingstilbud er ikke omfattet af tilsyn. Det er et alvorligt problem, idet man må antage, at der blandt disse patienter er en del med meget indgribende alvorlige problemer, som har været igennem flere tidligere behandlingsforsøg. Ingen kender omfanget og ingen kender tilbuddenes kvalitet.

- Stigmatisering af lidelsen, dvs. alkoholproblemet, fordi stigma dels er en barriere for at søge behandling og dels en barriere for at italesætte behovet for behandlingen, i fx i almen praksis og på hospitaler.
- Manglende indsats på hospitalerne (både akut og under indlæggelse) for at sikre henvisning af patienten til kommunal alkoholbehandling, især hvis alkoholproblemet ikke er meget synligt.
- Manglende sikring af patientens overgang fra akut behandling på hospital til planlagt behandling i kommunerne, især når der er tale om alkoholproblemer kombineret med svære sociale problemer. Her overlades patienten til sig selv, selvom patienten ofte ikke er i stand til at initiere den efterfølgende behandling.
- Variationen i de planlagte behandlingstilbud i kommunerne. Manglende faglig konsensus.
- På hospitalernes somatiske og psykiatriske afdelinger ses ofte svært afhængige patienter med mange psykiatriske og somatiske komplikationer, som for det første er vanskelige at håndtere i det ambulante alkoholbehandlingssystem og som for det andet profiterer i mindre grad af behandlingen som den er tilrettelagt i dag. På trods af at disse patienter er overordentligt syge, er der ikke fokus på og prioriterede ressourcer til at sikre dem sammenhængende behandlingsforløb, de er i stand til at modtage.
- Den alkoholafhængige patient uden svære komplikationer har en meget god prognose i et ambulant, kommunalt behandlingsforløb, men henvises ikke dertil af sygehusvæsenet, dels fordi alkoholafhængigheden overses og dels på grund af tabuisering.
- Den ikke-afhængige patient med et skadeligt storforbrug (over genstandsgrænsen og begyndende sygdom relateret til dette) er underdiagnosticeret på sygehuse og i almen praksis og tilbydes hverken rådgivning eller den minimale indsats, som ville kunne være forebyggende for udvikling af sværere sygdom.

- Udarbejdelse af kliniske retningslinjer for, hvordan sundhedsvæsenet skal forholde sig til patienter med alkoholproblemer i form af rådgivning, udredning, behandling indenfor sundhedsvæsenets rammer og retningslinjer for henvisning til mere specialiserede behandlingstilbud, varetaget af kommunerne.
- Bindende minimumsstandarder for behandling af alkoholproblemer:

Strukturelt

- Minimumsstørrelse for den enkelte alkoholbehandlingsinstitution, antal behandlede patienter, personale.
- Minimumsstandard for personalesammensætning, kompetencer og efteruddannelse.
- Minimums for hvor stor en andel af den pågældende kommunes alkoholafhængige man skal nå.

Indhold i behandling

- Minimumsstandard for hvilke behandling, der skal kunne udføres, til de forskellige grupper af alkoholproblemer
 - Udredning, metoder, efterbehandling etc.
 - Dette gælder også akut behandling.
- Oprettelse af behandlingstilbud, som de allersværeste patienter med alkoholafhængighed kan henvises til direkte fra andre dele af sundhedsvæsenet, herunder mulighed for døgnophold og obligatorisk efterfølgende opfølgning ved egen læge og kommune.
 - Afdelinger med lidt længere tids indlæggelse for patienter i terminal fase af misbruget af alkohol, som ellers har gentagne indlæggelser. Visse patienter har behov for en mere "palliativ" behandling. Optimalt kan der oprettes sengepladser/sengeafsnit til behandling af de medicinske og psykiatriske tilstande, der følger med svært misbrug af alkohol.
 - Nemme adgangsmuligheder og henvisningsmuligheder mellem forskellige sektorer.
 - Videreudvikling og øget udbredelse af funktionen socialsygeplejersker på hospitaler.
 - Etablering af velforankret uddannelse inden for behandling af overforbrug, misbrug og afhængighed af alkohol.
En autorisationsordning vil højne kvaliteten betydeligt både indenfor det offentligt finansierede men især inden for det private behandlingssystem. Dette indebærer også et minimumskrav om en mellemlang social-faglig, sundhedsfaglig eller pædagogisk grunduddannelse som betingelse for videreuddannelse som alkoholbehandler. Desuden krav om sundhedsfagligt personale – såvel sygeplejersker og læger og aftaler om psykiatrisk assistance.

- Oprettelse et lægefagligt fagområde eller speciale tilknyttet et eller flere grundspecialer. Ved oprettelse af et lægefagligt speciale og tilhørende klinikker sikres et nationalt fagligt niveau i behandlingen af alkoholmisbrug. Der kan tages udgangspunkt i erfaringerne fra udlandet.

FAKTA



Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol

10 **Genstande om ugen.** Det er maksimalt det, du anbefales at drikke - uanset køn.

4 **Genstande på en dag.** Det er maksimalt det, du anbefales at drikke på samme dag.

Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred. Men risikoen stiger markant, hvis du drikker over 10 genstande om ugen og mere end 4 genstande på én aften.

Børn og unge



Børn og unge under 18 år frarådes at drikke alkohol.

Unge mellem 18-25 år skal være særligt opmærksomme på ikke at overskride anbefalingerne, da konsekvenserne ved at drikke mere er øget i denne aldersgruppe.

Gravide og kvinder der ammer

Gravide og kvinder, der forsøger at blive gravide, frarådes at drikke alkohol.



Kvinder der ammer, anbefales at udvise forsigtighed ved alkoholindtag.

Øget risiko - vær særlig opmærksom



Risikoen for at dø af alkoholrelaterede sygdomme stiger **mere** for kvinder, hvis du drikker over genstandsgrænserne.

Mennesker med en **familiehistorie med alkoholproblemer**, eller som oplever kontroltab ifm. alkohol, skal være særligt opmærksomme på deres alkoholforbrug.



Kilder:

Sundhedsstyrelsen (2022), Notat: Sundhedsstyrelsens udmeldinger om indtag af alkohol, Sundhedsstyrelsen

GENNEMGANG AF OMRÅDET

ALKOHOLPROBLEMER SOM SYGDOM

Alkoholproblemer er i årenes løb blevet opfattet som alt fra et socialt fænomen til en karakterbrist. Nogle af disse holdninger er stadig hyppige, men alkoholproblemer opfylder alle kriterier for at være en sygdom. Uanset om referencen er:

- den biomedicinske sygdomsmodel, som primært opfatter sygdomme som biologiske fejlfunktioner.
- den bio-psyko-sociale sygdomsmodel, hvor psykosociale faktorer indarbejdes i forståelsen af sygdomsbegrebet.
- den humanistiske sygdomsmodel, hvor sundhed er udtryk for handlefærdighed i forhold til givne mål og under givne livsbetingelser, mens sygdom er udtryk for forringelse af handlefærdigheder.

I den internationale sygdomsklassifikation - I ICD-10 - defineres et skadeligt forbrug af et psykoaktivt stof, som et brugsmønster, hvor der er en klart påviselig skade på helbredet enten fysisk eller psykisk, og hvor skaden har varet mindst én måned eller været til stede flere gange inden for et år. Hvis man skal opfylde diagnosen afhængighed, er problemet så alvorligt, at det er umuligt at holde op med at drikke pga. ændringer i hjernens signalstoffer. Herudover kan alkoholforbruget føre til abstinenser, delirium, og tilstande, hvor evnen til at huske er påvirket, egentlig demens og psykose.

Disse faktorer gør det relevant at spørge, hvorfor alkoholproblemer ikke behandles på lige fod med andre alvorlige sundhedsproblemer i det danske sundhedsvæsen.

PROBLEMETS OMFANG

I Danmark drikker mere end 15% af den voksne befolkning mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse (10 genstande / uge) (1).

Op mod 585.000 har et skadeligt forbrug, og 140.000 af dem skønnes deciderede afhængige af alkohol (2). Disse tal er estimeret, idet der ikke findes egentlige prævalensundersøgelser i Danmark over problemets omfang. En ny undersøgelse udført af det nationale forskningsinstitut for velfærd viser, at ud af de 140.000 som er alkoholafhængige er 15.000 også socialt udsatte (3).

15-25 % af indlagte patienter på hospitaler drikker over sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser (4-6), og alkohol er formentlig involveret i en endnu større andel henvendelser i akut modtagelser og på skadestuer (7). I de fleste tilfælde foregår der ikke nogen systematisk identifikation af de problematiske alkoholforbrug, ligesom patienten heller ikke henvises til behandling. I bedste fald orienteres patienterne om muligheden for at opsøge alkoholbehandling i kommunalt regi efter udskrivelse, men især patienter med svær alkoholafhængighed har ikke

ressourcer til selv at opsøge behandling eller i det hele taget at række ud efter hjælp. I de få tilfælde hvor det lykkes patienten at opsøge behandling, kan der være mange mislykkede forsøg. Endvidere kan en anden udfordring være manglende motivation fra patientens side for at nedsætte eller stoppe alkoholforbruget (3). Det kan skyldes komplekse sociale problemstillinger, som kan være en barriere for at handle på alkoholproblemet (3). Undersøgelser viser at ensomhed er associeret til et øget forbrug af alkohol (8, 9). Samtidig kan ensomhed øge risikoen for en lang række helbredsmæssige problemer både somatiske såvel som psykiatriske lidelser. En undersøgelse fra 2015 viser at ca. 5 % af den danske befolkning (n=210.000) over 16 år føler sig ensomme (10).

Akut-afdelinger på hospitaler er blevet kaldt window of opportunity fordi der er en stor koncentration af patienter med alkoholproblemer og dermed mulighed for at identificere dem og iværksætte behandling eller henvisning til behandling (11, 12)

STIGMATISERING

Stigma stammer fra græsk og refererer til et brændemærke der blev brugt til at identificere kriminelle, slaver og andre udstødte (13). Stigmatisering kan ifølge én af definitionerne bestå af mærkning, stereotypisering, adskillelse, følelsesmæssige reaktioner, tab af status og diskrimination og ulige magtforhold (14).

Stigma er velkendt hos patienter med alkoholproblemer, idet patienter med alkoholproblemer på hospitaler ofte mærkes socialt i form af negative karakteristika. Patienter med alkoholproblemer er omfattet af stereotypisering eksemplificeret ved "manden på bænken" til trods for, at dette ingeniende er tilfældet for langt hovedparten af patienter med alkoholproblemer. Disse udgør et bredt udsnit af den danske befolkning. Følelsesmæssige reaktioner og følelsesladede udtalelser er almindelige overfor patienter med alkoholproblemer for eksempel vrede, medlidenhed og irritation, men også latterliggørelse.

Modtagerne vil ofte reagere med skam, frygt, fremmedgjorthed og vrede. Stigmatisering fører til tab af status og udelukkelse fra det gode selskab. Individuelle faktorer og professionsforståelse kan påvirke implementerings-processen og effekt af interventioner og vi ved, at behandler-egenskaber som empati, omsorg, respekt og optimisme kan have stor betydning for behandlings-udbyttet. Det kan igen hænge sammen med behandlerens holdning til og italesættelse af alkoholproblemer hos patienterne.

Patienter med alkoholproblemer bliver oftere end patienter med andre diagnoser betragtet som havende egen skyld i problemet, og alkoholproblemet medfører hyppigere social afvisning, negative emotioner og er desuden hyppigere udsat for strukturel stigmatisering. Patienter med alkoholproblematik er derfor en særlig stigmatiseret patientgruppe, sammenlignet med andre psykiatriske sygdomme (15).

Både psykiatere og almen medicinere har et mere pessimistisk syn på behandlingseffekt af alkoholafhængighed for patienter med psykiatriske sygdomme end blandt den almindelige befolkning (16, 17) selvom effekten af behandling for alkoholafhængighed er på linje med effekten

af behandling for andre kroniske sygdomme (18). Stigmatisering og ringe viden om for eksempel farmakologisk behandling er vigtige barrierer mod at komme i behandling (19, 20). I en undersøgelse af mere end 1.000 patienter fra 6 europæiske lande, der havde fået diagnosticeret et alkoholproblem, modtog 80% ikke behandling. Den vigtigste årsag udover mangel på erkendelse af problemet, var stigma eller skyld og skam (20).

ITALESÆTTELSE OG SPROGBRUG

Hjemløse alkoholafhængige, som har henvendt sig på hospital, beskriver efterfølgende (21), at bliver mødt som patienter, der er til besvær. De oplever en negativ attitude og føler sig som patienter, det er spild af tid at behandle. Undersøgelser af patientjournaler har vist, at udskrivningsbreve med mere positive følelsesmæssige sætninger er associeret med lavere dødelighed og færre genindlæggelser (22). Den negative og stigmatiserende attitude til patienterne har med andre ord negativ betydning for behandlingseffekten (23, 24).

Stigmatisering af patienter med alkoholproblemer er udbredt og medfører negative holdninger, manglende intervention og afmagt overfor patientgruppen

KONSEKVENSER

Et stort forbrug af alkohol øger risikoen for mere end 200 somatiske sygdomme og tilstande omfattende næsten ethvert organsystem, som forskellige cancerformer, diarré, menstruationsforstyrrelser, nervebetændelse og leversygdomme (25, 26) og er årsag til cirka 3.000 dødsfald årligt (27).

Alkohol er også skyld i ulykker som fald, forgiftning, drukning, trafikulykker, vold og selvmord og alkoholindtag under graviditeten øger risikoen for fosterdød og kan give skader på fosteret, lav fødselsvægt og for tidlig fødsel.

Alkohol er en af de vigtigste risikofaktorer for sygdomsbyrden, og i Danmark er brug af alkohol skyld i 5 % af den samlede sygdomsbyrde (27). Hertil kommer en lang række psykiatriske problemer (28, 29).

Tilsammen medfører det, at mennesker med alkoholproblemer generelt har et større forbrug af sundhedsydelse, ligesom et stort alkoholforbrug bliver problematisk for både individet, familien og samfundet. Et alkoholforbrug på fem genstande eller mere om dagen (svarende til 60 g alkohol/dag eller mere) er forbundet med en øget risiko for komplikationer efter operationer. Hvis man er afholdende fire uger eller mere før en operation mindskes risikoen.

Forbruget kan også have store sociale og familiemæssige konsekvenser og størstedelen af dem, som enten har været hospitalsindlagt eller har modtaget behandling for et alkoholproblem, bor alene (30).

Ledigheden er høj blandt personer med alkoholproblemer (30). Danskernes overforbrug af alkohol estimeres at koste samfundet 13 mia. kr. årligt (31).

Hvis befolkningen reducerer alkoholforbruget, kan mere end 200 sygdomme og ulykkestilfælde hos både mænd og kvinder helt eller delvist forebygges. I langt de fleste tilfælde opnås en meget væsentlig forbedring af tilstanden hvis alkoholproblemet erkendes og behandles.

BEHANDLINGSMULIGHEDER

AMBULANT OG HOSPITALSREGI

Størsteparten af behandlingen af alkoholafhængighed foregår ambulant og varetages af kommunerne. Både når det gælder den akutte del (behandling af abstinenser) og den planlagte del.

Svære akutte tilfælde, som behandling af svære abstinensstilstande med og uden delirium, behandles i hospitalsregi. Lettere tilfælde af abstinenser behandles også i hospitalsregi, især hvis det er uden for den ambulante behandlings åbningstid.

HVOR MANGE MODTAGER ALKOHOLBEHANDLING?

I 2018 havde knap 48.500 unikke borgere kontakt til enten hospital, offentligt finansieret alkoholbehandling eller fik udskrevet medicin til alkoholbehandling, fx hos praktiserende læge som følge af uhensigtsmæssigt forbrug af alkohol. Størstedelen, omkring 23.500 borgere, blev behandlet på hospitalet. Omkring 18.500 borgere modtog medicinsk alkoholbehandling, og godt 16.400 borgere var indskrevet i offentligt finansieret alkoholbehandling.

Næsten 11.300 borgere havde en kombination af enten alkoholrelateret hospitalskontakt, medicinsk behandling eller offentligt finansieret alkoholbehandling (32). Herudover er der mange patienter, som indlægges af andre årsager end alkohol, men som samtidig har et overforbrug af alkohol.

En manuel gennemgang af mere end 650 hospitalsjournaler har samtidig vist en betydelig underrapportering af oplysninger om alkoholvaner, idet der i kun 50 % af journalerne var oplysninger om alkoholvaner (33).

Antallet af personer som søger offentlig finansieret alkoholbehandling for første gang, har stor set været konstant siden kommunerne overtog behandlingsopgaven i forbindelse med kommunalreformen. Det ligger på cirka 7-8.000 /år (34).

Det samlede antal, der aktuelt er i alkoholbehandling, har været jævnt stigende og i 2020 var i alt 19.190 personer i offentligt finansieret alkoholbehandling, men det er formentlig udtryk for, at behandlingsforløbene er blevet længere eller gentages.

INDHOLDET I BEHANDLING AF ALKOHOLPROBLEMER

Der er særdeles god dokumentation for effekt af alkoholbehandling. I det følgende gennemgås de vigtigste behandlingsformer.

AKUT BEHANDLING

De fleste patienter kan afruses og abstinensbehandles ambulant, men en mindre del har behov for indlæggelse på hospital eller i andet døgnregi. Det skal således være muligt at iværksætte akut behandling hos patienter med abstinenssymptomer og der skal også være mulighed for, at patienter med svære abstinenssymptomer, eller med svær alkoholforgiftning kan indlægges til observation og behandling.

Da den akutte behandling kræver sundhedsfaglig og lægelig behandling, er det et krav fra Sundhedsstyrelsen, at patienten tilses af en læge, inden den akutte behandling iværksættes. Derfor er det et problem, at mange kommunale behandlingssteder ikke har direkte adgang til læge.

En tredjedel af kommunerne varetager således i dag ikke selv abstinensbehandling. Blandt de kommuner, der selv varetager abstinensbehandlingen, er klordiazepoxid det mest anvendte stof (87 %), mens 13 % bruger barbiturat (Fenemal) til abstinensbehandling i den seneste undersøgelse (35). Øreakupunktur (NADA) akupunktur blev brugt af 74% af kommunale behandlingssteder (36), selv om NADA-akupunktur er uden eller har beskednen dokumenteret effekt som adjuverende behandling til evidensbaseret abstinensbehandling eller som supplement til behandling af afhængighed (37).

På en akutafdeling på et hospital er afhængighed blandt de hyppigste diagnoser. 80% af patienter indlagt med henblik på afgiftning og abstinensbehandling udskrives i løbet af 24 timer. De resterende 20 % udskrives i det efterfølgende døgn. De fleste udskrives til opfølgning ved egen læge, kommunal alkoholbehandling eller ingen opfølgning.

Det vil være typisk være op til den enkelte patient, hvorledes en evt. opfølgning på behandling af abstinenser skal finde sted. Kommunerne har ansvaret for behandling af mennesker med alkoholafhængighed; det gælder også de mest alvorlige og kroniske tilfælde. Imidlertid har de fleste kommunale tilbud kun åbent i et begrænset antal dagtimer på hverdage. Disse allerdlårligste patienter møder derfor op på akutafsnittene på hospitalerne uden for kommunernes åbningstider, hvor de behandles indtil kommunerne ideelt set kan tage over.

I praksis oplever akutafdelingerne på hospitalerne således en arbejdsbyrde på grund af disse patienter, fordi kommunerne har begrænset åbningstid. Samtidig oplever akutafdelingerne, at det er vanskeligt at få skabt en sammenhæng i patientens behandlingsforløb, idet det ofte er op til patienterne selv at kontakte kommunens tilbud, når de udskrives fra hospital, og det magter disse mennesker ikke, selvom hospitalet har henvist. Hertil kommer, at det ofte er vanskeligt for hospitalet at henvise, fordi hospitalspatienter kommer fra mange forskellige kommuner med vidt

forskellige telefonnumre, åbningstider og procedurer (fx om der er sundhedspersonale, der kan tage over eller om de sundhedsmæssige aspekter i stedet skal varetages af egen læge), som det kan være vanskeligt for akutafdelingen på hospitalet at have overblik over.

En mindre del af patienterne er gengangere, som med korte intervaller vender tilbage til akutafdelingen med fornyet alkoholforgiftning eller manglende evne til at klare sig.

MOTIVERENDE SAMTALER

En ting er den svært afhængige alkoholpatient med multiple skader, en anden er storforbrugeren, eller den let afhængige patient. Også denne patientgruppe lades i stikken i sundhedsvæsenet. For denne patientgruppe er problemstillingen at en kortvarig indsats effektivt, men patienten tilbydes den kun yderst sjældent. For denne patient ville en kort rådgivning ofte være nok; en rådgivning baseret på motiverende samtaler.

Motiverende samtaler kan anvendes som et element i behandlingen af alle grader af alkoholproblemer. Kort intervention er udviklet til patienter med storforbrug eller skadeligt forbrug. Til alkoholafhængige skal anvendes mere indgribende og strukturerede behandlingsformer som kognitiv adfærdsterapi og familieorienteret behandling.

Motiverende samtaler er målrettet til at hjælpe patienten til erkendelse og til at træffe beslutning om ændring. Samtalerne bygger på fire principper: Forebyggelse af modstand, forståelse, lytten og empowerment.

En rådgivers vigtigste rolle er at hjælpe, styrke og lette patienten. Ved at lytte til og styrke patientens motivation for forandring, kan rådgiveren hjælpe patienten til at træffe beslutning om at søge behandling, eller ophøre drikkeriet på egen hånd. Nogle af de grundlæggende elementer i motiverende samtaler er empati, afdækning af forskelle mellem patientens aktuelle adfærd og den adfærd han ønsker, undgå argumentation og konfrontation og samtidig understøtte patientens egne evner til at gennemføre forandringer.

Motiverende samtaler anvendes ofte til afklaringer af patientens ambivalens og erkendelse af problemet. Samtalerne foregår i en empatisk og uforpligtende dialog med patienterne og kan indeholde tilbud om råd og vejledning. Motiverende samtaler er ofte kortvarige og typisk fordelt på én eller to samtaler, og indgår som det vigtigste element i såkaldt kort intervention.

Kort intervention blev først udviklet som led i forskningsprojekter på hospitaler i slutningen af 1950'erne, og siden forstærket af WHO-initieret forskning i 1970'erne og 1980'erne (38). En metaanalyse af 72 lodtrækningsstudier (Randomiserede Kontrollerede Studier) har således vist, at motiverende samtaler (39) i sig selv, dvs. som kort intervention, har en effekt på en række forskellige livsstilsfaktorer herunder alkoholforbrug, hvilket også er bekræftet i en anden stor metaanalyse (40) (evidens grad 1a). Det ser ud til at motiverende samtaler er effektive i såvel behandlingssøgende som ikke behandlingssøgende populationer (40-42). Et nyligt review vurderer, at der ikke er sandsynlighed for at screening og kort intervention vil virke i en akut modtagelse (43), hvor de hyppigste barrierer for implementering er mangel på viden, manglende tid, manglende ressourcer og manglende motivation hos personalet (44).

Få studier har afprøvet kort intervention i et pragmatisk design, og erfaringerne har været nedslående (45). Forsøg gennemført på hospitaler og akutmodtagelser har således vist blandede resultater, og der er så godt som ingen evidens i andre sociale settings. Alligevel anbefaler Sundhedsstyrelsen det (46) bredt til anvendelse i kommuner og regioner.

Empatisk og ikke-konfronterende holdning og samtalestil i enhver kontakt og behandling af patienter med alkoholproblemer vigtigt.

SPECIALISERET BEHANDLING

En analyse af alkoholbehandlingen har vist, at der fortsat er stor geografisk variation i de tilbud kommunerne stiller til rådighed både kvantitativt og kvalitativt (47), på trods af at kvaliteten er forbedret i den tid kommunerne har varetaget opgaven.

Nogle enheder er fortsat små med små faglige miljøer (få ansatte). Så små, at det er vanskeligt at levere tilstrækkelig god kvalitet. Det er især varetagelse af farmakologisk behandling der er problematisk, ligesom det er vanskeligt at opspore og behandle patienter med psykiatrisk comorbiditet. Der mangler således nationale kvalitetsstandarder, som kommunerne skal leve op til og ikke som nu, hvor kvalitetsniveauet lægges af den enkelte kommune.

Udover den akutte behandling for abstinenser, er der god evidens for medicinsk behandling af afhængigheden, når denne sker i kombination med samtalebaseret behandling. Moderne medicinsk alkoholbehandling, dvs. ordination af Acamprosat eller Naltrexon, anvendes desværre i meget lille udstrækning i Danmark, hvor det fortsat langt overvejende er Antabus, der bruges, på trods af at de Nationale Kliniske Retningslinjer ikke anbefaler det som første valg.

Det samme gælder næste skridt i behandlingen; afklaringen af, hvor svært alkoholproblemet er, og om der er udviklet skader og/eller psykiatriske problemstillinger, hvilket cirka halvdelen af alle afhængige vil have i en eller anden udstrækning. En sådan grundig udredning finder ikke altid sted, selvom den bør gøre det, så en relevant behandlingsplan kan lægges.

EFFEKT AF BEHANDLINGEN

Næsten alle, der henvender sig i de kommunale alkoholbehandlingstilbud er alkoholafhængige og ofte svært afhængige (34). Effekten af den strukturerede, planlagte behandling, der tilbydes i Danmark i dag, er moderat til høj, baseret på forskningsprojekter foretaget på de større behandlingssteder, hvor evidensbaserede behandlingsmetoder er implementeret (48-52). Det vurderes således, at 50-60% af de patienter, der udredes og påbegynder et ambulante behandlingsforløb i en af de større alkoholbehandlingsinstitutioner, enten er afholdende eller har reduceret sit alkoholbrug til et lavrisiko-forbrug ét år efter behandlingsstart.

Majoriteten af de resterende patienter reducerer også deres forbrug af alkohol, om end en del patienter ophører behandlingen før planlagt afslutning (34) og flere har behov for flere behandlingsforløb for at opnå behandlingssucces.

Resultaterne af den planlagte, ambulante behandling i Danmark vurderes generelt at være på højde med de resultater, man ser internationalt (53-55), på trods af den variation, som givet er mellem behandlingstilbuddene. Foreløbige resultater af en igangværende undersøgelse af patienternes oplevelse af behandling tyder samtidig på meget høj grad af tilfredshed med behandlingen (ref. kommer efter sommerferien. ASN).

Udfordringen er større, når det gælder akut behandling af abstinenser. Frafaldet i behandling er størst i begyndelsen af behandlingsforløbet og især i overgangen mellem akutbehandling for abstinenser til planlagt behandling med henblik på behandling af afhængigheden. Frafaldet er allerstørst, hvis den akutte behandling og den planlagte behandling varetages af to forskellige sektorer eller tilbud (56).

Alkoholbehandling har veldokumenteret effekt, hvis der anvendes evidensbaserede metoder.

ORGANISERING AF ALKOHOLBEHANDLINGEN

SUNDHEDSLOVEN OG KOMMUNALREFORMEN

Ansvar for at tilvejebringe behandling af alkoholproblemer (skadeligt brug, afhængighed) har siden 2007 været placeret hos kommunerne. Før kommunalreformen var ansvaret placeret i amterne, og der fandt dermed en overdragelse sted, som mange steder i landet betød at de amtslige behandlingsinstitutioner blev splittet op i mange mindre kommunale enheder.

I henhold til sundhedslovens § 141 kan den enkelte kommune beslutte selv at drive alkoholbehandlingstilbuddet eller aftale med en anden aktør (privat, regional eller fra en anden kommune) at levere tilbuddet til kommunens borgere.

Der findes i dag mellem 60 og 70 alkoholbehandlingsinstitutioner i Danmark (47), der tilbyder gratis behandling til borgerne på vegne af kommunerne.

Sundhedsloven sikrer borgerne behandlingsgaranti med ret til behandling inden for 14 dage efter henvendelsen. Der er ikke nogen definition af, hvad behandlingsgarantien skal indeholde, og i princippet kan man tilrettelægge et kommunalt tilbud, så det er geografisk beliggende ved den yderste kommunegrænse og har begrænset åbningstid for på den måde at opnå et billigt tilbud, som meget få vil profitere af, men som opfylder behandlingsgarantien.

Borgeren har ret til at modtage alkoholbehandling anonymt – bortset fra farmakologisk behandling. Patienter med alkoholproblemer kan frit vælge mellem de kommunalt drevne ambulante behandlingstilbud og private alkoholambulatorier, som efter aftale leverer det kommunalt finansierede tilbud. En kommune er således kun forpligtet til at betale for alkoholbehandling på et privat alkoholambulatorium, hvis der foreligger en aftale om, at det pågældende ambulatorium er en del af en kommunes tilbud om alkoholbehandling.

For at modtage dag- og døgnbehandling skal patienten med et alkoholmisbrug derimod altid visiteres hertil. Det er bopælskommunen, der vurderer, hvem der henvises til dag- og døgnbehandling. Dette skal ske før behandlingens start. Kommunerne må kun anvende alkoholbehandlingstilbud, der er godkendt og opført på Tilbudsportalen, og det er de enkelte kommuners ansvar at godkende institutioner, som har adresse i pågældende kommune. Det er ikke muligt at henvise direkte fra hospitalsindlæggelse til døgnophold.

Alkoholbehandling er organiseret i små organisatoriske enheder

FAGLIG KVALITET I ALKOHOLBEHANDLINGEN

Mere end 90% af patienter i kommunal alkoholbehandling opfylder kriterier for alkoholafhængighed, mens der ofte ikke er alkoholbehandling målrettet lettere grader af alkoholproblemer (skadeligt forbrug og storforbrug). De lettere grader af alkoholproblemer håndteres således oftest hos egen læge, i mindre grad i kommunale sundhedscentre eller slet ikke, fordi problemet ikke erkendes.

Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark har altid været og er fortsat præget af stor variation i behandlingstilbuddene både kvantitativt og kvalitativt og med en mangelfuld dokumentation og kvalitetssikring.

De sidste 10 - 15 år er der sket betydelige forbedringer i form af en betydelig faglig udvikling, som blandt andet er udmøntet af Sundhedsstyrelsen med publikation af MTV-rapporten om alkoholbehandling i 2006 (57), rådgivningsmaterialet "Kvalitet i alkoholbehandling" til kommunerne i 2008 (58) og de Nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængig i 2015 (59, 60) og 2018 (61). Dette materiale giver sammen med de engelske NICE guidelines (62), retningslinjerne for behandling i almen praksis "Spørg til Alkohol" (63) og Sundhedsstyrelsens "Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder" kommunerne det faglige grundlag for at planlægge den offentligt finansierede alkoholbehandling. Det er imidlertid alene op til kommunerne hvilken behandlingskvalitet man vil levere og der eksisterer ikke bindende danske guidelines for alkoholbehandling.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (MTV-rapporten) (57), de nationale kliniske retningslinjer (60, 61, 64) og NICE guidelines (62) anbefales samstemmigt, at en alkoholbehandlingsorganisation kan håndtere udredning, kortlægning og diagnostik af patienter med alkoholproblemer, inklusiv en afdækning af samtidigt tilstedeværende psykiatriske og somatiske sygdomme. Dette er nødvendigt for at iværksætte den rette visitation, og behandling og en alkohol-behandlingsorganisation skal således sikre en faglighed, der muliggør såvel evidensbaseret psykosocial behandling som evidensbaseret farmakologisk behandling.

Der eksisterer ikke evidensbaserede behandlingsstandarder

PRIVAT FINANSIERET ALKOHOLBEHANDLING

Ved siden af den offentligt finansierede alkoholbehandling er der et betydeligt privat marked for alkohol behandling, hvor patienterne selv betaler. Der er overvejende tale om privat døgnbehandling, men der er også dukket ambulans behandling op.

Omfanget af privat finansieret behandling er ukendt, og der er tale om et ureguleret område uden offentlige krav til indhold og kvalitet i behandling, endelige krav til normering og uddannelse af personalet. Der er heller ikke pligt til at indrapportere til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Der findes ikke et overblik over antallet af institutioner eller antallet af patienter, der vælger denne type behandling. Så længe der ikke er offentlige midler involveret, stilles der ikke krav til indhold og kvalitet af behandling, og det er meget vanskeligt at vurdere, hvad det er for en behandling man modtager og hvilke kompetencer disse behandlingstilbud har.

En gennemgang af hjemmesider med private behandlingstilbud viser, at der overvejende er tale om behandling efter Minnesota eller 12-trins-modellen. Det er dog meget vanskeligt ud fra hjemmesider eller ud fra oplysninger på Tilbudsportalen for de institutioner, der er godkendt af en eller flere kommuner at vurdere hvilke ydelser, der tilbydes og det kvalitative indhold er umuligt at vurdere (65).

Ofte er der ikke fast sundhedsfagligt personale, og der figurerer stillingsbetegnelser som sygepasser, afhængighedsrådgiver og terapeut, som er ubeskyttede titler.

For de 51 private tilbud, som blev gennemgået i ovennævnte undersøgelse, varierede det totale antal pladser fra 6 til 490 med en median på 12 (65).

Antallet af dagtilbudspladser varierede fra 0 til 490, hvoraf 17 tilbud (35%) var registreret med nul dagtilbudspladser. Antallet af døgntilbudspladser varierede fra 0 til 60, hvoraf 24 tilbud (50%) var registreret med nul døgntilbudspladser.

Privat alkoholbehandling er ikke underlagt samme organisatoriske, faglige, kvalitative krav og tilsyn som offentligt finansieret behandling

KRAV TIL UDDANNELSE AF ALKOHOLBEHANDLERE

Der findes ikke autoriserede rusmiddelbehandleruddannelser og dermed ikke nogen autoriseret alkoholbehandler uddannelse, og alkoholbehandlingen er ikke forankret i et lægeligt speciale. Uddannelse i behandling af afhængighed/skadelig brug af rusmidler er særdeles sparsom såvel i sygeplejerske- og lægeuddannelserne, både præ- og postgraduat, ligesom området kun er sparsomt repræsenteret i de sociale, pædagogiske og psykologiske grunduddannelser. Der har eksisteret og eksisterer fortsat forskellige uddannelsesstilbud på såvel alkohol- som stofområdet. I det følgende beskrives de væsentligste tilbud kort.

Der har siden 2006 eksisteret en Grunduddannelse for Alkoholbehandlere, som er blevet justeret nogle gange undervejs. Uddannelsen er målrettet alkoholbehandlere i offentlig finansieret alkoholbehandling, og det er et krav for optagelse på uddannelsen, at man har en mellemlang eller lang videregående uddannelse i form af en social-, sundheds-, psykolog-, læge- eller pædagogfaglig grunduddannelse på minimum bachelorniveau, og at man arbejder med alkoholbehandling. Grunduddannelsen for Alkoholbehandlere afspejler hele borgerens forløb fra henvendelse, afrusning, stabilisering, udredning, intervention, tilbagefalds-forebyggelse, eventuelt visitation til anden behandling (for eksempel døgnbehandling) og afslutning. På grunduddannelsen trænes behandlere desuden i de evidensbaserede metoder, der anbefales anvendt i alkoholbehandling (56), de nationale kliniske retningslinjer og NICE guidelines.

Indenfor indsatser rettet mod borgere, der har udviklet afhængighed af rusmidler (stof og alkohol), har der siden 2010 eksisteret en Master i Rusmidler på Aarhus Universitet v/ Center for Rusmiddelforskning (CRF). Masteruddannelsen er toårig, og der optjenes 60 ECTS-point. Som på alkoholuddannelsen har adgangskravet været en professionsbachelor eller lignende. Den fulde uddannelse udbydes hvert andet år, men det har været muligt at tage enkeltfag løbende. Der er ikke nogen autorisation af rusmiddelbehandlere, som der ses på andre dele af sundhedsområdet.

Medarbejderne i den kommunale alkoholbehandling er generelt blevet mere veluddannede og kompetente, bl.a. på grund af den stigende efteruddannelsesindsats, der er sket de seneste 15 år. Stort set alle alkoholbehandlere er således uddannet i at kunne tilbyde *motivational interviewing* og kognitiv adfærdsterapi, som er de evidensbaserede tilbud. Mange er også efteruddannede i familiebehandling og andre områder, f.eks. dobbelt-fokuseret behandling, dvs. behandling af afhængighed og samtidig personlighedsforstyrrelse eller psykiatrisk lidelse. To tredjedele af de ansatte har en kvalificeret alkoholbehandleruddannelse i tillæg til en social- eller sundhedsfaglig grunduddannelse (66). Udfordringen er, at forankringen uddannelserne ikke er på plads og systematiseret, og man ved således ikke fra år til år, hvorvidt nye medarbejdere kan sikres uddannelse og hvorvidt ældre medarbejdere får mulighed for at vedligeholde eller øge deres kompetencer.

Man skal ikke være autoriseret som alkoholbehandler. Der findes ikke en uddannelse som alkoholbehandler og der er ikke et lægeligt fagområde eller speciale-uddannelse i alkohol-/rusmiddelproblemer for læger.

ANTAL ANSATTE I DEN AMBULANTE ALKOHOLBEHANDLING

Antallet af medarbejdere, der står for alkoholbehandlingsopgaven, ligger for de fleste behandlingssteders vedkommende på mellem 0 og 10 medarbejdere. De tre største behandlingssteder har langt flere ansatte (henholdsvis 29, 65 og 80 i 2019), men halvdelen af behandlingsstederne har 6 eller færre.

Om end der således er sket en tiltagende harmonisering af det kommunale tilbud til borgere med alkoholproblemer på tværs af landet (35, 47, 67), er der stadig store forskelle mellem kommunerne. Især er det bekymrende, at en relativt stor andel af behandlingstilbuddene er forholdsvis små og derfor råder over færre kompetencer end større tilbud.

Antallet og sammensætningen af personale varierer geografisk.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København; 2022.
2. Hvidtfeldt UA, Hansen ABG, Grønbæk M, Tolstrup J, editors. Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige 2008; København: Statens Institut for Folkesundhed.
3. Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere: systemets tilbud i borgerperspektiv. 2016.
4. Nielsen SD, Storgaard H, Moesgaard F, Gluud C. Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. *Alcohol Alcohol*. 1994;29:583-90.
5. Schwarz A-S, Nielsen B, Nielsen AS. Lifestyle factors in somatic patients with and without potential alcohol problems. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*. 2017.
6. Zierau F, Hardt F, Henriksen JHH, Holm SSS, Jørring S, Melsen T, et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: comparison with biochemical markers. *ScandJ Clin Lab Invest*. 2005;65:615-22.
7. Roberts E, Morse R, Epstein S, Hotopf M, Leon D, Drummond C. The prevalence of wholly attributable alcohol conditions in the United Kingdom hospital system: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*. 2019;114(10):1726-37.
8. Akerlind I, Hörnquist JO. Loneliness and alcohol abuse: a review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine (1982)*. 1992;34:405-14.
9. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health ? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2014;8:WE01-4.
10. Lasgaard M, Friis K. Ensomhed i befolkningen: forekomst og metodiske overvejelser. 2015.
11. Cherpitel CJ. Alcohol-related injury and the emergency department: research and policy questions for the next decade. *Addiction*. 2006;101(9):1225-7.
12. Blow FC, Walton MA, Barry KL, Murray RL, Cunningham RM, Massey LS, et al. Alcohol and drug use among patients presenting to an inner-city emergency department: a latent class analysis. *Addict Behav*. 2011;36(8):793-800.
13. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*. 2005;24:143-55.
14. Link BGB, Phelan JJC. No Title. *Annual review of Sociology*. 2001;27:363-85.
15. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46:105-12.
16. Schomerus G, Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *EpidemiolPsichiatrSoc*. 2008;17:31-7.

17. Ronzani TM, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*. 2009;69:1080-4.
18. O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet*. 1996;347(8996):237-40.
19. Wallhed FS, Bakshi AS, Andreasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *SubstUseMisuse*. 2014;49:762-9.
20. Probst C, Manthey J, Martinez A, Rehm J. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *SubstAbuse TreatPrevPolicy*. 2015;10:32. doi:28-32.
21. McCormack RP, Hoffman LF, Norman M, Goldfrank LR, Norman EM. Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue Hospital: a qualitative study. *AnnEmergMed*. 2015;65:178-86.
22. McCoy TH, Castro VM, Cagan A, Roberson AM, Kohane IS, Perlis RH. No Title. *PLoS one*. 2015;10:e0136341.
23. Deng Y, Stoehr M, Denecke K. Retrieving Attitudes: Sentiment Analysis from Clinical Narratives.
24. Denecke K, Deng Y. Sentiment analysis in medical settings: New opportunities and challenges. *Artificial Intelligence In Medicine*. 2015;64:17-27.
25. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:2223-33.
26. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
27. Eliassen M, Becker U, Gronbaek M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. *Eur J Epidemiol*. 2014;29(1):15-26.
28. Flensburg-Madsen T, Mortensen ELELL, Knop J, Becker U, Sher L, Grønbaek M, et al. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *ComprPsychiatry*. 2009;50:307-14.
29. Flensburg-Madsen T, Becker U, Grønbaek M, Knop J, Sher L, Mortensen ELELL, et al. Alcohol consumption and later risk of hospitalization with psychiatric disorders: Prospective cohort study. *Psychiatry Res*. 2010;187:214-9.
30. Kruse M, Olsen KR, TOLSTRUP J, DAHL OCM. *Alkoholmisbrugere*. 2015.
31. Kjellberg J, Aavang Poulsen C. *Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug*. 2014.
32. Sundhedsdatastyrelsen. Status på alkoholområdet i sundhedssektoren 2021: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/alkoholstatistik/status_alkoholomraadet.pdf.

33. Pechansky F, Genro VK, Von DL, Kessler FH, da Silveira-Santos RA. References to alcohol consumption and alcoholism in medical records of a general hospital of Porto Alegre, Brazil--a comparison between samples with a 20 year gap. *SubstAbus.* 2004;25:29-34.
34. Schwarz A-S, Nielsen B, Nielsen AS. Changes in profile of patients seeking alcohol treatment and treatment outcomes following policy changes. *Journal of Public Health.* 2018;26(1):pp.
35. Becker U, Hansen ABG, Kloster S, Tolstrup JS. Alkoholbehandling i kommunerne. Statens Institut for Folkesundhed; 2012. Report No.: 8778992265.
36. Øllgaard IF, Elholm BS, Linde E, Nielsen AS. Kommunal alkoholbehandling 2018 – landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende. . København: Alkohol & Samfund; 2018.
37. Lee EJ. Effects of auriculotherapy on addiction: a systematic review. *J Addict Dis.* 2022;40(3):415-27.
38. Heather N. Developing, evaluating and implementing alcohol brief interventions in Europe. *Drug Alcohol Rev.* 2011;30:138-47.
39. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *BrJGenPract.* 2005;55:305-12.
40. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol.* 2006;41:328-35.
41. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *CochraneDatabaseSystRev.* 2007:CD004148.
42. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *CochraneDatabaseSystRev.* 2011:CD005191.
43. Landy MS, Davey CJ, Quintero D, Pecora A, McShane KE. A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. *J Subst Abuse Treat.* 2016;61:1-12.
44. Gargaritano KL, Murphy C, Auyeung AB, Doyle F. Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Brief Advice for Alcohol Intake in Hospital Inpatient and Emergency Settings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020;44(12):2386-400.
45. Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol.* 2007;42:593-603.
46. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke Alkohol. 2018.
47. Cowi/Decide. Afdækning af kvalitet i offentligt financeret ambulant alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsen; 2019.
48. Andersen K, Behrendt S, Bilberg R, Bogenschutz MP, Braun B, Buehringer G, et al. Evaluation of adding the Community Reinforcement Approach to Motivational Enhancement Therapy for Adults Aged 60 Years and Older with DSM-5 Alcohol Use Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Addiction.* 2019.
49. Mellentin AI, Ellermann AE, Nielsen B, Mejldal A, Möller S, Nielsen AS. The prognosis of out-patient alcohol treatment among parents with childcare responsibility. *BJPsych open.* 2018;4(6):471-7.

50. Mejdal A, Andersen K, Behrendt S, Bilberg R, Bogenschutz M, Braun-Michl B, et al. Stability of Post-Treatment Reductions in World Health Organization (WHO) Drinking Risk Levels and Post-Treatment Functioning in Older Adults with DSM-5 Alcohol Use Disorder: Secondary Data Analysis of the Elderly-Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021.
51. Tarp K, Bojesen AB, Mejdal A, Nielsen AS. Effectiveness of Optional Videoconferencing-Based Treatment of Alcohol Use Disorders: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2017;4(3):e38.
52. Nielsen AS, Nielsen B. Improving Outpatient Alcohol Treatment Systems: Integrating Focus on Motivation and Actuarial Matching. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2018;<https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1424592>.
53. Witkiewitz K, Heather N, Falk DE, Litten RZ, Hasin DS, Kranzler HR, et al. World Health Organization risk drinking level reductions are associated with improved functioning and are sustained among patients with mild, moderate and severe alcohol dependence in clinical trials in the United States and United Kingdom. *Addiction*. 2020;115(9):1668-80.
54. Witkiewitz K, Kirouac M, Roos CR, Wilson AD, Hallgren KA, Bravo AJ, et al. Abstinence and low risk drinking during treatment: Association with psychosocial functioning, alcohol use, and alcohol problems 3 years following treatment. *Psychol Addict Behav*. 2018;32(6):639-46.
55. Witkiewitz K, Kranzler HR, Hallgren KA, Hasin DS, Aldridge AP, Zarkin GA, et al. Stability of Drinking Reductions and Long-term Functioning Among Patients with Alcohol Use Disorder. *J Gen Intern Med*. 2021;36(2):404-12.
56. Nielsen AS, Nielsen B. Outreach visits improve referral of alcohol dependent patients from psychiatric hospital to continued care. A randomized trial. *Nordic journal of psychiatry*. 2018;72(4):303-10.
57. Nielsen AS, Becker U, Højgaard B, Lassen AB, Willeman M, Søgaard J, et al. ALKOHOLBEHANDLING - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006.
58. Sundhedsstyrelsen. Kvalitet i alkoholbehandling - et rådgivningsmateriale. 2008.
59. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for behandling af alkoholafhængighed [in Danish]. 2015, opdateret i 2018.
60. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Kliniske Retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse [in Danish]. 2016.
61. Sundhedsstyrelsen. Behandling af alkoholafhængighed. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
62. NICE. National Institute for Health & Clinical Excellence: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Clinical Practice Guideline 115. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. 2011.
63. Bjerrum L, Barfod S, Becker U, editors. Spørg til alkoholvaner - diagnostik og behandling af alkoholproblemer 2010; København: Sundhedsstyrelsen og DSAM.
64. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

65. Mikkelsen SST, J.; Becker, U. Evaluering af Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2014.

66. Øllgaard IF, Elholm BS, Linde E, Nielsen AS. Kommunal alkoholbehandling 2018 - Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende. Alkohol og Samfund; 2019.

67. Nielsen AS, Becker U. [Municipal alcohol treatment]. Ugeskr Læger. 2021;183(14).

71. EAR ACUPUNCTURE ACCORDING TO THE NADA (NATIONAL ACUPUNCTURE DETOXIFICATION ASSOCIATION)

[Ear Acupuncture according to the NADA \(National Acupuncture Detoxification Association\) - PMC \(nih.gov\)](#)

[Alcohol Use Disorders Identification Test \(AUDIT\) \(auditscreen.org\)](#)