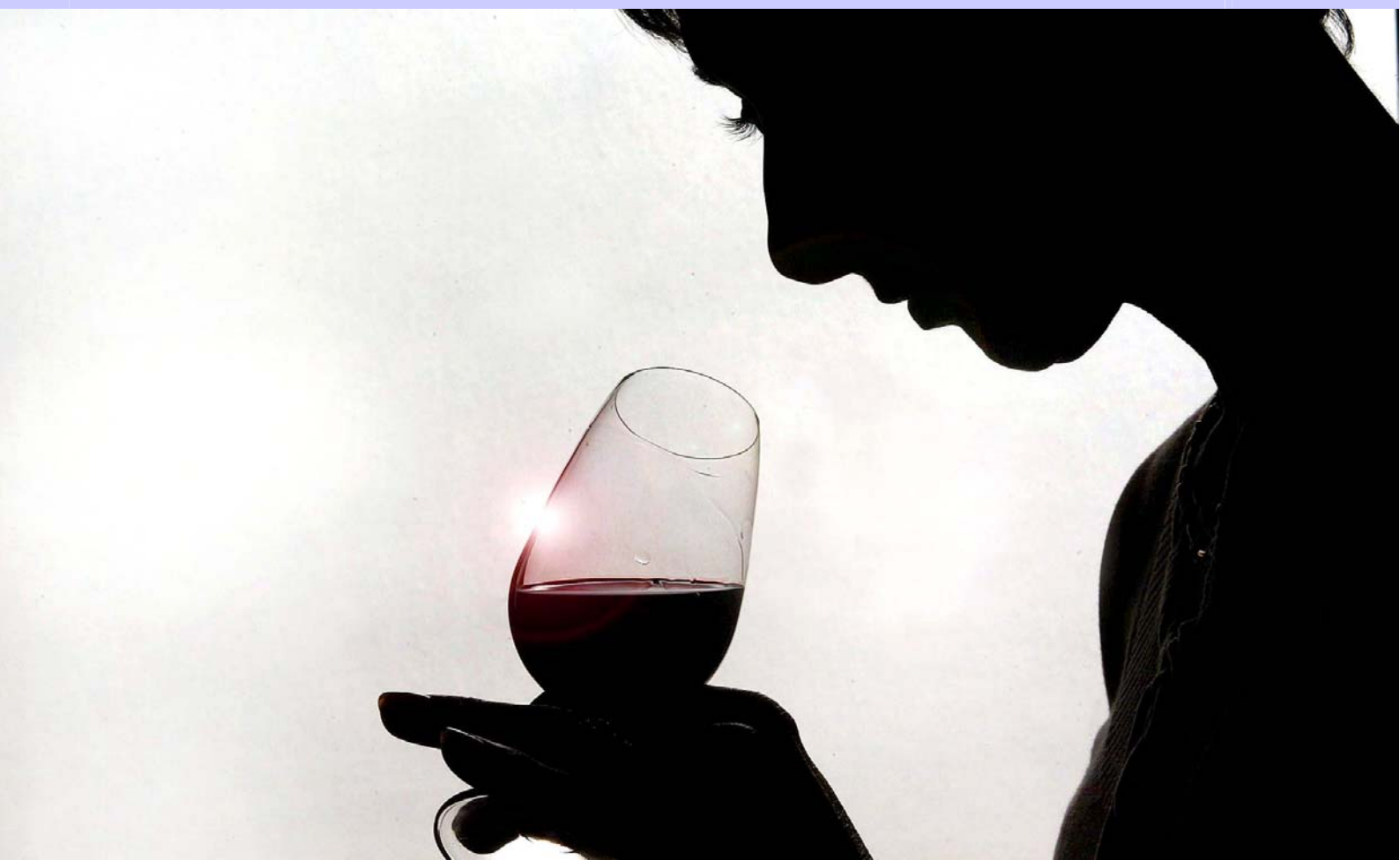


ALKOHOLFORBRUG I DANMARK

Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige

Ulla Arthur Hvidtfeldt, Anders Blædel Gottlieb Hansen,
Morten Grønbæk og Janne Schurmann Tolstrup



ALKOHOLFORBRUG I DANMARK

Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige

Ulla Arthur Hvidtfeldt, videnskabelig assistent, cand.scient.san.publ.

Anders Blædel Gottlieb Hansen, ph.d.-studerende, cand.techn.soc.

Morten Grønbæk, forskningschef, cand.med., ph.d., dr.med.

Janne Schurmann Tolstrup, seniorforsker, cand.scient., ph.d.

Dette notat er udarbejdet på Center for Alkoholforskning, Statens Institut for folkesundhed, Syddansk Universitet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet,
København, september, 2008.

Gengivelse af uddrag, herunder figurer er tilladt mod tydelig gengivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed.

Forsidefoto: Colourbox.

Lay-out: Ulla Arthur Hvidtfeldt, SIF

Rapporten kan rekvireres på: www.si-folkesundhed.dk

Sammenfatning

Man har skønnet, at der i Danmark er 500.000-600.000 alkoholstorforbrugere (personer, der drikker over genstandsgrænserne), 190.000 personer, der har et skadeligt forbrug og 160.000 personer, der er afhængige af alkohol. Antallet af storforbrugere er estimeret ud fra en dansk befolkningsundersøgelse, hvor deltagerne har svaret på spørgsmål om deres alkoholforbrug. Der er hidtil ikke taget højde for bortfald i disse beregninger, hvorfor det må anses for at være et yderst konservativt skøn. Antallet af personer med et skadeligt forbrug og afhængighed er estimeret udfra tal fra en amerikansk undersøgelse, men det er tvivlsomt, om amerikanske tal umiddelbart kan overføres til danske forhold. Der er derfor brug for en kvalificering af estimaterne for antallet af alkoholstorforbrugere, antallet af personer med et skadeligt forbrug og antallet af afhængige.

Viden om hvad der karakteriserer personer, som er alkoholafhængige, men som ikke er i kontakt med behandlingssystemet, er mangelfuld. Det er derfor ønskeligt at beskrive disse personer, for dermed at kunne målrette behandlingstilbud. Desuden vides der meget lidt om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi.

Ved at ekstrapolere tal fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY) 2005 til den danske befolkning og justere for bortfald finder vi, at antallet af storforbrugere er ca. 860.000, antallet af personer med et skadeligt alkoholforbrug er ca. 585.000, og antallet af alkoholafhængige er ca. 140.000. Der er metodiske vanskeligheder ved estimeringen, da der er tale om estimater af surrogat-mål for skadeligt forbrug og alkoholafhængighed.

Størstedelen af storforbrugere, personer med et skadeligt forbrug og alkoholafhængige findes blandt mænd. Andelen af storforbrugere og personer med et skadeligt forbrug, der er bosat i Region Hovedstaden er højere end i de andre regioner, mens andelen af afhængige er nogenlunde ens i Region Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Midtjylland, men noget lavere i Region Nordjylland. Relativt set har personer som er arbejdsløse oftere et skadeligt alkoholforbrug og er oftere afhængige sammenlignet med personer, som er i arbejde. Desuden er enlige, personer uden børn og rygere oftere storforbrugere, har oftere et skadeligt alkoholforbrug og er oftere afhængige sammenlignet med gifte, personer med børn og ikke-rygere.

Ifølge tidligere litteratur findes der ikke entydige og konsistente kriterier for hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi. Der er dog undergrupper, der synes at profitere bedre af det ene tilbud frem for det andet. Igennem interviews med tre centrale personer fra større danske ambulatorier og døgnbehandlingsinstitutioner, tegner der sig et billede af, at der i praksis ikke er problemer med at matche bestemte typer patienter til en bestemt type behandling. Ambulatorierne har således ikke problemer med hvilke kriterier, der skal gælde for visitation til behandling i døgnregi, og døgnbehandlingsstedet Ringgården oplever tilsvarende, at det er de rette patienter, der henvises.

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	1
2. KVANTIFICERING AF ALKOHOLSTORFORBRUGERE, PERSONER MED SKADELIGT FORBRUG SAMT ALKOHOLAFHÆNGIGE I DANMARK	3
2.1 INDLEDNING	3
2.2 METODER	3
SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSERNE (SUSY).....	3
THE ALCOHOL USE DISORDER TEST (AUDIT)	4
DEFINITION AF STORFORBRUG, SKADELIGT FORBRUG OG AFHÆNGIGHED	4
EKSTRAPOLATION TIL DEN DANSKE BEFOLKNING.....	6
JUSTERING FOR BORTFALD	6
2.3 RESULTATER	7
2.4 DISKUSSION	8
3. KARAKTERISTIKA VED ALKOHOLSTORFORBRUGERE, PERSONER MED SKADELIGT FORBRUG OG ALKOHOLAFHÆNGIGE	11
3.1 INDLEDNING	11
3.2 METODER	11
SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSERNE (SUSY).....	11
STATISTISK ANALYSE	11
3.3 RESULTATER	12
3.4 DISKUSSION	19
4. HVILKE AF DE ALKOHOLAFHÆNGIGE PATIENTER BØR BEHANDLES AMBULANT OG HVILKE BØR BEHANDLES I DØGNREGI?	20
4.1 INDLEDNING	20
4.2 METODE	20
4.3 RESULTATER: GENNEMGANG AF FORSKNINGEN	21
AMBULANT BEHANDLING	21
DØGNBEHANDLING	22
4.4 RESULTATER: INTERVIEW MED NØGLEPERSONER INDENFOR AMBULANT OG DØGNBEHANDLING...	23
HVILKE PATIENTER BØR BEHANDLES AMBULANT, OG HVILKE BØR BEHANDLES I DØGNREGI?	23
SPECIFIKKE ERFARINGER FRA EN KONKRET BEHANDLINGSKONTEKST	24
FORHOLDET MELLEM AMBULANT OG DØGNBEHANDLING	25
4.5 DISKUSSION	26
BILAG 1: DEFINITIONER AF SKADELIGT ALKOHOLFORBRUG OG AFHÆNGIGHED	28
BILAG 2: INTERVIEWGUIDE TIL ALKOHOLPROJEKT	29
5. REFERENCER	30

1. Introduktion

Befolkningsundersøgelser anslår, at 500.000-600.000 voksne danskere drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd) (Ekholm *et al.*, 2006). En stor del af disse såkaldte storforbrugere vil ikke selv opfatte deres alkoholforbrug som problematisk, selvom der er en helbredsmæssig risiko forbundet ved et alkoholforbrug af denne størrelsesorden. Dog er det langt fra alle storforbrugere, der har et såkaldt skadeligt forbrug eller er afhængige af alkohol (se bilag 1 for definitioner).

Grænsen mellem skadeligt alkoholforbrug og afhængighed er i praksis flydende, og derfor vanskelig at fastsætte. Alkoholstorforbrug kan beskrives som en dårlig og usund vane, der medfører øget risiko for en lang række sygdomme, mens alkoholafhængighed er en behandlingskrævende tilstand, som de færreste er i stand til at komme ud af ved egen hjælp.

Det er uvist hvor mange personer, der har et skadeligt alkoholforbrug eller er afhængige af alkohol i Danmark. I modsætning til alkoholstorforbrug, som alene defineres ud fra alkoholforbrugets størrelse, defineres et skadeligt alkoholforbrug og afhængighed ud fra en række parametre, der kræver en vurdering af en læge eller anden faguddannet person ved en personlig samtale (se bilag 1). Det er derfor ikke enkelt at estimere antallet af personer med et skadeligt forbrug eller afhængighed ud fra befolkningsundersøgelser (Knibbe *et al.*, 2006).

Man har skønnet, at der i Danmark er omkring 160.000 personer, der er afhængige af alkohol samt 190.000 personer, der har et skadeligt forbrug (Pedersen *et al.*, 2004). Dette skøn fremgår af officielt pjecemateriale og anden information, der udgår fra danske myndigheder. Disse tal er baseret på en amerikansk undersøgelse, hvor man interviewede personer fra en repræsentativ stikprøve, hvor 3,8% opfyldte DSM-IV kriterierne¹ for afhængighed (Grant *et al.*, 2004). Direkte overført til danske forhold giver dette et estimat på 160.000 alkoholafhængige i Danmark (3,8% af 4.260.307² ≈ 162.000). En sådan omregning er forbundet med væsentlig usikkerhed, da det er tvivlsomt om resultater fra en amerikansk undersøgelse umiddelbart kan overføres til danske forhold. Eksempelvis er der store kulturelle forskelle mellem USA og Danmark herunder forskelle i alkoholforbruget (6,5 vs. 11,3 liter ren alkohol om året per voksen indbygger). Der er derfor behov for en kvalificering af dette ofte benyttede skøn.

Personer, der er i behandling for alkoholafhængighed, er forholdsvis velkarakteriserede. Derimod ved man meget lidt om personer, der er alkoholafhængige, og som ikke er i kontakt med behandlingssystemet. Man ved med andre ord ikke, hvad der kendetegner denne persongruppe, og har dermed vanskeligt ved at målrette behandlingstilbud, så det bliver mere attraktivt at søge

¹ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. udgave, er udviklet i USA af the American Psychiatric Association. Kriterierne tilsvare WHO's ICD-10 kriterier.

² Antal danskere over 18 år, kilde: statistikbanken, Danmarks Statistik.

behandling (Nielsen *et al.*, 2006). Det er derfor ønskeligt at beskrive karakteristika ved alkoholafhængige udenfor behandlingssystemet og subsidiært at beskrive den aktuelle viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi.

Formålet med dette projekt falder således i tre dele:

1. At kvalificere det skøn, man anvender i forhold til antal storforbrugere, personer med et skadeligt forbrug samt alkoholafhængige i Danmark (Kapitel 2).
2. At beskrive karakteristika ved storforbrugere, personer med et skadeligt forbrug samt alkoholafhængige, der ikke er i kontakt med behandlingssystemet (Kapitel 3).
3. At gennemgå den aktuelle viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi (Kapitel 4).

2. Kvantificering af alkoholstorforbrugere, personer med skadeligt forbrug samt alkoholafhængige i Danmark

Resumé: Antallet af storforbrugere, personer med et skadeligt alkoholforbrug samt alkoholafhængige estimeres på baggrund af data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY) 2005, som er en repræsentativ befolkningsundersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed. SUSY-2005 indeholder information om alkoholvaner, herunder alkoholforbrugets størrelse, og en screeningstest for skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed (AUDIT). Ved at ekstrapolere tal fra SUSY-2005 til den danske befolkning og justere for bortfald estimeres det, at antallet af storforbrugere (personer, der drikker over genstandsgrænserne) er ca. 860.000; antallet af personer med et skadeligt alkoholforbrug er ca. 585.000; og antallet af alkoholafhængige er ca. 140.000 i den danske befolkning. Der er dog metodiske vanskeligheder ved estimeringen, som diskuteres. Især er det vigtigt at pointere, at der ikke findes danske prævalenstal for forekomst af skadeligt forbrug eller alkoholafhængighed baseret på opfyldelse af diagnostiske kriterier (ICD-10). Der er derfor tale om estimater af surrogat-mål for skadeligt forbrug og alkoholafhængighed, og disse tal må således tolkes varsomt.

2.1 Indledning

For at afdække behandlingsbehovet i Danmark er det nødvendigt at kvalificere det skøn man anvender i forhold til personer med et potentielt problematisk alkoholindtag. Formålet med dette afsnit er således at estimere antallet af storforbrugere, personer med et skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængige i Danmark. Beregningerne foretages på baggrund af data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne 2005 sammenholdt med Danmarks Statistiks oplysninger om befolkningsgrundlaget i samme år.

2.2 Metoder

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne (SUSY)

Statens Institut for Folkesundhed har i 1987, 1994, 2000 og 2005 udført spørgeskemaundersøgelser af den voksne danske befolkning. SUSY udgøres af nationalt repræsentative stikprøveundersøgelser af befolkningen, og indeholder et omfattende materiale af spørgsmål vedrørende danskernes sundhedstilstand og forhold af betydning herfor, herunder livsstil samt sociale og demografiske faktorer (Ekholm *et al.*, 2006). Desuden indeholdt SUSY-2005 detaljerede spørgsmål vedrørende alkoholvaner, herunder størrelsen af det ugentlige forbrug, samt en screeningstest til identifikation af personer med problematisk alkoholforbrug (AUDIT), og nærværende undersøgelse er derfor baseret på data herfra.

Data er indsamlet ved et personligt interview suppleret med et selvadministreret spørgeskema, der blev udleveret efter interviewet. Den selvadministrerede del forekom i to forskellige varianter, hvor AUDIT indgik i den ene af disse. Den samlede stikprøve i SUSY-2005

omfattede 21.832 danske statsborgere på 16 år eller derover, hvoraf 14.566 gennemførte det personlige interview (66,7%). Heraf besvarede 5.552 det selvadministrerede spørgeskema indeholdende AUDIT. Set i forhold til de 10.916 personer, der oprindeligt var udvalgt til at modtage dette spørgeskema, svarer de 5.552 besvarelser til en deltagelse på 50,9% (Ekholm *et al.*, 2006; Davidsen, 2007).

The Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)

The Alcohol Use Disorder Test (AUDIT) er et screeningsværktøj til selvudfyldelse, der er udviklet af WHO i slutningen af 1980'erne med henblik på identifikation af personer med et risikabelt eller skadeligt alkoholforbrug såvel som alkoholafhængighed til anvendelse indenfor almen praksis (Babor *et al.*, 2001; Saunders *et al.*, 1993). Testen er således oprindeligt udviklet til klinisk brug, men anvendes også regelmæssigt indenfor befolkningsundersøgelser til identifikation af risikogrupper (Selin, 2006).

AUDIT indeholder 10 spørgsmål om følgende tre elementer: Risikabelt alkoholforbrug, skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed (**Table 1**). Et *risikabelt* alkoholforbrug er karakteriseret ved et problematisk forbrugsmønster, dog uden at der er tale om massive problemer eller afhængighed, mens *skadeligt* alkoholforbrug henviser til et forbrug, der medfører negative fysiske og psykiske helbredskonsekvenser. *Alkoholafhængighed* er en samlet betegnelse for adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske konsekvenser af et længerevarende forbrug, herunder nedsat kontrol over alkoholforbruget, øget tolerance og abstinensreaktioner (Babor *et al.*, 2001). Svarkategorierne indenfor de 10 AUDIT spørgsmål tildes point fra 0 til 4, og ud fra den samlede score (maksimalt 40), kan personer med et potentielt problematisk alkoholforbrug identificeres (Selin, 2006).

Definition af storforbrug, skadeligt forbrug og afhængighed

Storforbrugere er defineret på baggrund af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser på >14/21 genstande per uge for henholdsvis kvinder og mænd (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Som nævnt var det oprindelige formål med AUDIT at identificere personer med et potentielt problematisk alkoholforbrug til videre udredning (Saunders *et al.*, 1993). I denne forbindelse betegnes en person med en AUDIT-score på 0-7 som en person uden problemer med alkohol, mens en person med en score på 8 eller derover har indikation for potentielle alkoholproblemer (Selin, 2006; Conigrave *et al.*, 1995).

Tabel 1

Indhold af The Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)*Alkoholindtag*

1. Hvor tit drikker De noget, der indeholder alkohol?
2. Hvor mange genstande drikker De almindeligvis, når De drikker noget?
3. Hvor tit drikker De fem genstande eller flere ved samme lejlighed?

Alkoholafhængighed

4. Har de indenfor det seneste år oplevet, at De ikke kunne stoppe, når De først var begyndt at drikke?
5. Har de indenfor det seneste år oplevet, at De ikke kunne gøre det De skulle, fordi De havde drukket?
6. Har de indenfor det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter at De havde drukket meget dagen før?

Skadeligt alkoholforbrug

7. Har De inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter De havde drukket?
8. Har De inden for det seneste år oplevet, at De ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi De havde drukket?
9. Er De selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi De havde drukket?
10. Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over Deres alkoholvaner eller foreslået Dem at skære ned?

Note: Spørgsmål 1 vedrørende hyppighed af indtag har følgende mulige svar: 0=Aldrig; 1=Højest én gang om måneden; 2=2-4 gange om måneden; 3=2-3 gange om ugen; 4=4 gange om ugen eller oftere. Spørgsmål 2 vedrørende mængde af indtag har følgende mulige svar: 0=1-2; 1=3-4; 2=5-6; 3=7-9; 4=10 eller flere genstande. Spørgsmål 3-8 vedrørende hyppighed ("hvor ofte...") har fem mulige svar: 0=Aldrig; 1=Sjældent; 2=Månedligt; 3=Ugentligt; 4=Dagligt eller næsten dagligt. Spørgsmål 9-10 har svarmulighederne: 0=Nej; 2=Ja, men ikke inden for det seneste år; 4=Ja, inden for det seneste år.

AUDIT er også i flere sammenhænge anvendt til at screene for skadeligt alkoholforbrug og afhængighed i befolkningsundersøgelser, hvor forskellige cut-points er anvendt (Selin, 2006; Babor *et al.*, 2001; Nilssen *et al.*, 2005; Fleming, 1996; Giang *et al.*, 2008; Holmila, 1995; Medina-Mora *et al.*, 1998). Der findes på nuværende tidspunkt intet dansk valideringsstudie af AUDIT, og da forskellige lande har forskellig alkoholkultur er det problematisk umiddelbart at overføre resultater (Knibbe *et al.*, 2006). I Danmark vil mange fx score højt på AUDITs tre første spørgsmål, der drejer sig om hvor ofte og hvor meget alkohol man typisk drikker, da der er en meget liberal alkoholkultur i Danmark, uden at det indikerer, at man nødvendigvis har et skadeligt forbrug eller er afhængig. Disse tre spørgsmål vil derfor veje tungt i den samlede AUDIT score, og ved et cut-point på fx 8 vil specificiteten for skadeligt alkoholforbrug og afhængighed være meget lav og således medføre et stort antal falsk positive. Dette cut-point egner sig derfor ikke til estimering af prævalenser af skadeligt alkoholforbrug eller afhængighed i en dansk befolkning. Flere studier har dog vist, at den samlede AUDIT-score kan være indikativ for alkoholafhængighed, men der foreligger ingen standard for ved hvilken score, der kan skelnes (Donovan *et al.*, 2006; Gache *et al.*, 2005). Som hovedregel gælder det, at jo højere scoren er, jo større er sandsynligheden for et skadeligt alkoholforbrug eller afhængighed (dvs. jo bedre specificitet). Omvendt vil et stigende cut-point

være forbundet med faldende sensitivitet, dvs. flere falsk negative. For eksempel nævnes det af forskerne bag AUDIT, at en score på 20 eller derover tydeligt indikerer alkoholfafhængighed (Babor *et al.*, 2001), denne grænse vil dog medføre en betydelig underestimering (Reinert & Allen, 2007).

I stedet for at fokusere på den samlede AUDIT score kan en anden og mere hensigtsmæssig tilgang være at fokusere på, hvilke specifikke spørgsmål svarpersonerne scorer højt på, som også foreslået af forskerne bag AUDIT (Babor *et al.*, 2001). Således vil fx point indenfor spørgsmål om abstinens (spørgsmål 6) og oplevelsen af ikke at kunne stoppe med at drikke (spørgsmål 4) indikere afhængighed (Babor *et al.*, 2001). Denne fremgangsmåde er valgt i nærværende undersøgelse. Med udgangspunkt i spørgsmål 7-10 (jf. Tabel 1) kan et skadeligt forbrug identificeres, mens alkoholfafhængighed defineres ud fra spørgsmål 4-6 (Babor *et al.*, 2001). For begge grupper er en score på fire eller derover valgt som cut-point for henholdsvis skadeligt alkoholforbrug og afhængighed, som foreslået af flere tidligere studier (Nilssen *et al.*, 2005; Fleming, 1996).

For afhængighed beregnes desuden i en ekstra analyse antallet på baggrund af den samlede AUDIT score på 20 eller derover. Dette antal anses for at være det absolut minimale antal afhængige i Danmark.

Ekstrapolation til den danske befolkning

De beregnede procenter for henholdsvis alkoholstorforbrugere, personer med et skadeligt alkoholforbrug samt alkoholfafhængige i SUSY-2005 populationen kan direkte omsættes til antal i den voksne danske befolkning over 16 år, hvor befolkningsgrundlaget 1. januar 2005 udgjorde 4.328.449 personer. Der foretages ekstrapolering indenfor aldersgrupper (16-24 år, 25-44 år, 45-64 år og 65+ år) for at tage højde for aldersfordelingen i befolkningen.

Justering for bortfald

Det er velkendt at prævalensen af personer med mere usund livsstil og dårligere helbred er højere blandt ikke-deltagere end blandt deltagere. Således må det forventes, at andelen af personer, der ikke deltog i SUSY-2005, blandt andet adskiller sig med hensyn til alkoholforbrug. Dette fremgår klart af det beregnede gennemsnitlige alkoholforbrug, der i SUSY-2005 er på henholdsvis 10,1 liter/år for mænd og 4,8 liter/år for kvinder, mens det gennemsnitlige alkoholforbrug i den generelle danske befolkning er ud fra salgsstatistik anslået til 12,8 liter ren alkohol om året (Danmarks Statistik, 2006). Forskelle mellem deltagere i SUSY-2005 og den generelle befolkning svækker resultaternes generaliserbarhed og vil medføre en underestimering af det reelle antal af henholdsvis storforbrugere, personer med skadeligt alkoholforbrug samt alkoholfafhængige. Disse tal er derfor justeret for bortfald. Justeringen er foretaget ved hjælp af data fra Landspatient-

registeret, hvor alkoholrelaterede diagnoser sammenlignes deltagere og ikke-deltagere. Det estimerede antal er således vægtet i forhold til den relative forskel i forekomsten mellem de to grupper af henholdsvis deltagere og ikke-deltagere. Estimatet af antallet af storforbrugere og personer med et skadeligt forbrug er justeret på baggrund af ICD-10 diagnoserne for alkoholisk leversygdom (inkl. esofagusvaricer, primær levertumor, ascites og alkoholisk pankreatitis) mens estimatet for afhængighed er justeret på baggrund af ICD-10 diagnosen for alkoholisme.

2.3 Resultater

Blandt deltagerne i SUSY-2005 kan 10,8 % af kvinderne og 17,9 % af mændene klassificeres som storforbrugere, 4,4 % af kvinderne og 12,2 % af mændene som personer med skadeligt forbrug og 1,0 % af kvinderne og 2,6 % af mændene kan karakteriseres som alkoholafhængige (**Tabel 2**).

Som nævnt ovenfor justeres estimerne for bortfaldet i undersøgelsen. Incidensen af alkoholisk leversygdom blandt deltagere i SUSY-2005 var 1,5 pr. 1.000, mens incidensen blandt ikke-deltagere var 3,3 pr. 1.000. Ekstrapolationen til den danske befolkning giver et estimat på cirka 860.000 alkoholstorforbrugere, når der tages højde herfor. Estimatet af personer med skadeligt alkoholforbrug er ligeledes justeret herfor, hvilket giver cirka 585.000 personer. Estimatet af alkoholafhængige er justeret for incidensforskelle i alkoholisme blandt deltagere og ikke-deltagere, som udgjorde henholdsvis 8,8 per 1.000 og 21,8 per 1.000. Dette giver et ekstrapoleret estimat på cirka 140.000.

Antallet af alkoholafhængige er ligeledes estimeret på baggrund af en AUDIT-score på 20 eller derover. Blandt SUSY-2005 deltagere opfyldte 0,4 procent af kvinderne og 1,7 procent af mændene dette kriterium. Ekstrapoleret til den danske befolkning og justeret for bortfald giver dette et estimat på 87.871. Dette anses for at være et estimat af det absolut minimale antal afhængige i Danmark.

Tabel 2

Kvantificering af alkoholstorforbrugere, personer med skadeligt forbrug samt afhængige på baggrund af data fra SUSY-2005

Antal storforbrugere*				
	% ¹	(n)	Befolkning	Estimat
Mænd	17,9	(1263)	2.122.222	379.877
Kvinder	10,8	(814)	2.206.227	238.273
Samlet				614.609 [§]
Justeret (95% sikkerhedsinterval)				858.704 (661.062-1.207.265) [§]
Afrundet (95% sikkerhedsinterval)				860.000(660.000-1.210.000)
Antal personer med skadeligt alkoholindtag [†]				
	% ²	(n)	Befolkning	Estimat
Mænd	12,2	(311)	2.122.222	258.911
Kvinder	4,4	(132)	2.206.227	97.073
Samlet				389.729 [§]
Justeret (95% sikkerhedsinterval)				585.391 (401.056-879.246) [§]
Afrundet (95% sikkerhedsinterval)				585.000 (400.000-880.000)
Antal alkoholafhængige [‡]				
	% ²	(n)	Befolkning DK	Estimat
Mænd	2,6	(68)	2.122.222	55.178
Kvinder	1,0	(29)	2.206.227	21.400
Samlet				80.080 [§]
Justeret (95% sikkerhedsinterval)				141.097 (110.549-176.196) [§]
Afrundet (95% sikkerhedsinterval)				140.000 (110.000-180.000)

*Defineret som >14/21 genstande pr. uge for hhv. kvinder og mænd

[†]Defineret som AUDIT-score 4+ på spørgsmål 7-10

[‡]Defineret som AUDIT-score 4+ på spørgsmål 4-6

[§]Aldersstandardiseret

¹Andel blandt hele SUSY-2005 populationen

²Andel blandt stikprøve 2 populationen i SUSY-2005

2.4 Diskussion

Beregningerne af antallet af storforbrugere, personer med skadeligt forbrug samt alkoholafhængige i denne undersøgelse viser, at cirka 860.000 personer kan karakteriseres som alkoholstorforbrugere, hvilket er betydeligt flere end de 500.000-600.000, man har skønnet ud fra tidligere undersøgelser. Estimatet af personer med et skadeligt forbrug på cirka 585.000 overstiger ligeledes det antal på cirka 190.000, som hidtil er skønnet. Derudover tyder beregningerne på, at op mod 140.000 voksne danskere kan klassificeres som alkoholafhængige, hvilket stemmer overens med det hidtil estimerede antal på 160.000 alkoholafhængige (Pedersen *et al.*, 2004). Det skal bemærkes at grupperne af storforbrugere, personer med skadeligt forbrug samt afhængige ikke er gensidigt udelukkende, således kan samme person fx optræde både som storforbruger og skadelig forbruger.

Da det oprindelige formål med AUDIT var at identificere personer med et problematisk alkoholforbrug, og ikke at udvikle et instrument til diagnosticering af afhængighed, kan der stilles spørgsmål ved, om det er hensigtsmæssigt at anvende AUDIT som indikator for afhængighed, samt om det er hensigtsmæssigt at anvende AUDIT til at anslå prævalensestimater i den generelle befolkning (Knibbe *et al.*, 2006). Derfor bør de estimerede antal anvendes med forsigtighed. Man bør blandt andet være opmærksom på, at der er en væsentlig forskel på at identificere respondenter i en befolkningsundersøgelse, hvor standardiserede metoder er påkrævet, i forhold til at anvende AUDIT som screeningsinstrument i en behandlingskontekst, hvor en personlig samtale muliggør afklaring af tvivlsspørgsmål (Ivis *et al.*, 2000; Knibbe *et al.*, 2006). En mere nøjagtig beregning af antallet af personer med et skadeligt forbrug og afhængighed kræver diagnostik via en samtale indenfor et repræsentativt udsnit af befolkningen. Der kan endvidere opstå usikkerhed på estimerne gennem valget af AUDIT som screeningsværktøj, idet der kan være forskel på, hvorledes spørgsmålene fortolkes mellem kulturer og ikke mindst mellem forskellige undergrupper i befolkningen (Knibbe *et al.*, 2006; Kypri *et al.*, 2002). Som tidligere nævnt eksisterer der ikke et dansk valideringsstudie af metoden, og det kan ikke udelukkes, at AUDIT er uegnet i en dansk kontekst, set i lyset af at den danske alkoholkultur adskiller sig betydeligt fra andre landes (Knibbe *et al.*, 2006).

Yderligere fandt en undersøgelse fra New Zealand af yngres opfattelse af de enkelte AUDIT-spørgsmål, at unge tolker spørgsmålene anderledes end ældre (Kypri *et al.*, 2002). Eksempelvis indeholder spørgsmål 9 ("*Er De selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi De havde drukket?*") ikke en angivet grad for hvilke ulykker, der skal medregnes, hvilket kan skabe forskelle mellem yngre og ældre. Dette kan medføre en lavere specificitet indenfor yngre aldersgrupper, idet yngre kan klassificeres som havende et skadeligt forbrug ud fra AUDIT uden egentlig at leve op til ICD-10 kriterierne herfor (Fleming *et al.*, 1991). I SUSY-2005 har 33% af de yngre, der er klassificeret som havende et skadeligt forbrug, svaret "*indenfor det seneste år*" på dette spørgsmål, hvilket er tilstrækkeligt til at blive klassificeret som en person med et skadeligt alkoholforbrug. Til sammenligning gælder dette kun 6% af de ældre med et skadeligt forbrug. Næsten en tredjedel af de 16-24-årige deltagere falder indenfor denne kategori, hvilket kan være et overestimat - et forhold, der kan betyde, at vores valg af cut-points, samt det forhold at vi anvender enkelte spørgsmål fra AUDIT, kan være et problem (Kypri *et al.*, 2002). I et tidligere dansk studie, der validerer CAGE³-spørgeskemaet pointeres det endvidere, at spørgsmål, der indeholder sætningen "*...har De nogensinde...*" (jf. spørgsmål 9), ofte vil medføre falsk-positive

³ CAGE er en forkortelse for de 4 centrale ord i de 4 spørgsmål testen indeholder: 1) Have you ever felt you should cut down on your drinking? 2) Have people annoyed you by criticising your drinking? 3) Have you ever felt bad or guilty about your drinking? 4) Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (eye-opener)?

resultater af testen set i lyset af den danske alkoholkultur. Studiet foreslår at *"nogensinde"* erstattes med *"indenfor det seneste år"* i denne kontekst (Zierau *et al.*, 2005).

Det taler for AUDITs validitet, at indtil flere studier har anvendt metoden til at anslå prævalens-estimer i den generelle befolkning (Giang *et al.*, 2008; Shevlin & Smith, 2007; Fleming, 1996; Medina-Mora *et al.*, 1998; Holmila, 1995). Herudover er der godt belæg i forskningen for at anvende den tredelte model af AUDIT, som anvendes i nærværende studie (Shevlin & Smith, 2007; Nilssen *et al.*, 2005; Fleming, 1996). I en omfattende gennemgang af screeningsinstrumenter til brug i almen praksis konkluderes det, at AUDIT er bedst egnet til at screene for mindre alvorlige alkoholproblemer, såsom storforbrug og skadeligt alkoholforbrug, mens studiet fandt, at CAGE-testen er mere præcis i forhold til screening af afhængighed (Fiellin *et al.*, 2000). Andre studier kan dog ikke bekræfte dette, idet Gache m.fl. henviser til tre studier, der viser, at AUDIT er bedre til at screene for afhængighed end fx CAGE eller MAST⁴ (Gache *et al.*, 2005).

⁴ The Michigan Alcohol Screening Test

3. Karakteristika ved alkoholstorforbrugere, personer med skadeligt forbrug og alkoholafhængige

Resumé: Størstedelen af storforbrugere, personer med et skadeligt forbrug og alkoholafhængige findes blandt mænd. Andelen af storforbrugere og personer med et skadeligt forbrug, der er bosat i Region Hovedstaden, er højere end i de andre regioner, mens andelen af afhængige er nogenlunde ens i Region Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Midtjylland, men noget lavere i Region Nordjylland. Relativt set har personer, som er arbejdsløse, oftere et skadeligt alkoholforbrug eller er oftere afhængige end personer, som er i arbejde. Desuden er enlige, personer uden børn og rygere oftere storforbrugere, har oftere et skadeligt alkoholforbrug eller er oftere afhængige sammenlignet med gifte, personer med børn og ikke-rygere.

3.1 Indledning

Formålet med dette afsnit er at beskrive karakteristika ved storforbrugere, personer med et skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængige, der ikke er i kontakt med behandlingssystemet.

3.2 Metoder

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne (SUSY)

Beregningerne i dette kapitel er ligeledes baseret på data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne 2005 (Ekholm *et al.*, 2006). Metode til indsamling af data og deltagelsesprocent er beskrevet i foregående kapitel.

I dette kapitel anvendes samme definitioner af alkoholstorforbrugere, personer med skadeligt forbrug samt afhængige som i det foregående kapitel. Alkoholstorforbrugere er således defineret på baggrund af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser på >14/21 genstande per uge for henholdsvis kvinder og mænd (Sundhedsstyrelsen, 2005). Som beskrevet i kapitel 2 kan personer med et skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængige identificeres på baggrund af AUDIT (Babor *et al.*, 2001; Saunders *et al.*, 1993). Svarkategorierne indenfor de ti AUDIT spørgsmål tildeles point fra 0 til 4 (jf. Tabel 1). I nærværende undersøgelse fokuseres der på, hvilke specifikke spørgsmål svarpersonerne scorer højt på (Babor *et al.*, 2001), hvor en score på fire eller derover i spørgsmål 7-10 indikerer skadeligt forbrug, mens en score på fire eller derover på spørgsmål 4-6 indikerer afhængighed (Nilssen *et al.*, 2005; Fleming, 1996).

Statistisk analyse

På baggrund af data fra SUSY-2005 beskrives fordelingen af storforbrugere, personer med et potentielt skadeligt alkoholforbrug samt alkoholafhængige i forhold til demografiske og sociale faktorer. Indledningsvis præsenteres fordelinger i forhold til følgende faktorer: Køn, alder, region,

skoleuddannelse, husstandsindkomst, arbejdssituation, samlivsstatus, børn og rygestatus (**Tabel 3**). Tallene angiver andelen i den voksne befolkning med den pågældende faktor. Således indikerer tallet 66,0 ud for arbejde i kolonnen med storforbrugere, at 66,0 procent af voksne alkoholstorforbrugere er i arbejde.

Herefter præsenteres andele af storforbrugere, personer med et potentielt skadeligt alkoholforbrug samt alkoholafhængige i forhold til baggrundsfaktorerne ('%' i **Tabel 4, 5 og 6**) og dernæst følger justerede logistiske regressionsanalyser af forekomsten af de forskellige faktorer med de tre alkoholgrupper som udfald ('OR' i **Tabel 4, 5 og 6**). Baggrunden for justerede analyser er, at fordelingen af en faktor – fx alder – kan være meget forskellig indenfor kategorier af en anden faktor – fx husstandsindkomst – hvilket vanskeliggør sammenligninger af andele indenfor de forskellige kategorier. I denne type analyser rapporteres en odds ratio (OR), der beskriver forskellen (odds) mellem enkelte grupper, når der tages højde for betydningen af de øvrige faktorer. For hver faktor angiver OR'en den relative forskel mellem den aktuelle gruppe (fx mænd) i forhold til en referencegruppe (kvinder). For regionerne måles forskellen mellem den aktuelle region og et landsgennemsnit, der således er referencen. Odds ratioen skal fortolkes således, at en værdi, der er større end 1, indikerer en højere forekomst af udfaldet (fx storforbrug) i denne gruppe sammenlignet med referencegruppen, mens en værdi på mindre end 1 angiver en lavere forekomst sammenlignet med referencen. Således indikerer en OR på 1,78 for storforbrug blandt mænd (**Tabel 4**), at der er 78% flere storforbrugere blandt mænd sammenlignet med kvinder.

3.3 Resultater

I **Tabel 3** ses karakteristika ved deltagere i SUSY-2005, der er alkoholstorforbrugere, personer med et skadeligt forbrug og/eller alkoholafhængige. Den første kolonne angiver fordelingen af personer i SUSY-2005 på de forskellige demografiske og sociale faktorer.

Tabel 3

Karakteristika ved storforbrugere, personer med skadeligt forbrug samt alkoholafhængige (hvert kolonneafsnit summerer til 100%)

		SUSY-2005	Storforbrugere*	Skadelige†	Afhængige‡
<i>Køn</i>	Mænd	49,7	61,8	71,2	71,9
	Kvinder	50,3	38,2	28,8	28,1
<i>Alder, mænd</i>	16-24 år	6,3	5,7	13,7	7,0
	25-44 år	36,1	38,2	38,2	35,3
	45-64 år	38,0	36,6	39,0	46,5
	65 + år	19,6	19,5	9,2	11,2
<i>Alder, kvinder</i>	16-24 år	7,2	7,2	26,4	3,8
	25-44 år	36,9	37,2	35,3	31,3
	45-64 år	36,8	35,4	32,7	37,7
	65 + år	20,0	20,2	5,6	16,0
<i>Region</i>	Hovedstaden	29,5	28,8	40,6	35,1
	Sjælland	14,2	14,0	12,0	14,4
	Syddanmark	23,4	24,0	21,5	23,6
	Midtjylland	22,3	22,3	19,5	24,9
	Nordjylland	10,7	10,9	6,5	2,2
<i>Uddannelse</i>	Skoleelev	0,9	0,8	2,0	0,0
	<13 år	41,2	41,2	33,0	42,2
	13+ år	57,3	57,4	64,3	57,8
<i>Husstandsindk</i>	<300.000/år	33,2	33,5	33,6	47,0
	3-599.000/år	39,7	39,8	37,0	32,9
	600.000+/år	27,1	26,7	29,4	20,1
<i>Arbejde</i>	Nej	34,0	34,0	30,9	37,2
	Ja	66,0	66,0	69,1	62,8
<i>Samliv</i>	Enlig (ugift)	14,3	13,6	29,4	31,8
	Enlig (tidl.gift)	13,2	13,4	11,8	22,7
	Samlevende	15,7	16,0	18,6	8,5
	Gift	56,9	56,9	40,2	37,0
<i>Børn <15 år</i>	Ingen børn	69,7	68,0	76,1	88,8
	1+ børn	30,3	32,0	23,9	11,2
<i>Rygestatus</i>	Ja	38,5	34,3	53,8	69,1
	Tidl. røget	25,4	25,3	18,3	13,0
	Aldrig	36,1	40,4	27,9	17,9

*Defineret som >14/21 genstande pr. uge for hhv. kvinder og mænd

†Defineret som AUDIT-score 4+ på spørgsmål 7-10

‡Defineret som AUDIT-score 4+ på spørgsmål 4-6

I **Tablet 4** ses de justerede OR for alkoholstorforbrug. Af de fuldt justerede analyser fremgår det, at mænd i højere grad end kvinder er storforbrugere (OR=1,70; 95% C.I. 1,53-1,89) samt at forekomsten er lavere blandt yngre (25-44 år) sammenlignet med ældre (65+ år) (OR=0,77; 95% C.I. 0,62-0,95). Analysen viser endvidere, at Region Hovedstaden ligger over landsgennemsnittet (OR=1,18; 95% C.I. 1,08-1,28), mens Region Syddanmark ligger en smule under landsgennemsnittet (OR=0,83; 95% C.I. 0,75-0,92). I grupper af personer med lavere uddannelsesniveau (<13 år) samt personer med lavere husstandsindkomst ses en mindre forekomst af storforbrugere end hos personer med henholdsvis længere uddannelse og højere husstandsindkomst (≥ 600.000 kr/år). Det fremgår endvidere, at samlivsstatus og børn er associeret med storforbrug, idet ugifte har højere forekomst end gifte, og personer uden børn har højere forekomst end personer med børn. Blandt nuværende og tidligere rygere ses ligeledes en højere forekomst sammenlignet med aldrig-rygere.

Tabel 4

Sociale og demografiske faktorerens betydning for alkoholstorforbrug*

		Andel stor- forbrugere	Justeret for køn og alder		Justeret for samtlige faktorer	
		%	OR	95% C.I.	OR	95% C.I.
<i>Køn</i>	Mænd	18,2	1,78	(1,61-1,97) [‡]	1,70	(1,53-1,89) [‡]
	Kvinder	11,1	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Alder</i>	16-24 år	17,8	1,32	(1,07-1,62) [†]	1,11	(0,85-1,45)
	25-44 år	10,7	0,71	(0,62-0,83) [‡]	0,77	(0,62-0,95) [†]
	45-64 år	17,9	1,30	(1,14-1,49) [‡]	1,16	(0,98-1,38)
	65 + år	14,3	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Region[§]</i>	Hovedstaden	16,8	1,24	(1,13-1,35) [‡]	1,18	(1,08-1,28) [‡]
	Sjælland	15,6	1,07	(0,95-1,20)	1,05	(0,94-1,18)
	Syddanmark	12,2	0,82	(0,74-0,91) [‡]	0,83	(0,75-0,92) [‡]
	Midtjylland	14,5	1,02	(0,92-1,12)	1,03	(0,93-1,14)
	Nordjylland	13,4	0,91	(0,80-1,04)	0,94	(0,82-1,08)
<i>Uddannelse</i>	Skoleelev	20,4	1,22	(0,75-1,99)	1,29	(0,79-2,12)
	<13 år	14,7	0,88	(0,79-0,98) [†]	0,86	(0,77-0,96) [†]
	13+ år	14,6	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Husstandsindkomst</i>	<300.000/år	14,0	0,91	(0,79-1,04)	0,75	(0,63-0,89) [‡]
	3-599.000/år	14,3	0,91	(0,80-1,03)	0,86	(0,75-0,98) [†]
	600.000+/år	15,9	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Arbejde</i>	Nej	14,8	1,02	(0,90-1,17)	1,02	(0,87-1,17)
	Ja	14,5	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Samliv</i>	Enlig (ugift)	18,3	1,49	(1,27-1,75) [‡]	1,28	(1,06-1,54) [†]
	Enlig (tidl.gift)	13,1	0,95	(0,81-1,12)	0,92	(0,77-1,09)
	Samlevende	12,9	1,06	(0,91-1,24)	0,95	(0,81-1,12)
	Gift	14,5	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Børn <15 år</i>	Ingen børn	16,8	1,65	(1,44-1,90) [‡]	1,63	(1,40-1,89) [‡]
	1+ børn	9,7	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Ryger</i>	Ja	18,9	1,94	(1,73-2,19) [‡]	1,99	(1,77-2,25) [‡]
	Tidligere røget	15,1	1,42	(1,24-1,63) [‡]	1,43	(1,25-1,65) [‡]
	Aldrig	10,3	1,00	(reference)	1,00	(reference)

* Defineret ud fra Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser på >14/21 for hhv. kvinder og mænd

§ Sammenlignet med landsgennemsnittet

† P < 0,05

‡ P < 0,001

Tabel 5 viser karakteristika ved personer med et skadeligt alkoholforbrug. Af denne tabel ses det, at mænd i betydeligt højere grad rapporterer et skadeligt alkoholforbrug sammenlignet med kvinder (OR=3,74; 95% C.I. 2,94-4,76). Alder er ligeledes en væsentlig faktor, idet andelen af personer med et skadeligt forbrug falder med stigende alder. Således har den yngste gruppe (16-24 år) en markant større andel af personer med skadeligt alkoholforbrug sammenlignet med de ældste (OR=10,36; 95% C.I. 5.83-18.41). En større andel af personer med skadeligt alkoholforbrug ses desuden indenfor Region Hovedstaden sammenlignet med et landsgennemsnit, mens Region Nordjylland har en betydelig mindre andel.

Der ses endvidere en tydelig sammenhæng mellem de socioøkonomiske faktorer som skoleuddannelse, husstandsindkomst og arbejdssituation, idet der både blandt lavere uddannede personer (<13 år) og personer med lavere husstandsindkomst findes en mindre andel af personer med et skadeligt forbrug sammenlignet med henholdsvis højere uddannede personer (13+ år) og personer med højere husstandsindkomst. Derimod er andelen større for arbejdsløse sammenlignet med personer, der er i arbejde (OR=1,48; 95% C.I. 1.11-1,96).

Endvidere fremgår det af tabellen, at faktorer som samlivsstatus og børn er af betydning for skadeligt alkoholforbrug, idet især grupperne af enlige og ugifte har en markant større andel af personer med et skadeligt forbrug sammenlignet med gifte, mens personer med børn ligeledes har en mindre andel sammenlignet med personer uden børn. Analysen viser ligeledes, at andelen af personer med et skadeligt alkoholforbrug er større blandt nuværende - og tidligere rygere sammenlignet med aldrig-rygere.

Et nogenlunde tilsvarende billede gør sig gældende i analyserne af betydningen af demografiske og sociale faktorer for alkoholafhængighed (**Tabel 6**). Dog er andelen af afhængige nogenlunde ens i Region Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Midtjylland, men noget lavere i Region Nordjylland.

Tabel 5

Sociale og demografiske faktorerens betydning for skadeligt forbrug*

		Andel skadelige	Justeret for køn og alder		Justeret for samtlige faktorer	
		%	OR	95% C.I.	OR	95% C.I.
<i>Køn</i>	Mænd	12,0	3,34	(2,65-4,20) [‡]	3,74	(2,94-4,76) [‡]
	Kvinder	4,4	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Alder</i>	16-24 år	23,4	11,24	(3,22-6,20) [‡]	10,36	(5,83-18,41) [‡]
	25-44 år	8,4	2,84	(0,89-1,43) [‡]	3,54	(2,13-5,87) [‡]
	45-64 år	7,6	2,52	(1,71-3,72) [‡]	2,98	(1,91-4,64) [‡]
	65 + år	3,3	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Region[§]</i>	Hovedstaden	10,4	1,56	(1,31-1,85) [‡]	1,46	(1,21-1,77) [‡]
	Sjælland	6,6	1,01	(0,79-1,28)	0,91	(0,70-1,19)
	Syddanmark	7,9	1,07	(0,87-1,31)	1,13	(0,91-1,41)
	Midtjylland	6,9	0,94	(0,76-1,15)	0,95	(0,76-1,19)
	Nordjylland	5,1	0,64	(0,46-0,88) [†]	0,70	(0,49-0,98) [†]
<i>Uddannelse</i>	Skoleelev	20,8	0,82	(0,34-1,95)	0,65	(0,26-1,60)
	<13 år	6,8	0,80	(0,64-1,01)	0,72	(0,56-0,92) [†]
	13+ år	8,5	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Husstandsindkomst</i>	<300.000/år	8,6	1,29	(0,96-1,72)	0,69	(0,49-0,98) [†]
	3-599.000/år	7,2	0,87	(0,67-1,13)	0,74	(0,56-0,98) [†]
	600.000+/år	8,5	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Arbejde</i>	Nej	7,4	1,52	(1,17-1,97) [†]	1,48	(1,11-1,96) [†]
	Ja	8,3	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Samliv</i>	Enlig (ugift)	17,8	2,58	(1,90-3,52) [‡]	2,25	(1,56-3,26) [‡]
	Enlig (tidl.gift)	7,5	2,30	(1,61-3,28) [‡]	2,12	(1,44-3,12) [†]
	Samlevende	10,0	1,57	(1,15-2,15) [†]	1,41	(1,01-1,97) [†]
	Gift	5,4	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Børn <15 år</i>	Ingen børn	8,6	1,70	(1,30-2,24) [‡]	1,36	(1,01-1,84) [†]
	1+ børn	6,5	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Ryger</i>	Ja	12,7	2,69	(2,10-3,44) [‡]	2,70	(2,09-3,49) [‡]
	Tidligere røget	5,6	1,32	(0,96-1,81)	1,39	(1,00-1,93) [†]
	Aldrig	5,6	1,00	(reference)	1,00	(reference)

* Defineret som AUDIT-score 4+ på spørgsmål 7-10

§ Sammenlignet med landsgennemsnittet

† P < 0,05

‡ P < 0,001

Tabel 6

Sociale og demografiske faktorerens betydning for afhængighed*

		Andel afhængige	Justeret for køn og alder		Justeret for samtlige faktorer	
		%	OR	95% C.I.	OR	95% C.I.
<i>Køn</i>	Mænd	2,7	2,96	(1,86-4,71) [‡]	3,51	(2,15-5,73) [‡]
	Kvinder	1,0	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Alder</i>	16-24 år	2,8	2,89	(1,17-7,15) [†]	3,52	(1,14-10,83) [†]
	25-44 år	1,7	1,57	(0,79-3,13)	3,83	(1,52-9,62) [†]
	45-64 år	2,0	1,84	(0,94-3,58)	2,88	(1,34-6,19) [†]
	65 + år	1,2	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Region[§]</i>	Hovedstaden	2,0	1,47	(0,96-2,26)	1,32	(0,85-2,05)
	Sjælland	1,8	1,38	(0,83-2,30)	1,26	(0,73-2,18)
	Syddanmark	2,0	1,51	(0,96-2,36)	1,49	(0,91-2,37)
	Midtjylland	2,0	1,31	(0,83-2,08)	1,47	(0,92-2,36)
	Nordjylland	0,4	0,25	(0,08-0,78) [†]	0,28	(0,09-0,88) [†]
<i>Uddannelse</i>	Skoleelev	0,1	-	(--)	-	(--)
	<13 år	2,0	1,14	(0,73-1,77)	0,84	(0,53-1,34)
	13+ år	1,7	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Husstandsindkomst</i>	<300.000/år	2,7	3,28	(1,81-5,92) [‡]	1,14	(0,55-2,36)
	3-599.000/år	1,4	1,21	(0,67-2,18)	0,87	(0,46-1,61)
	600.000+/år	1,3	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Arbejde</i>	Nej	2,0	1,91	(1,16-3,15) [†]	1,43	(0,83-2,44)
	Ja	1,7	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Samliv</i>	Enlig (ugift)	4,3	4,10	(2,30-7,33) [‡]	2,12	(1,02-4,41) [†]
	Enlig (tidl.gift)	3,3	4,38	(2,44-7,86) [‡]	2,76	(1,44-5,27) [†]
	Samlevende	1,0	0,91	(0,40-2,07)	0,60	(0,25-1,43)
	Gift	1,1	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Børn <15 år</i>	Ingen børn	2,3	4,45	(2,21-8,98) [‡]	2,97	(1,38-6,41) [†]
	1+ børn	0,7	1,00	(reference)	1,00	(reference)
<i>Ryger</i>	Ja	3,7	4,59	(2,64-8,00) [‡]	4,38	(2,49-7,72) [‡]
	Tidligere røget	0,9	1,13	(0,52-2,45)	1,22	(0,56-2,67)
	Aldrig	0,8	1,00	(reference)	1,00	(reference)

* Defineret som AUDIT-score 4+ på spørgsmål 4-6

§ Sammenlignet med landsgennemsnittet

† P < 0,05

‡ P < 0,001

3.4 Diskussion

De ovenstående analyser viser, at flere sociale og demografiske faktorer er relateret til forekomsten af storforbrugere, personer med et skadeligt alkoholforbrug samt personer med alkoholafhængighed. Især køn og alder er meget stærke prædiktorer, da mænd og yngre er overrepræsenterede i alle tre grupper. Ligeledes er husstandsindkomsten og arbejdssituationen associeret til det skadelige forbrug, mens samlivsstatus, børn og rygning er af betydning for både storforbrug, det skadelige forbrug og afhængighed.

En tidligere dansk undersøgelse har belyst forekomsten af alkoholstorforbrugere, rusdrikkere (defineret som personer, der indtager fem genstande eller mere ved en enkelt lejlighed) og alkoholafhængighed i Region Midtjylland (Larsen *et al.*, 2006). Rapporten viser lignende tendenser som i nærværende rapport, idet storforbrug i Region Midtjylland er hyppigst blandt mænd, midaldrende og ældre (45-74 år), personer, der bor alene, samt lavere uddannede. Afhængighed er i rapporten fra Region Midtjylland målt ud fra CAGE-spørgeskemaet, og undersøgelsen viser samme tendens for denne gruppe af personer, dog med en mere udtalt kønsforskel. Undersøgelsen fra Region Midtjylland bekræfter således nogle af de fundne tendenser, dog skal det bemærkes, at der ikke er tale om landsrepræsentative data, og det kan derfor være problematisk at sammenholde resultaterne, da nogle forskelle må tilskrives særlige forhold for Region Midtjylland, der ikke gælder for den øvrige del af befolkningen. Det skal fx nævnes at undersøgelsen finder, at kun 6 % af den voksne population i regionen har et alkoholstorforbrug, hvilket er væsentligt lavere end estimerne fra nærværende undersøgelse på 10,8 % for kvinder og 17,9 % for mænd. Derudover inkluderer undersøgelsen ikke personer yngre end 25 år, og det er således ikke muligt at sammenligne vores fund for denne gruppe.

Som nævnt i det foregående afsnit, kan det være uhensigtsmæssigt at anvende AUDIT til at screene for skadeligt forbrug og afhængighed på befolkningsniveau, da instrumentet ikke er udviklet til og valideret på danske forhold indenfor denne kontekst. Desuden kan den individuelle fortolkning af de enkelte spørgsmål variere mellem undergrupper af befolkningen (Kypri *et al.*, 2002). I ovenstående analyser fremgår det, at særligt de helt unge mænd (16-24) er overrepræsenterede i gruppen af personer med skadeligt alkoholforbrug, og det kan ikke udelukkes, at denne forskel til dels kan tilskrives forskelle i fortolkning af de enkelte spørgsmål mellem aldersgrupperne indenfor denne kategori. Som nævnt i kapitel 2 kan et spørgsmål som "*Er De selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi De havde drukket?*" (spørgsmål 9) medføre en højere grad af falsk positive blandt unge, idet det ikke er angivet hvilken grad af ulykker, der er tale om (Kypri *et al.*, 2002; Fleming *et al.*, 1991). Den høje odds ratio blandt den yngste del af befolkningen, sammenlignet med den ældste, skal således tolkes varsomt.

4. Hvilke af de alkoholafhængige patienter bør behandles ambulant og hvilke bør behandles i døgnregi?

Resumé: I kapitlet gennemgås den aktuelle viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi. Tidligere forskning viser, at det er vanskeligt at finde entydige og konsistente kriterier for matchning af behandlingsform til den enkelte patient. Dog er der undergrupper, der synes at profitere bedre af det ene tilbud frem for det andet. Igennem interviews med tre centrale personer indenfor hhv. ambulatorier og døgnbehandlingsområdet gennemgås erfaringer fra større danske behandlingsinstitutioner. Her tegner der sig et billede af, at der i praksis ikke er de store problemer med at matche bestemte typer patienter til bestemte typer behandling. De ambulante behandlingsinstitutioner har således ikke problemer med hvilke kriterier, der skal gælde for visitation til behandling i døgnregi, og døgnbehandlingsstedet Ringgården oplever tilsvarende, at det er de rette patienter, der henvises.

4.1 Indledning

Dette kapitel består dels af en kortfattet gennemgang af forskningen indenfor ambulant og døgnbehandling af alkoholafhængige/alkoholmisbrugere, og dels af et afsnit, der bygger på tre interviews med centrale personer indenfor hhv. ambulatorier og døgnbehandlingsområdet.

4.2 Metode

Første del af kapitlet bygger på en litteraturgennemgang af forskning på området. Litteraturen er fundet med udgangspunkt i MTV-rapporten (Nielsen *et al.*, 2006), der beskriver effekten af behandlingsindsatsen overfor alkoholafhængige, samt via en søgning i databasen PubMed (der er søgt efter nyere litteratur end den, der refereres i MTV-rapporten. Søgestrategi: inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse). Anden del af kapitlet bygger på semi-strukturerede interviews med Anette Søgaard Nielsen (ASN) (centerleder, Alkoholbehandlingen i Odense), Ulrik Becker (UB) (ledende overlæge, Alkoholenheden, Hvidovre Hospital) og Per Nielsen (PN) (fagchef på behandlingsstedet Ringgården (nonprofit selvejende institution i Middelfart)). Interviewene blev foretaget udfra en interviewguide, som kan ses i bilag 2. Interviewguiden er konstrueret således, at den igennem fire centrale forskningsspørgsmål og en række underspørgsmål søger at afdække informanternes viden på området. Interviewene skal ikke ses som en fyldestgørende afdækning af området, men som specifikke erfaringer fra, og et indblik i, en konkret behandlingskontekst. Hermed bliver den evidensbaserede viden (litteraturgennemgangen) suppleret med et ekspertperspektiv fra en daglig praksis.

4.3 Resultater: gennemgang af forskningen

Det anslås at alkoholbehandlingssystemet i Danmark har kontakt med ca. 15% af de alkoholafhængige borgere (Nielsen *et al.*, 2006).

Alkoholbehandlingen i Danmark kan deles op i døgnbehandling, som er behandling under indlæggelse; ambulant behandling, som er behandling bestående af enkeltbestående behandlings-sessioner med en eller flere ugers mellemrum; og dagbehandling, der defineres som dagligt fremmøde i dagtimerne på hverdage. Behandlingen kan også tilrettelægges således at patienten modtager en kombination af ovenstående behandlingsmodaliteter (Nielsen *et al.*, 2006). Ambulant behandling foretages af det offentlige sundhedssystem. Dag- og døgnbehandling foregår hyppigst i frivillige og/eller privatejede institutioner. De privatejede institutioner er af forskellig karakter lige fra institutioner, der er offentlige serviceydere (dvs. at de opererer i relation til en offentlig behandlingsstrategi), til frie entreprenører, som arbejder sammen med erhvervslivet eller private personer. Døgnbehandling er således ikke præcist defineret. Da der ikke er formaliserede krav til alkoholbehandleres uddannelse eller til kvaliteten af private behandlingstilbud, er behandlingen i det private varierende fra sted til sted (Jensen, 2007).

Fordelingen mellem de forskellige behandlingsformer er i øjeblikket sådan, at 2-4% behandles i døgnregi og resten ambulant (Becker, 2008; Nielsen, 2008a). I 2002 skønnedes det, at antallet af personer i ambulant alkoholbehandling lå på mellem 9.500 og 10.000 (Milter *et al.*, 2004). Antallet af personer i døgnbehandling skønnedes i 2003 at være ca. 700 personer (Nielsen *et al.*, 2006).

Da prisforskellen på ambulant og døgnbehandling er store - et 4-6 måneders ambulant forløb koster ca. 10-15.000 kr., mens et 3 måneders døgnbehandlingsforløb koster ca. 100.000 kr. (Nielsen, 2008a) er der væsentlige økonomiske incitamenter forbundet med at have entydige og konsistente matchningskriterier, der muliggør en optimal allokering af patienter til hhv. ambulant og døgnbehandling. Tidligere forskning har vist, at det ikke er simpelt at finde entydige og konsistente matchningskriterier (the Project MATCH Research Group, 1998). Det er bl.a. fra dette forsøg at konklusionen om de manglende matchningskriterier stammer (Cutler & Fishbain, 2005; Luty, 2006).

I det følgende vil evidensen angående hvilke patienter, der bør behandles ambulant, og hvilke, der bør behandles i døgnregi, blive gennemgået.

Ambulant behandling

Der har været diskussion af hvorvidt behandling for afhængighed, bør gives i ambulant-, døgn- eller dagregi. Der er divergerende holdninger til hvilken type behandling, der er at foretrække, og det har endnu ikke været muligt entydigt at vise, at der generelt er større effekt af behandling af

den ene behandlingsform i forhold til den anden (Mattick & Jarvis, 1993; Finney & Moos, 1996; Finney *et al.*, 1996; Magura *et al.*, 2005).

Ved ambulant behandling synes der at være en sammenhæng mellem varighed af behandling og udbytte heraf. Alkoholmisbrugere i ambulant behandling har formentlig større effekt af relativt længerevarende behandlingsforløb, hvis der sammenlignes med behandling, som blot omfatter en enkelt samtale (Berglund *et al.*, 2003). Da der generelt, ifølge litteraturen, ikke synes at være forskel på effekten af ambulant, døgn-, og dagbehandling, er fokus rettet mod at identificere hvem, der har størst udbytte af døgnbehandling og hvem, der får større udbytte af den langt billigere ambulante behandling (Shand *et al.*, 2003).

En randomiseret undersøgelse af 192 patienter tyder på, at behandling i døgnregi er at foretrække for patienter med alvorlige alkoholproblemer og/eller nedsat kognitiv funktionsevne (fx nedsat funktion inden for områder som indlæring, hukommelse, strukturering, overblik, problemløsning, sprog og tænkning), og at patienter med en mild grad af alkoholafhængighed profiterede bedst af ambulant behandling (Rychtarik *et al.*, 2000).

Døgnbehandling

Et randomiseret dansk studie bekræfter, at øget behandlingsintensitet ikke nødvendigvis leder til bedre effekt af behandlingen. I studiet blev 148 patienter randomiseret til enten Minnesota-dagbehandling med dagligt fremmøde (i gennemsnit 28 sessioner) eller til ambulant offentlig behandling med fremmøde 1-2 gange per måned (i gennemsnit 7 sessioner). Blandt patienter randomiseret til Minnesota-dagbehandling var der en relativt større andel (35% vs. 20%) afholdende i en del af opfølgingsåret, dog kunne der ikke påvises forskelle i behandlingseffekt af behandling et år efter behandlingsstart på trods af forskellene i behandlingsintensitet (Gronbaek & Nielsen, 2007). I et tysk studie blev 109 patienter efter endt afrusning randomiseret til hhv. alkoholbehandling under indlæggelse eller dagbehandling i hospitalsregi. Der indtraf en forbedring i begge grupper, men der var ingen signifikant forskel imellem de to grupper. Studiet kunne således ikke dokumentere forskelle i effekt af hverken behandlingsform eller behandlingsvarighed (Weithmann & Hoffmann, 2005). Et andet studie har tilsvarende vist, at varigheden af behandling ikke har betydning for effekt, når det gælder døgnbehandlingsophold (Long *et al.*, 1998). Der er således ingen studier, der tyder på, at et langvarigt døgnbehandlingsophold generelt giver større udbytte end et kortere (Nielsen *et al.*, 2006).

I næste afsnit vil ovenstående blive suppleret med 3 semistrukturerede interviews med nøglepersoner indenfor ambulant og døgnbehandling.

4.4 Resultater: Interview med nøglepersoner indenfor ambulant og døgnbehandling

Der er foretaget semistrukturerede interviews med Anette Søgaard Nielsen (ASN), Ulrik Becker (UB) og Per Nielsen (PN) (Nielsen, 2008b; Nielsen, 2008a; Becker, 2008).

Interviewguiden (bilag 2) er opdelt i tre hovedområder: 1) Generel forskningsbaseret viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant, og hvilke, der bør behandles i døgnregi, 2) specifikke erfaringer fra en konkret behandlingskontekst og 3) forholdet mellem ambulant og døgnbehandling. Det bemærkes at (PN) kritiserede interviewguiden for at antyde, at viden kun kan baseres på evidensbaseret forskning, og at guiden ser bort fra den erfaringsbaserede dimension. Desuden mener PN, at guiden afspejler en dikotomisering, hvor ambulant behandling modstilles døgnbehandling som et 'enten/eller'.

Hvilke patienter bør behandles ambulant, og hvilke bør behandles i døgnregi?

Første del af interviewene tog udgangspunkt i spørgsmålet: Hvilken forskningsbaseret viden eksisterer der om hvilke patienter, der bør behandles ambulant, og hvilke, der bør behandles i døgnregi?

Alle tre informanter var enige om at viden på området er mangelfuld. UB og ASN mente, at det er vanskeligt at designe randomiserede, kontrollerede studier, der kan levere evidens for hvilke patienter, der kan behandles i hhv. ambulant og døgnregi, blandt andet fordi dårlige patienter ikke vil kunne gennemføre et ambulant behandlingsforløb og fordi socialt, psykisk og somatisk stærke patienter vil være tilbøjelige til ikke at acceptere døgnbehandling. Begge bekræfter, at forskningen dog tyder på, at bestemte undergrupper synes at profitere bedre af behandling i et ambulant regi frem for i døgnregi.

Ingen af informanterne mener, at der findes entydige og konsistente kriterier for hvilke patienter, der skal i hhv. ambulant eller døgnbehandling. PN kender ikke til studier, der siger at døgnbehandling er bedre end ambulant behandling. PN kritiserede forskningen på området (især projekt MATCH) for at have alvorlige metodologiske problemer, fx selektionsbias, der bevirker at man fjerner sig langt væk fra et naturligt miljø, hvilket medfører at forsøgenes resultater er tæt på at være ubrugelige. Fx fremhæver PN det britiske studie UKATT, hvis resultater bygger på en meget lav gennemførelsesprocent (23%) (UKATT research team, 2005).

ASN mener at døgnbehandling isoleret set ikke er en løsning, men skal ses som en del af et længere forløb, der også kan indeholde ambulant og/eller dagbehandling. PN mener heller ikke, at det er et spørgsmål om enten/eller i forhold til ambulant eller døgnbehandling. Det er mere rimeligt at betragte døgnbehandling af alkoholmisbrugere som en 'hjælpedisciplin' i forhold til ambulant behandling. Ambulant behandling bør være 'first choice', men i visse situationer kan der være behov for særlig støttende rammer, og her kommer døgnbehandling ind i billedet. Døgnbehandling bør ses som en specialfunktion, forbeholdt særlige grupper, som fx personer med svær og/eller

langvarigt alkoholmisbrug, psykiske problemer (ca. 44 % af de personer, som opfylder kriterierne for alkoholafhængighed, har personlighedsforstyrrelser ifølge PN) samt massive sociale problemer og mangel på social stabilitet.

Både ASN og UB mener at de grupper, der har særligt gavn af døgnbehandling, er personer med co-morbiditet, psykiatriske diagnoser, patienter med flere mislykkede ambulante behandlingsforløb bag sig, svær afhængighed og manglende socialt netværk.

Sammenfattende er informanterne således enige om, at viden på området er mangelfuld, og at bestemte udsatte grupper synes at profitere bedre af behandling i døgnregi frem for i ambulant regi.

Specifikke erfaringer fra en konkret behandlingskontekst

Anden del af interviewene tog udgangspunkt i informanternes specifikke erfaringer fra den konkrete behandlingsinstitution, herunder hvilke kriterier, der anvendes i vurderingen af hvilke patienter, der skal behandles i hvilket regi.

På alkoholambulatoriet på Hvidovre Hospital behandles ifølge UB ca. 3.500 patienter om året, og mellem 50 og 100 patienter (ca. 2 %) henvises årligt til døgnbehandling. Også ved alkoholbehandlingen i Odense visiteres der ifølge ASN betragteligt under 10 % til døgnbehandling. PNs erfaringer med hvilke patienter, der bør behandles i døgnregi er, at det er: "...det hjørne af klientellet, som ikke magter at gå direkte i ambulant behandling".

I daglig praksis er der ikke problemer med at blive enige med ambulatorierne om, hvilke patienter det drejer sig om. Det er fx personlighedsforstyrrelser og psykiske sygdomme, som står i vejen for, at visse personer umiddelbart kan profitere af ambulant behandling. På Ringgården har de fx fået henvist patienter fra 55 forskellige kommuner efter strukturreformen, og PN mener at kommunerne er gode til at henvise de rigtige patienter til døgnbehandling.

Angående hvilke kriterier, der anvendes for at vurdere hvilke patienter, der skal behandles hhv. ambulant eller i døgnregi, fortæller ASN, at de med succes har anvendt den såkaldte Odense-model, som er en visitationsmodel, der bygger på en matchningsstrategi ud fra patientens samlede profil (Nielsen & Nielsen, 2001). ASN mener at kriterier for døgnbehandling bl.a. er arbejdsløshed, manglen på 'et ædru' netværk og høj sværhedsgrad af misbrug. UB mener, at kriterier for visitation til døgnbehandling bl.a. er dårligt stillede patienter med mislykkede ambulante behandlingsforsøg bag sig. På alkoholambulatoriet anvender de dog ikke et sæt generelle kriterier, idet man vurderer fra case til case, hvilket ikke volder problemer.

PN mener, at kriterier for døgnbehandling kan deles op i misbrugsrelaterede kriterier, psykopatologiske kriterier, sociale kriterier og medicinske/sundhedsmæssige kriterier (patienter kan fx være i overhængende fare, hvis de ikke kommer i døgnbehandling). Personlig-

hedsforstyrrelser kombineret med alkoholmisbrug er også et kriterium for døgnbehandling. Med hensyn til hvilke patienter, der bør behandles ambulant, så mener PN, at ambulant behandling altid skal være en førstevalgsbehandling for dem, der kan møde op og til behandling og til dem, der kan magte denne type behandling. Ligeledes mener UB, at langt de fleste kan behandles ambulant, og at alkoholbehandling altid bør bygge på princippet 'den mindst indgribende behandling først'. ASN mener også, at langt de fleste (over 90 %) kan og bør behandles ambulant, især patienter, der stadigvæk har et (ædru) netværk og en kontakt til arbejdsmarkedet, er velegnede til ambulant behandling.

Sammenfattende kan det siges, at informanterne er enige om, at langt de fleste patienter kan behandles ambulant, og at døgnbehandling skal reserveres til personer med svær afhængighed og psykiske sygdomme. Med hensyn til kriterier for hvilke patienter, der skal henvises til døgnbehandling, så fortæller ASN, at hun har gode erfaringer med Odense-modellen (Nielsen & Nielsen, 2001), UB mener, at bl.a. dårligt stillede patienter med mislykkede ambulante behandlingsforsøg bag sig opfylder kriterierne for visitation til døgnbehandling.

Forholdet mellem ambulant og døgnbehandling

Tredje del af interviewene tog udgangspunkt i forholdet mellem ambulant og døgnbehandling (den kvantitative fordeling mellem de to behandlingsregier) og i hvilken rækkefølge ambulant og døgnbehandling skal tilbydes.

ASN mener, at det nuværende forhold mellem ambulant og døgnbehandling er passende. ASN oplever, at der ikke er mangel på pladser ved henvisninger til døgnbehandling. UB siger også, at de på alkoholambulatoriet ikke oplever ventetid eller mangel på døgnpladser. UB mener, at forholdet mellem ambulant og døgnbehandling er passende.

Mht. rækkefølge mener PN, at behandling i ambulant regi i princippet altid er førstevalgsbehandlingen, men omvendt så eksisterer der undergrupper af svært belastede misbrugere, for hvem det er nytteløst at starte i ambulant regi og i disse tilfælde bør man begrænse den ambulante indsats til udredning og motivationsstøtte, og herefter sende dem videre til døgnbehandling. UB mener, at man altid, bortset fra helt specielle situationer, skal forsøge med ambulant behandling, før behandling i døgnregi iværksættes. ASN udtaler, at det ikke nødvendigvis er en forudsætning for iværksættelsen af døgnbehandling, at længerevarende ambulant behandling har været forsøgt. Men ambulant behandling bør være indgangsporten til behandling.

På spørgsmålet om hvordan vi kan kvalificere vores viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi, svarer PN, at i det omfang man kan sætte kvalificerede ambulante behandlere sammen med kvalificerede døgnbehandlere, kan man i vid udstrækning få beskrevet nogle operationelle kriterier, der er anvendelige i dagligdagen. PN

mener, at der mangler samarbejde mellem ambulatorier og døgnbehandlingsinstitutioner; han mener, at der mangler en kobling af den viden, der ligger de to steder. PN nævner i denne sammenhæng projekt SODA, som er et projekt, der sigter mod at skabe en model for hvordan ambulant behandling og specialiseret døgnbehandling, kan samarbejde med særligt fokus på afhængighed og personlighed, dvs. dobbelt-fokuseret misbrugsbehandling (Nielsen & Røjskjær, 2006).

ASNs svar på ovenstående spørgsmål er, at der skal iværksættes undersøgelser, der følger patienter over lang tid. I den sammenhæng er det vigtigt, at der laves nuancerede beskrivelser af patienterne inden de visiteres til hhv. ambulant eller døgnbehandling, idet grove kategorier ikke er anvendelige i praksis. ASN efterlyser også muligheden for opfølgning på effekt af behandling efter en længere periode, fx 5 år.

UB mener også at der skal flere longitudinelle studier til, der kan dokumentere behandlingsudbytte. UB ser en stor udfordring i en godkendelsesordning for døgnbehandlingsområdet, samt en mere permanent finansieringsordning for døgnområdet (i stedet for den SATS-pulje finansiering, der i øjeblikket er fremherskende).

Sammenfattende er der enighed om at proportionerne mellem ambulant og døgnbehandling er passende og i store træk er informanterne enige om at ambulant behandling i de fleste tilfælde, er førstevalgsbehandling. Blandt informanterne er der enighed om at en opkvalificering af viden på området er påkrævet; der fremlægges forskellige bud herpå.

4.5 Diskussion

Den evidensbaserede viden om hvordan man bedst organiserer alkoholbehandlingen er begrænset, og generelt er der ikke dokumenteret forskel på effekten af hhv. ambulant, døgn- og dagbehandling (Finney *et al.*, 1996; Finney & Moos, 1996; Finney & Moos, 1996; Finney *et al.*, 1996). Da dette er tilfældet, er fokus i stigende grad rettet imod at identificere hvilke alkoholmisbrugere, der får størst udbytte af at blive behandlet i døgnregi, og hvilke der får ligeså godt eller bedre udbytte af at blive behandlet ambulant (Nielsen *et al.*, 2006; Shand *et al.*, 2003). Der er undergrupper, der synes at profitere bedre af det ene tilbud frem for det andet. Ved lettere afhængighed af alkohol er der muligvis ikke nogen sammenhæng mellem varighed og intensitet af behandling og effekt, men de lettere afhængige synes at profitere bedre af ambulant behandling end døgnbehandling (Rychtarik *et al.*, 2000). For sværere afhængighed kan der imidlertid være en sammenhæng, således at jo sværere afhængighed, jo længere varighed/højere grad af intensitet af behandlingen bør patienten tilbydes (Shand *et al.*, 2003). Det tyder på at patienter med meget svær alkoholafhængighed og/eller nedsatte kognitiv funktionsevne formentlig profiterer bedre af døgnbehandling end af ambulant behandling (Rychtarik *et al.*, 2000). Kun i de sværeste tilfælde er

det nødvendigt med behandling under indlæggelse, fx ved patienter, der gentagne gange har mislykket den ambulante behandling, og hos de, der lever under så ustabile forhold, at det påvirker deres deltagelse i ambulant behandling (Mattick & Jarvis, 1993).

Det er således i den publicerede litteratur vanskeligt at finde entydige og konsistente kriterier for matchning af behandlingstilbud til den enkelte patient, på trods af at det må antages at bestemte typer af patienter behandles bedre med en type behandling frem for en anden type behandling (Finney *et al.*, 1996), og på trods af at klinikere i praksis matcher patienter til det behandlingsregi, de finder mest hensigtsmæssigt (Shand *et al.*, 2003).

De tre interviews tegner et billede af, at der i praksis ikke er de store problemer med at matche bestemte typer af patienter til en bestemt type af behandling frem for en anden type behandling. De ambulante behandlingssteder, repræsenteret ved UB og ASN, oplever således i praksis ikke problemer med uklarhed omkring hvilke kriterier, der skal gælde i forhold til visitation til behandling i døgnregi. PN oplever også, at de ambulante behandlingssteder henviser de rette patienter til døgnbehandlingsstedet Ringgården. Der er blandt interviewpersonerne enighed om, at langt de fleste patienter kan behandles ambulant, og at døgnbehandling er reserveret til de grupper, der er så belastede (fx manglende socialt netværk, svær afhængighed, psykisk sygdom), at de ikke er velegnede til behandling i ambulant regi.

Forholdet mellem ambulant behandling og behandling i døgnregi er der mere divergerende holdninger til. ASN mener, at døgnbehandling isoleret set ikke er en løsning, men skal ses som en del af et længere forløb, der også kan indeholde ambulant og/eller dagbehandling. PN mener, at det ikke er et spørgsmål om enten/eller i forhold til ambulant og døgnbehandling. Det er mere rimeligt at betragte døgnbehandling af alkoholmisbrugere som en hjælpedisciplin i forhold til ambulant behandling, dog er der bestemte undergrupper, for hvem det er nytteløst at starte i ambulant regi. UB mener at man altid skal forsøge med ambulant behandling, før behandling i døgnregi iværksættes.

Bilag 1: Definitioner af skadeligt alkoholforbrug og afhængighed

Skadeligt alkoholforbrug (eng. *harmful drinking*) defineres ud fra WHO's klassifikationssystem ICD-10 (The International Classification of Diseases, 10. udgave) følgende måde (Hasin *et al.*, 2006):

- Fysisk og psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)
- Skaden er klart påviselig
- Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange indenfor 1 år
- Afhængighedssyndrom kan udelukkes

Alkoholafhængighed er en klinisk diagnose, der kan stilles ud fra WHO's system for klassifikation af sygdomme (ICD-10, F10.2). Hvis en person således inden for det sidste år har haft tre eller flere af følgende reaktioner, er der tale om afhængighed (Hasin *et al.*, 2006):

- Et tvangsmæssigt ønske om at drikke (craving)
- At man ikke kan stoppe med at drikke, når man først er begyndt (kontroltab)
- Fysiske abstinenser
- Behov for større mængder alkohol for at opnå samme effekt (toleranceudvikling)
- Mindsket interesse for andre aktiviteter eller et stort forbrug af tid på at skaffe alkohol
- Fortsat drikkeri på trods af kendskab til de skadelige følger

Bilag 2: Interviewguide til alkoholprojekt

(SIF den 23. april 2008)

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Ambulant behandling vs. døgnbehandling for alkoholaafhængige	Hvilken forskningsbaseret viden eksisterer der om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken viden har du kendskab til angående hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi? • Har du kendskab til ny viden, der er kommet frem efter udgivelsen af MTV-rapporten i 2006? • Findes der entydige og konsistente matchningskriterier, der muliggør en optimal fordeling af patienter til hhv. ambulant og døgnbehandling? • Hvilke subgrupper, profiterer bedre af det ene tilbud frem for det andet?
	Specifikke erfaringer fra en konkret behandlings-kontekst	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad er dine erfaringer med hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi? • Hvilke kriterier anvender I for at vurdere hvilke patienter, der skal behandles hhv. ambulant eller i døgnregi? • Hvilken type af patienter har bedst udbytte af et døgntilbud? • Hvilken type af patienter har bedst udbytte af en ambulant behandling?
	Hvordan er forholdet mellem ambulant og døgnbehandling, både mhp. proportioner, økonomi og rækkefølge?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad er din vurdering af hvor mange %, der modtager hhv. ambulant og døgnbehandling? • Hvordan burde denne fordeling optimalt være? • Hvad koster et typisk døgnbehandlingsforløb? • Hvad koster et typisk ambulant behandlingsforløb? • Hvilken betydning har kommunalreformen haft for antallet af døgntilbud? • Er det en forudsætning for iværksættelsen af døgn- og dagbehandling, at en ambulant alkoholbehandling først har været forsøgt?
	Hvilke forudsætninger har vi for at kvalificere vores viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan mener du, at vi kan kvalificere vores viden om hvilke patienter, der bør behandles ambulant og hvilke, der bør behandles i døgnregi?

5. Referencer

BABOR, T., HIGGINS-BIDDLE, J.C., SAUNDERS, J. & MONTEIRO, M. 2001. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test. *WHO*.

BECKER, U. 2008. *Personligt interview*, 24. april, 2008.

BERGLUND, M., THELANDER, S., SALASPURO, M., FRANCK, J., ANDREASSON, S. & OJEHAGEN, A. 2003. Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcohol Clin Exp Res*. **27**, 1645-1656.

CONIGRAVE, K.M., HALL, W.D. & SAUNDERS, J.B. 1995. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. Alcohol Use Disorder Identification Test. *Addiction* **90**, 1349-1356.

CUTLER, R.B. & FISHBAIN, D.A. 2005. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health* **5**, 75.

DANMARKS STATISTIK 2006. Danskerne drikker mindre alkohol - rettelse. *Nyt fra Danmarks Statistik*.

DAVIDSEN, M. 2007. Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 - stikprøvekonstruktion, opnåelse, vægtning samt bortfald og konsekvenser af dette. *København: Statens Institut for folkesundhed, Syddansk Universitet* 1-75.

DONOVAN, D.M., KIVLAHAN, D.R., DOYLE, S.R., LONGABAUGH, R. & GREENFIELD, S.F. 2006. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. *Addiction* **101**, 1696-1704.

EKHOLM, O., KJØLLER, M., DAVIDSEN, M., HESSE, U., ERIKSEN, L., CHRISTENSEN, A.I. & GRØNBÆK, M. 2006. Sundhed og Sygelighed i Danmark - og udviklingen siden 1987. *København: Statens Institut for Folkesundhed*.

FIELLIN, D.A., REID, M.C. & O'CONNOR, P.G. 2000. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch. Intern. Med* **160**, 1977-1989.

FINNEY, J.W., HAHN, A.C. & MOOS, R.H. 1996. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* **91**, 1773-1796.

FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. 1996. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: effect sizes, research design issues and explanatory mechanisms. *Addiction* **91**, 1813-1820.

FLEMING, J. 1996. The epidemiology of alcohol use in Australian women: findings from a national survey of women's drinking. *Addiction* **91**, 1325-1334.

FLEMING, M.F., BARRY, K.L. & MACDONALD, R. 1991. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *Int J Addict*. **26**, 1173-1185.

- GACHE,P., MICHAUD,P., LANDRY,U., ACCIETTO,C., ARFAOUI,S., WENGER,O. & DAEPPEM,J.B. 2005. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* **29**, 2001-2007.
- GIANG,K.B., ALLEBECK,P., SPAK,F., VAN MINH,H. & DZUNG,T.V. 2008. Alcohol Use and Alcohol Consumption-Related Problems in Rural Vietnam: An Epidemiological Survey Using AUDIT. *Subst.Use.Misuse.* **43**, 481-495.
- GRANT,B.F., DAWSON,D.A., STINSON,F.S., CHOU,S.P., DUFOUR,M.C. & PICKERING,R.P. 2004. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend.* **74**, 223-234.
- GRONBAEK,M. & NIELSEN,B. 2007. A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. *Addiction* **102**, 381-388.
- HASIN,D., HATZENBUEHLER,M.L., KEYES,K. & OGBURN,E. 2006. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction* **101 Suppl 1**, 59-75.
- HOLMILA,M. 1995. Intoxication and hazardous use of alcohol: results from the 1992 Finnish Drinking Habits Study. *Addiction* **90**, 785-792.
- IVIS,F.J., ADLAF,E.M. & REHM,J. 2000. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug Alcohol Depend.* **60**, 97-104.
- JENSEN,J.W. 2007. Lægeforeningens hørings svar vedrørende forslag til ændring af sundhedsloven. *Lægeforeningen*.
- KNIBBE,R.A., DERICKX,M., KUNTSCHE,S., GRITNER,U. & BLOOMFIELD,K. 2006. A comparison of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol Alcohol Suppl.* **41**, i19-i25.
- KYPRI,K., MCGEE,R., SAUNDERS,J.B., LANGLEY,J.D. & DEAN,J.I. 2002. Interpretation of items in the AUDIT questionnaire. *Alcohol Alcohol* **37**, 465-467.
- LARSEN,F.B., NORDVIG,L. & SØE,D. 2006. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner i Region Midtjylland. *Århus: Center for Folkesundhed*.
- LONG,C.G., WILLIAMS,M. & HOLLIN,C.R. 1998. Treating alcohol problems: a study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction* **93**, 561-571.
- LUTY,J. 2006. What works in alcohol use disorders? *Advances in psychiatric treatment* **12**, 13-22.
- MAGURA,S., FONG,C., STAINES,G.L., CLELAND,C., FOOTE,J., ROSENBLUM,A., KOSANKE,N. & DELUCA,A. 2005. The combined effects of treatment intensity, self-help groups and patient attributes on drinking outcomes. *J Psychoactive.Drugs* **37**, 85-92.
- MATTICK,R. & JARVIS,T.E. 1993. An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance, in the treatment of drug dependence project. Monograph no. 20. *Canberra: Australian Government Publishing Service*.

- MEDINA-MORA,E., CARRENO,S. & DE,L.F., JR. 1998. Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. *Recent.Dev.Alcohol* **14**, 383-396.
- MILTER,M.C., NIELSEN,B., BECKER,U., PEDERSEN,M.U. & GRONBAEK,M.N. 2004. Offentlig ambulant alkoholbehandling [Public outpatient alcohol treatment]. *Ugeskr.Laeger* **166**, 2664-2668.
- NIELSEN,A.S. 2008a. *Personligt interview*, 24.april, 2008.
- NIELSEN,A.S., BECKER,U., HØJGAARD,B., LASSEN,A.B., WILLEMANN,M., SØGAARD,J. & GRØNBÆK,M. 2006. Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. *København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering* **8(2)**.
- NIELSEN,B. & NIELSEN,A.S. 2001. Odensemodellen - et bidrag til evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. *Fyns Amt*.
- NIELSEN,P. 2008b. *Personligt interview*, 29.april, 2008.
- NIELSEN,P. & RØJSKJÆR,S. 2006. Projekt SODA. **Samarbejde Om Dobbeltbelastede Alkoholklinter**. Et modelprojekt om organisering og udførelse af flerfaset dobbeltfokuseret behandling. *Middelfart: Ringgården* 1-10.
- NILSSEN,O., AVERINA,M., BRENN,T., BROX,J., KALININ,A. & ARCHIPOVSKI,V. 2005. Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: the Arkhangelsk study. *Int J Epidemiol* **34**, 781-788.
- PEDERSEN,M.U., VIND,L., MILTER,M. & GRØNBÆK,M. 2004. Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark - sammenlignet med Sverige. *Center for Rusmiddelforskning og Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkoholforskning*.
- REINERT,D.F. & ALLEN,J.P. 2007. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. **31**, 185-199.
- RYCHTARIK,R.G., CONNORS,G.J., WHITNEY,R.B., MCGILLICUDDY,N.B., FITTERLING,J.M. & WIRTZ,P.W. 2000. Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *J Consult.Clin Psychol*. **68**, 277-289.
- SAUNDERS,J.B., AASLAND,O.G., BABOR,T.F., DE,L.F., JR. & GRANT,M. 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* **88**, 791-804.
- SELIN,K.H. 2006. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): what does it screen? Performance of the AUDIT against four different criteria in a Swedish population sample. *Subst.Use.Misuse*. **41**, 1881-1899.
- SHAND,F., GATES,J., FAWCETT,J. & MATTICK,R. 2003. Guidelines for the treatment of alcohol problems. *Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC)*.
- SHEVLIN,M. & SMITH,G.W. 2007. The factor structure and concurrent validity of the alcohol use disorder identification test based on a nationally representative UK sample. *Alcohol Alcohol* **42**, 582-587.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2005. Genstandsgrænser for voksne. *København: Sundhedsstyrelsen*.

THE PROJECT MATCH RESEARCH GROUP 1998. Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research* **8**, 455-474.

UKATT RESEARCH TEAM 2005. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* **331**, 541.

WEITHMANN,G. & HOFFMANN,M. 2005. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *Eur.Addict.Res.* **11**, 197-203.

ZIERAU,F., HARDT,F., HENRIKSEN,J.H., HOLM,S.S., JORRING,S., MELSEN,T. & BECKER,U. 2005. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab.Invest.* **65**, 615-622.