

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts undersøgelsesdesign
vedrørende

Prioritering og differentierede indsatser i sundhedsvæsenet

Om Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts undersøgelsesdesign

Undersøgelsesdesignet er udarbejdet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i samarbejde med Fagudvalget for analysen af prioritering og differentierede indsatser i sundhedsvæsenet. Fagudvalgets kommissorium er tilgængeligt på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside. Sammensætningen af fagudvalget ses i Bilag B. Undersøgelsesdesignet specificerer analysens overordnede formål samt et eller flere undersøgelsesspørgsmål og præsenterer den overordnede ramme for, hvordan den konkrete problemstilling skal analyseres. Undersøgelsesdesignet offentliggøres på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside.

Den endelige rapport udarbejdes med afsæt i informationerne fra:

- **Et analysetema** på baggrund af hvilket, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner har bestemt, at analysen skal udarbejdes.
- **Undersøgelsesdesignet**, der sætter rammerne for - og anviser specifikationer vedrørende gennemførelsen af analysen.

Oplysninger om dokumentet

Godkendelsesdato:		Versionsnummer:
Godkendt af fagudvalget 27.02.2025		1.0

Versionsnr.:	Dato:	Ændring:
1.0	28.03.2025	Offentliggjort

Indhold

Om Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts undersøgelsesdesign	2
Oplysninger om dokumentet	2
Indhold.....	3
1 Begreber og forkortelser	4
2 Introduktion.....	5
2.1 Om dette undersøgelsesdesign.....	5
3 Baggrund.....	6
3.1 Prioritering og socialt differentierede indsatser i sundhedsvæsenet som vej til øget lighed i sundhed	6
3.2 Ulighed i behandling kan forværre den samlede sygdomsbyrde og skabe ineffektivt forbrug af ressourcer	7
3.3 Differentierede indsatser for patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer	8
4 Formål.....	11
5 Metode og datagrundlag.....	12
5.1 Delstudie 1 – Social ulighed i behandlingsforløb for patientgrupper med høj sygdomsbyrde.....	12
5.2 Delstudie 2 – Barrierer, muligheder og forudsætninger for differentierede indsatser i hospitalsbehandlingen af patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer	13
5.4 Delstudie 3 – Differentierede indsatser i Danmark til patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer	14
6 Referencer	16
7 Bilag.....	18
7.1 Bilag A. Analysetema	18
7.2 Bilag B. Fagudvalgets sammensætning	20

1

Begreber og forkortelser

Differentierede indsatser	Anvendes om indsatser, der tilpasses målgruppens behov eller forudsætninger. Tilgangen anvendes inden for mange forskellige fag, for at sikre et mere ensartet udbytte af en given indsats.
Socialt differentierede indsatser	Anvendes om differentierede indsatser, der tilpasses målgrupper ud fra sociale og/eller socioøkonomiske faktorer.
DAGS	Dansk Ambulant Grupperings System
DRG	Diagnose Relaterede Grupper
DRG og DAGS-takster	DRG og DAGS-taksterne udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter på landsplan inden for indlagte og ambulante kontakter.
KOL	Kronisk obstruktiv lungesygdom
LPR	Landspatientregistret
Socioøkonomisk status	Anvendes om individer eller grupperes status eller position i samfundet defineret ud fra sociale og økonomiske faktorer, såsom uddannelsesniveau, indkomst og/eller erhvervsstatus [1, 2].
Ulighed i sundhed	Anvendes om forskelle i sundhedstilstanden og risikoen for at blive syg mellem individer eller grupper i befolkningen [3] Social ulighed i sundhed anvendes om systematiske forskelle i sundhed mellem grupper med forskellig social position målt på socioøkonomiske faktorer såsom uddannelse, indkomst, beskæftigelse og sociodemografiske faktorer såsom køn og etnicitet [4]. Geografisk ulighed i sundhed anvendes om forskelle i sundhedstilstanden, som forekommer på baggrund af, hvor i landet man er bosat. Hvis den geografiske ulighed i sundhed skyldes forskelle i social sammensætning mellem lokalområder, er det et aspekt af social ulighed i sundhed. Geografisk ulighed i sundhed kan også skyldes andre forhold såsom forskelle i sundhedsvæsenets tilbud og ressourcer på tværs af landet.

2

Introduktion

2.1 Om dette undersøgelsesdesign

Let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt behandling af høj kvalitet er to af hjørnestenene i den danske sundhedslov. Sigtet med loven er blandt andet at undgå, at der sker forskelsbehandling af patienter, medmindre disse er begrundet i objektive forhold [5].

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

Ulighed i sundhed handler bredt defineret om systematiske forskelle i befolkningen i forhold til risikoen for eksponering for sygdomsfremkaldende faktorer, forekomsten af sygdom samt behandlingen og konsekvenserne af sygdom [2, 6]. De årlige analyser fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut fokuserer på ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper i det danske sundhedsvæsen, som et aspekt af ulighed i sundhed. Selvom ulighed i sundhed ikke begynder i sundhedsvæsenet, spiller det en rolle i forhold til potentielt at skabe, vedligeholde, eller forstærke uligheden.

Dette undersøgelsesdesign udgør opstarten på den fjerde analyse indenfor ulighed i sundhed. Temaet for analysen er "Prioritering og differentierede indsatser i sundhedsvæsenet". Dette tema blev godkendt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner den 20. september 2024. Der er siden godkendelsen af temaet foretaget en afgrænsning af genstandsfeltet.

Det overordnede formål med analysen er at skabe viden, der styrker beslutningsgrundlaget og understøtter konkrete prioriteringer af sygdomsområder og patientgrupper gennem målrettede og differentierede indsatser. Analysen fokuserer først på at undersøge social ulighed i behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde, med henblik på at identificere, hvor og for hvilke patienter, der er behov for differentierede indsatser. Der er et overordnet fokus på patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer, da denne gruppe kan møde særlige barrierer i behandlingsforløbet. Derfor undersøger analysen også barrierer, muligheder og forudsætninger for differentierede indsatser i hospitalsbehandlingen af denne patientgruppe. Endelig identificeres eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden i behandlingen af patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer. Disse formål søges belyst via tre forskellige delstudier.

I de følgende afsnit præsenteres den overordnede problemstilling, hvorefter formålet med den samlede analyse beskrives. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af metode- og datagrundlaget for de tre delstudier.

3

Baggrund

3.1 Prioritering og socialt differentierede indsatser i sundhedsvæsenet som vej til øget lighed i sundhed

I disse år er prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer et centralt tema for at sikre sundheds- og sygehussektorens bæredygtige udvikling. Dette indebærer blandt andet en prioritering og fordeling af midler og indsatser mellem forskellige patientgrupper og sygdomsområder [1, 7-9]. Baggrunden for dette er blandt andet den demografiske udvikling, hvor en voksende andel ældre medfører et øget behov for sundhedsydelser, samtidig med at en faldende andel personer i den arbejdsdygtige alder skaber mangel på medarbejdere i sundhedsvæsenet. I tillæg hertil øger nye behandlingsmuligheder, stærke patientrettigheder og stigende forventninger til sundhedsvæsenet det samlede opgavepres [1, 8].

For at fremtidssikre sundhedsvæsenet er det blevet fremhævet som afgørende at fokusere på en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette fremhæves i aftalen om sundhedsreformen fra 2024, hvori der ligeledes påpeges et behov for at reducere ulighed i sundhed og gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt for de patienter, der har størst behov [8]. Som middel til at øge lighed i sundhed har socialt differentierede indsatser i de senere år fået øget opmærksomhed. Socialt differentierede indsatser er imidlertid ikke klart defineret i eksisterende litteratur. Når det kommer til social differentiering af indsatser i sundhedsvæsenet, kan det forstås som en tilpasning af de indsatser og tilbud, patienter tilbydes, så de imødekommer patienternes forskellige behov afhængigt af deres sociale situation. Dette bygger på erkendelsen af, at differentiering er nødvendig for at sikre lige behandling af høj kvalitet og fremme lighed i patienternes udbytte af behandlingen.

Socialt differentierede indsatser kan gå hånd i hånd med prioritering og målsætningen om at øge lighed i sundhed ved, at indsatser og ressourcer prioriteres efter borgernes behov. Det kan for eksempel dreje sig om særlige tilbud målrettet borgere i socialt udsatte positioner, hvor der kan ydes ekstra støtte, eksempelvis i form af hjælp til koordinering af aftaler i sundhedsvæsenet, til at forberede patienten på aftalen, og/eller til transport og køb af medicin. Støtten skal bidrage til, at patienten modtager en behandling af samme standard som den, der ydes i sundhedsvæsenet generelt, og dermed fremme lighed i sundhed. Indsatser kan ligeledes tilpasses, så patienter med flere ressourcer og god egenomsorg har mulighed for at modtage et tilbud, hvor patienten selv kan varetage en del af behandlingen.

Der er allerede eksempler på socialt differentierede indsatser i Danmark [10], for eksempel i svangreomsorgen [11] og i rehabiliteringsforløb [12, 13]. I tillæg hertil indføres der, som en del af aftalen om sundhedsreformen for 2024, kronikerpakker fra 2027, der skal tilpasses den enkelte patients behov gennem en graduering af behov i en rød, gul og grøn patientgruppe. På den baggrund er det sigtet, at indsatsen kan målrettes den enkelte borgers behov [8].

En væsentlig udfordring ved at implementere differentierede indsatser i sundhedsvæsenet er at fastlægge, hvordan de mest effektivt kan udformes og tilpasses. Robusthedskommissionens anbefalinger fremhæver behovet for at balancere mellem universelle rettigheder og målrettede indsatser som en central problemstilling [7]. På samme måde har Sundhedsstyrelsen peget på nødvendigheden af

at udvikle og udbrede metoder, der gør det muligt for sundhedsprofessionelle at differentiere skarpt efter borgernes individuelle behov [9].

3.2 Ulighed i behandling kan forværre den samlede sygdomsbyrde og skabe ineffektivt forbrug af resourcer

I forhold til behovet for differentierede indsatser i sundhedsvæsenet kan det være nyttigt at fokusere på de områder, hvor sygdomsbyrden er størst. Begrundelsen for dette er, at der her er tale om sygdomme, der har store sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser for den enkelte og samfundet som helhed, og at eventuelle uligheder i behandlingen af disse sygdomme kan forværre sygdomsbyrden og føre til ineffektiv ressourceanvendelse. For disse sygdomme er der et særligt stort potentiale i at reducere belastningen for patienterne, reducere ulighed i sundhed og det samlede samfundsmæssige ressourceforbrug - et potentiale, som differentierede indsatser kan være med til at realisere.

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

Den nyeste sygdomsbyrderapport fra 2022 giver et indblik i betydningen af 15 sygdomme¹ i samfundet eksempelvis i forhold til sygdommens forekomst, patienternes dødelighed, kontakter i sundhedsvæsenet, de samfundsøkonomiske konsekvenser og social ulighed. Sygdommene i Sygdomsbyrderapporten er udvalgt på baggrund af det globale sygdomsbyrdestudie (Global Burden of Disease), hvor sygdommene har vist sig at have en særlig betydning for sundhedstilstanden. Derudover er de udvalgt på baggrund af tilgængelighed af data samt muligheden for eventuel forebyggelse på områderne [14].

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

I nedenstående gennemgås de udvalgte sygdomsområder på baggrund af information fra sygdomsbyrderapporten (2022) [14].

Depression

I Danmark diagnosticeres årligt 23.197 personer med depression, heraf flest er kvinder, og 587.930 personer lever med lidelsen (opgjort i perioden 2017-2018). Forekomsten stiger med alderen, med den højeste forekomst af nye sygdomstilfælde blandt personer over 75 år. Sammenlignet med personer uden depression er der 6.700 flere dødsfald årligt blandt personer med depression, hvor flest forekommer blandt kvinder og personer over 75 år. Årligt er der 79.400 flere akutte somatiske indlæggelser og 22.062 flere akutte psykiatriske indlæggelser blandt personer med depression

¹ Lungekræft, brystkræft, tyk- og endetarmskræft, type 2-diabetes, alkoholrelateret sygelighed, depression, angst, skizofreni, demens, iskæmisk hjertesygdom, stroke, KOL, lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt [14].

sammenlignet med personer uden depression. Der er social ulighed i både forekomsten og behandlingen af depression. Personer med kortere uddannelse har for eksempel flere akutte psykiatriske indlæggelser og somatiske indlæggelser [14].

KOL

I Danmark diagnosticeres årligt 15.404 personer med KOL, og 168.912 personer lever med sygdommen (opgjort i perioden 2017-2018). Forekomsten stiger med alderen, hvor den er højest blandt mænd og kvinder over 75 år. Der er 6.154 ekstra dødsfald årligt blandt personer med KOL, med flest tilfælde blandt ældre i aldersgruppen over 75 år. Årligt ses 84.132 flere akutte somatiske indlæggelser hos personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL. Der er social ulighed i forekomsten og behandlingen af KOL. For eksempel har personer med kortere uddannelser og KOL flere akutte somatiske indlæggelser og flere akutte ambulante kontakter [14].

Type 2-diabetes

I Danmark diagnosticeres årligt 14.169 personer med type 2-diabetes, og 249.437 personer lever med sygdommen (opgjort i perioden 2017-2018). Mænd rammes hyppigere end kvinder, og forekomsten stiger med alderen, særligt efter 65 år. Årligt registreres 2.271 flere dødsfald blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes, hvor dødeligheden er højest blandt personer over 75 år. Der er 45.799 flere akutte somatiske indlæggelser blandt personer med type 2-diabetes sammenlignet med personer uden type 2-diabetes. Der ses social ulighed i forekomsten og behandlingen af type 2-diabetes. For eksempel har personer med kortere uddannelse flere akutte indlæggelser og flere kontakter til alment praktiserende læge [14].

Apopleksi

I Danmark diagnosticeres årligt 13.456 personer med apopleksi, og 80.354 personer lever med apopleksi (opgjort i perioden 2017-2018). Forekomsten stiger med alderen og er højest blandt personer over 75 år. Flere mænd end kvinder diagnosticeres med apopleksi. Apopleksi medfører årligt 1.825 flere dødsfald, særligt blandt ældre, sammenlignet med personer uden apopleksi. Der er 29.319 flere akutte somatiske indlæggelser og 2.676 flere planlagte somatiske indlæggelser om året blandt personer med apopleksi i forhold til personer uden apopleksi. Der er social ulighed i forekomsten og behandlingen af apopleksi, som eksempelvis ses ved, at personer med kortere uddannelse har færre planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter og færre planlagte somatiske indlæggelser [14].

Demens

I Danmark diagnosticeres årligt 7.216 personer med demens, og 32.991 personer lever med sygdommen (opgjort i perioden 2017-2018). Kvinder diagnosticeres oftere end mænd, og forekomsten stiger med alderen, især efter 75 år. Der er 4.406 flere dødsfald årligt blandt personer med demens, flest blandt kvinder og ældre, sammenlignet med personer uden demens. Samtidig er der 4.855 flere akutte somatiske indlæggelser og 440 flere akutte psykiatriske indlæggelser årligt, mens der er færre planlagte indlæggelser for personer med demens i forhold til personer uden demens. Der er social ulighed i forekomsten og behandlingen af demens. For eksempel er der færre akutte somatiske indlæggelser og færre planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter samt kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med kortere uddannelse [14].

3.3 Differentierede indsatser for patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer

Denne analyse beskæftiger sig særligt med ulighed i behandlingen af patienter med en særlig sygdomskompleksitet, som i analysen dækker over patienter med både somatisk sygdom og alkohol-

problemer, med særligt fokus på anvendelsen af differentierede indsatser. Dette emne vil derfor udbygges nærmere i det følgende afsnit.

Et alkoholproblem kan opstå, når et alkoholforbrug, som referer til den mængde alkohol, en person indtager over en given periode, udvikler sig til et skadeligt forbrug med afhængighed [14]. Alkoholproblemer dækker over en bred vifte af problemstillinger relateret til alkoholindtag, herunder sociale eller helbreds-mæssige konsekvenser [15].

Når et alkoholindtag forårsager somatiske sygdomme og/eller psykiske eller adfærdsmæssige forstyrrelser, eksempelvis som følge af langvarigt eller skadeligt forbrug kaldes det alkoholrelateret sygelighed. Et stort alkoholforbrug kan, ifølge Sundhedsstyrelsen, være årsag til mere end 200 sygdomme og tilstande, herunder kræft, leversygdomme og hjertekarsygdomme, samt psykosociale konsekvenser som øget risiko for vold, selvmord og ulykker [16]. Alkohol bidrager til ca. 6 % af alle dødsfald i Danmark årligt (ca. 3000), hvoraf flertallet forekommer blandt mænd i alderen 60-79 år [16, 17]. Hvert år registreres der 7.961 nye tilfælde af alkoholrelateret sygelighed, og 135.988 personer lever med det (opgjort i perioden 2017-2018) [14].

Der er markante sociale uligheder i både forekomst og konsekvenser af alkoholrelateret sygelighed som eksempelvis kommer til udtryk ved, at personer med lav socioøkonomisk position har en højere risiko for alkoholrelaterede sygdomme. Personer med kortere uddannelse har desuden en større andel af indlæggelser, ambulante kontakter til sygehusvæsenet og tidlige dødsfald [14].

Alkoholforbrug har betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser. Ifølge Sygdomsbyrderapporten er alkoholforbrug med et indtag af mere end 10 genstande på en uge forbundet med årlige ekstraomkostninger på 432 mio. kr. i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin og 4,237 mio. kr. i ekstra omkostninger ved tabt produktion relateret til fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død [18].

Har en patient først én gang været indlagt med et alkoholproblem har vedkommende en væsentligt øget risiko for efterfølgende alkoholrelateret genindlæggelse og død [19, 20]. Blandt andet på denne baggrund er det blevet fremhævet, at der er et stort forebyggelsespotentiale forbundet med at identificere patienter med alkoholproblemer, så tidligt som muligt, med henblik på at få dem i relevant alkoholbehandling. Det gælder eksempelvis i forbindelse med deres kontakter til praktiserende læge eller første gang de er i kontakt med en hospitalsafdeling [21]. Ifølge Den lægefaglige Tænketank, Atlas, drikker 15-25% af indlagte patienter på tværs af alle specialer mere end de anbefalede grænser fastsat af Sundhedsstyrelsen. Specielt akutafdelingerne, hvor koncentrationen med patienter med stort alkoholforbrug er særlig stor, er blevet fremhævet som et *window of opportunity* [15] i forhold til potentialet for at identificere og henvise patienter til alkoholbehandling/forbyggende alkoholintervention.

Alkoholbehandling omfatter behandling for alkoholafhængighed og abstinensbehandling. Den specialiserede alkoholbehandling foregår oftest ambulant i kommunalt regi. Ved alvorlige akutte tilfælde, af svære abstinensstilstande, foregår behandlingen på hospitalet [15]. Praktiserende læger kan være med til at opspore et potentielt problematisk alkoholforbrug og tilbyde alkoholbehandling til patienter der har et let til moderat alkoholforbrug. Patienter med afhængighed og problematisk alkoholforbrug skal henvises til den specialiserede alkoholbehandling i kommunen [22]. Ifølge Sundhedslovens §141 har borgere med et alkoholproblem, som har henvendt sig til kommunen med ønske om behandling, ret til alkoholbehandling indenfor 14 dage [23]. I kommunen findes både offentlige og private behandlingstilbud, hvor kommunen har mulighed for at visitere til sidstnævnte [24].

Der er identificeret væsentlige udfordringer i alkoholbehandlingen, blandt andet i rapporter fra Atlas, Den Lægefaglige Tænketank (2022) [15] og Alkohol & Samfund (2019) [25]. Disse fremhæver eksempelvis, at patienter med alkoholproblemer ofte ikke i tilstrækkelig grad identificeres og henvises fra hospitalerne og alment praktiserende læge til kommunernes alkoholbehandlingstilbud. Derudover

kritiseres de kommunale tilbud for at være uensartede, for at mangle specialiseret viden og kompetencer og for manglende sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Det er udfordringer, der kan bidrage til, at alkoholproblemer forbliver ubehandlede, følgeproblematikker overses, og patienterne ikke modtager den nødvendige hjælp.

Ud over de udfordringer der kan være gældende i selve alkoholbehandlingen er det en central problemstilling, at alkohol kan påvirke patienters muligheder for behandling i sundhedsvæsenet, når de bliver syge. Alkohol kan både komplicere diagnosticering, adgangen til sundhedsydelser og behandlingsforløb, hvilket kan resultere i dårligere behandlingsresultater. For eksempel tyder forskning på, at alkoholproblemer kan påvirke, hvordan patienter håndteres på akutafdelingen. Et dansk etnografisk studie af Sivertsen et al. (2021) fremhæver, hvordan eksempelvis placering af patienter med stort alkoholforbrug i bestemte rum og sprogbrug blandt sundhedsprofessionelle kan føre til stigmatisering og forskelsbehandling i behandlingsindsatsen [26].

Et højt alkoholindtag kan også direkte udfordre behandlingen af somatiske sygdomme. Ved eksempelvis stroke øger alkohol både risikoen for at få sygdommen [27] og kan forsinke diagnosticeringen. Et casestudie har vist, at akut alkoholforgiftning kan sløre symptomerne på stroke, ved at præsentere sig med lignende symptomer, og derved risikere at forsinke både diagnosen og den nødvendige reperfusionsterapi [28]. Yderligere forskning viser, at patienter med stroke og samtidig alkoholforgiftning, havde mindre sandsynlighed for at modtage behandling som blodpropopløsende medicin (alteplase) eller endovaskulær terapi sammenlignet med andre strokepatienter [29].

Som et andet eksempel, viste Behandlingsrådets analyse af ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser (2023), at visse patientgrupper risikerer at blive vurderet som uegnede til specifikke behandlinger for akut koronart syndrom (AKS) eller lungekræft, hvis lægerne er i tvivl om patienternes evne til at tage vare på sig selv efter behandlingen – da denne i så fald kan være potentielt livstruende. Faktorer som misbrug, hjemløshed eller et svagt socialt netværk kan føre til et fravalg af behandling fra lægens side, hvis denne vurderes at indebære en uacceptabel risiko for patienten [10].

Disse udfordringer understreger samlet set behovet for en målrettet indsats, der ikke kun adresserer patienternes alkoholprobleme, men også sikrer, at patienter modtager rettidig og lige behandling for andre sygdomme. De understreger desuden betydningen af, at eventuelle psykiske og/eller sociale problemstillinger, der kan påvirke patienternes behandlingsmuligheder, bliver håndteret.

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

I lyset af den beskrevne problemstilling og den begrænsede forskning om differentierede indsatser i hospitalsregi for patienter med både somatiske sygdomme og alkoholproblemer i en dansk kontekst, vil denne analyse netop undersøge, hvilke indsatser, der potentielt kan forbedre disse patienters adgang til- og udbytte af behandling.

I det nedenstående præsenteres formålet med ulighedsanalysen for 2025, hvorefter analysens metoder og datagrundlag specificeres.

4

Formål

Det overordnede formål med analysen er at skabe viden, der styrker beslutningsgrundlaget og understøtter konkrete prioriteringer af sygdomsområder og patientgrupper gennem målrettede og differentierede indsatser. Dette undersøgelsesdesign specificerer den metodiske fremgangsmåde for analysen, som vil bestå af tre delstudier. Disse studier omfatter:

1. Et kvantitativt studie, der undersøger social ulighed i behandlingsforløbet for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde, med henblik på at identificere hvor og for hvilke patienter, der er behov for differentierede indsatser.
2. Et kvalitativt studie, der undersøger barrierer, muligheder og forudsætninger for differentierede indsatser i hospitalsbehandlingen af patienter med både somatiske sygdomme og alkoholproblemer.
3. Et deskriptivt studie, der identificerer eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløbet og øge ligheden i behandlingen af patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer.

5

Metode og datagrundlag

5.1 Delstudie 1 – Social ulighed i behandlingsforløb for patientgrupper med høj sygdomsbyrde

Formål

Formålet med Delstudie 1 er at kortlægge social ulighed i behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper med høj sygdomsbyrde. Hensigten er at identificere hvor og for hvilke patienter, der er behov for differentierede indsatser. De udvalgte sygdomme er depression, demens, KOL, stroke og type 2-diabetes. Som mål for behandlingsforløbet undersøges det, hvorvidt patienter med de udvalgte sygdomme modtager diagnostik, behandling og rehabilitering i henhold til gældende kliniske retningslinjer, samt om der foreksempel er forskel i patienternes prognose og ressourceforbrug.

Studiedesign og datakilder

Delstudiet er designet som et landsdækkende kohortestudie, baseret på de danske administrative registre, hvor studiepopulationen består af patienter over 18 år, der i perioden 2013-2022 diagnosticeres med depression, demens, KOL, stroke eller type 2-diabetes. Patienterne bliver så vidt muligt fulgt gennem hele deres behandlingsforløb, som i analysen dækker over adgang til sundhedsvæsenet, diagnostik og behandling, samt for nogle patientgrupper også rehabilitering. Patienterne følges i op til et år efter diagnosen, derudover følges patienter med eksisterende (prævalent) sygdom i de kvalitetsdatabaser, hvor der er tilgængelige informationer herom. Studieperioderne for behandlingsmål fra kvalitetsdatabaserne afhænger af varigheden for de enkelte indikatorer. Data vil blive analyseret ved hjælp af relevante regressionsmodeller, og resultaterne vil blive justeret for potentielle confoundere, såsom køn, og alder. Til analysen vil der blive indhentet data fra Sygesikringsregistret, Lægemedelstatistikregisteret, Landspatientregisteret (LPR), inklusiv LPR-psykiatri og DRG-grupperet LPR (inklusiv DAGS-takster), CPR-registret, Uddannelsesregisteret, Ældredokumentationen, familieindkomst statistikken, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase - DREAM. Der vil også blive indhentet data på behandlingskvaliteten fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, herunder for eksempel fra Dansk Depressionsdatabase, Dansk Diabetes Database (DDiD), Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem), Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL) og Dansk Stroke Register (DanStroke). Analyserne gennemføres via Forskermaskinen hos Danmarks Statistik.

Eksposering

I analysen undersøges betydningen af social ulighed i de forskellige behandlingsforløb. Social ulighed omfatter i analysen både sociale og helbredsmaessige faktorer. Der ønskes blandt andet at se på faktorer som uddannelsesniveau, disponibel familieindkomst, alkoholforbrug og multisygdom. Uddannelse er defineret som højest fuldførte uddannelse på diagnosetidspunktet opdelt i tre niveauer, baseret på den internationale standard-klassifikation for uddannelse [30] og disponibel familieindkomst [31], baseret på Danmarks Statistik klassifikation (ækvivaleret disponibel familieindkomst) [32].

Effektmål

Ulighed i behandlingsforløb defineres i analysen ud fra opfyldelsen af flere udvalgte effektmål på forskellige stadier af behandlingsforløbet. For alle de udvalgte sygdomme kan der undersøges ulighed i for eksempel genindlæggelse, ressourceforbrug eller dødelighed. Derudover vil der for alle sygdommene undersøges ulighed i behandlingskvaliteten, defineret ud fra de indikatorer, der findes i de aktuelle kliniske kvalitetsdatabaser. Så vidt det er muligt og klinisk relevant, belyses kvaliteten af hele forløbet, herunder diagnostik, behandling og rehabilitering.

5.2 Delstudie 2 – Barrierer, muligheder og forudsætninger for differentierede indsatser i hospitalsbehandlingen af patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer

Formål

Formålet med Delstudie 2 er at undersøge barrierer, muligheder og forudsætninger for differentierede indsatser i hospitalsbehandlingen af patienter med somatisk sygdom og samtidige alkoholproblemer. Delstudiet vil også belyse de faktorer, der i den nuværende behandlingsindsats kan udfordre kvaliteten og udbytte af behandlingen for patienterne. Herigennem er det hensigten med Delstudie 2 at understøtte anvendelsen af målrettede indsatser for derved at sikre, at alle patienter får et relevant tilbud, der sikrer lighed i god kvalitet og udbytte af behandlingen.

Studiedesign og datakilder

Studiet anvender et kvalitativt studiedesign med primært semistrukturerede individuelle interviews og/eller fokusgruppeinterviews med klinikere suppleret med interviews med patienter (og/eller pårørende), alment praktiserende læger, kommunale repræsentanter og beslutningstagere (sidstnævnte i mindre omfang). Til analysen anvendes en tematisk analysestrategi.

Studiet afgrænses således, at det har særligt fokus på, hvordan patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer kan opnå god kvalitet i - og udbytte af behandlingen. Fokus er på en voksen patientmålgruppe, dvs. patienter over 18 år. Herudover afgrænses studiet således, at det har fokus på særligt akutafdelinger (og evt. medicinske afdelinger). En sådan afgrænsning vil give mulighed for at undersøge, hvordan en differentieret tilgang kan tilpasses de tidlige stadier af behandlingsforløbet og forebygge gentagne akutte indlæggelser. Interviews vil derfor sigte mod at omfatte informanter, der har indsiget i denne del af forløbet.

Eksempler på spørgsmål, delstudiet vil søge at afdække:

- Er der særlige patientgrupper, for hvem indlæggelse og behandling er særligt udfordrende?
- Hvilke specifikke udfordringer opstår under indlæggelser og kontakt til sundhedsvæsenet for disse patienter, og i hvilke faser af forløbet er problemerne mest markante?
- Findes der eksempler på indsatser, der forsøger at imødekomme disse udfordringer? Er disse indsatser evalueret, og har de vist effekt?
- Hvilke barrierer, muligheder og forudsætninger er der for implementering af sådanne indsatser? Hvis relevante indsatser ikke findes, hvilke faktorer ville være afgørende for at udvikle dem?

- Er der patientgrupper, som kan understøttes i egenomsorg efter indlæggelse eller kontakt til sundhedsvæsenet for at reducere risikoen for genindlæggelse eller forværret sygdom?
- Er der patientgrupper, som har et særligt behov for tættere opfølgning eller mere systematisk kontakt med sundhedsvæsenet efter udskrivelse?

Fokusset på differentierede indsatser i hospitalsregi vælges med vægt på, hvordan behandlingstilbud til patienter med både somatiske sygdomme og alkoholproblemer tilpasses individuelle behov i hospitalsregi. Det forventes dog, at en række organisatoriske barrierer og forudsætninger for differentierede indsatser rækker ud over hospitalssektoren og påvirker patienternes samlede behandlingsforløb. Derfor vil analysen også sigte mod at inddrage fokus på tværsektorielle samarbejder, herunder overgange mellem hospital, kommune og almen praksis.

Alkoholproblemer kan manifestere sig på forskellige måder. Denne analyse belyser muligheder for at differentiere mellem forskellige patientgrupper ud fra en eksplorativ og åben tilgang, hvor dialog med klinikere skal bidrage til en dybere forståelse af deres oplevelser af patienter med alkoholproblemer samt de specifikke behov for differentierede indsatser. Der vil blive lagt særlig vægt på at fokusere på målgrupper med høj sygdomskompleksitet, social udsathed og alkoholproblematik, hvor behovet for særlig støtte antages at være størst. Derudover vil målgrupper, hvor alkoholproblemet er mindre omfattende, og hvor der er lavere grad af social udsathed og sygdomskompleksitet, også blive inkluderet. Dette skal dels afdække deres specifikke behov og relevante indsatser, dels tydeliggøre forskelle mellem grupperne, så differentierede tilgange kan udvikles og tilpasses mere præcist.

De planlagte informanter til interviews omfatter som udgangspunkt følgende grupper. Dog kan der forekomme justeringer afhængig af adgangen til informanter samt nye indsigter, der opstår under dataindsamlingen, hvilket kan påvirke, hvem der vurderes relevante at inddrage i undersøgelsen:

- Individuelle interviews med patienter (og/eller pårørende) ("cases"): 3-5
- Individuelle interviews med almen praktiserende læger: 3
- Individuelle interviews eller fokusgruppeinterviews med sundhedsprofessionelle på hospitaler: 2 fokusgruppeinterviews á 4-7 deltagere (akutafdelinger evt. socialsygeplejersker, sygeplejersker/oversygeplejersker, læger)
- Individuelle interviews med kommunale repræsentanter (eks. hjemmepleje, rusmiddelcentre): 5
- Evt. individuelle interviews med repræsentanter fra hospitalsledelser: 2-3

Da patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer også er hovedfokus for delstudie 3, lægges der op til, at der skabes en vis metodisk synergi imellem de to delstudier, således at der også inddrages spørgsmål vedrørende eksisterende indsatser (jf. Delstudie 3) i den kvalitative spørgeguide til eksempelvis klinikere, som planlægges for Delstudie 2.

5.4 Delstudie 3 – Differentierede indsatser i Danmark til patienter med somatisk sygdom og alkoholproblemer

Formål

Formålet med Delstudie 3 er at identificere eksempler på differentierede indsatser, som anvendes i Danmark med henblik på at forbedre behandlingsforløb og øge ligheden i behandlingen af patienter

med somatisk sygdom og samtidige alkoholproblemer. Med dette studie ønskes det at beskrive eksempler på indsatser, der er god erfaring med, og som kan inspirere og skabe grundlag for udvikling og anvendelse af differentierede indsatser i Danmark. Studiet vil ligeledes give indblik i de metoder, der anvendes til differentiering på området, samt beskrivelser af eventuelle samarbejder på tværs af sektorer i indsatserne.

Studiedesign og datakilder

Delstudie 3 er et deskriptivt studie, der anvender flere forskellige metoder til identifikation af indsatser, herunder desk research, interviews og litteraturgennemgang.

Indsatserne skal inkludere patienter med alkoholproblemer, men kan som udgangspunkt godt være rettet mod en bredere patientgruppe. Indsatserne kan være forankrede forskellige steder i det danske sundhedssystem og civilsamfund, alt efter hvor det er hensigten, at indsatsen skal bidrage.

Delstudie 3 gennemføres i følgende faser:

Identifikationsfasen

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

1. Indledningsvis fastlægges udvælgelseskriterier, der skal sikre en systematisk identifikation af relevante indsatser.
2. Herefter identificeres relevante indsatser i Danmark gennem kontakt til relevante aktører, desk research samt indsigter fra Delstudie 2. Derudover gennemføres en søgning efter international litteratur med fokus på indsatser fra lande med sundhedssystemer, der ligner det danske, foreksempel de nordiske lande.
3. Der foretages semi-strukturerede interviews med aktører, der er ansvarlige for eller har indgående kendskab til den identificerede indsats. Interviewene skal danne grundlag for en dybdegående beskrivelse af indsatsen.

Udvælgelsesfasen

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

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

Beskrivelsesfasen

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

5. I den afsluttende fase beskrives de udvalgte indsatser grundigt. Fokus ligger på at beskrive indsatsernes opbygning, mål, målgrupper, implementering, samarbejder samt hvordan de virker i praksis og deres effekt (hvis muligt). Denne beskrivelse danner grundlag for formidlingen af indsatserne til inspiration.

6

Referencer

1. Det etiske råd, *Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen*, Baggrundsnotat. 2018. p. 1-30.
2. Sundhedsstyrelsen, *Indsatser mod ulighed i sundhed*. 2020.
3. Braveman, P., *Health disparities and health equity: concepts and measurement*. 2006.
4. Vallgård, S., *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* 2019.
5. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Sundhedsloven*. 2022.
6. Diderichsen, F. and J. Hallqvist, *Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context*. Inequality in health—a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 1998: p. 25-39.
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Robusthedskommisionens anbefalinger*. 2023.
8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Aftale om sundhedsreform 2024*. 2024, Indenrigs- og Sundhedsministeriet,.
9. Sundhedsstyrelsen, *Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen Oplæg til Sundhedsstrukturkommissionens Sundhedstopmøde*. 2023.
10. Behandlingsrådet, *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser*. 2023.
11. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger forsvangreomsorgen*. 2021.
12. Aaby, A., *THE HEART SKILLS STUDY - HEALTH LITERACY AND HEALTH LITERACY RESPONSIVENESS IN CARDIAC DISEASE PREVENTION AND REHABILITATION*. 2020, Aarhus University, Faculty of Health.
13. Region Hovedstaden. *HeRTA - Hjerterehabilitering til alle*. 2024 [cited 2024 19.03]; Available from: <https://www.regionh.dk/herta/Sider/default.aspx>.
14. Mairey, I., et al., *Sygdomsbyrden i Danmark 2022 - sygdomme*. 2022: København.
15. Grandahl, M.G., et al., *Behandling af alkoholproblemer i Danmark - Problemer og udviklingsmuligheder*. 2022: Den Lægelige Tænketales - Atlas.
16. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger om alkohol*. 2025.
17. Sundhedsdatastyrelsen eSundhed, *Alkoholrelaterede dødsfald*. 2024.
18. Schramm, S., et al., *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. 2022: København.
19. Askgaard, G., et al., *Hospital admissions and mortality in the 15 years after a first-time hospital contact with an alcohol problem: a prospective cohort study using the entire Danish population*. International Journal of Epidemiology, 2020. 49(1): p. 94-102.
20. Askgaard, G., et al., *Risk for alcoholic liver cirrhosis after an initial hospital contact with alcohol problems: A nationwide prospective cohort study*. Hepatology, 2017. 65(3): p. 929-937.
21. Schøler, P.N., et al., *The identification and treatment of alcohol problems in primary care (iTAPP) study: protocol for a stepped wedge cluster randomized control trial testing the 15-*

- method in a primary care setting. Addiction Science & Clinical Practice, 2024. 19(1): p. 49-49.*
22. Nielsen, J. *Nyt værktøj skal forbedre alkoholbehandling i almen praksis.* 2023 [cited 2025 19.03]; Available from: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/nyt-vaerktoej-skal-forbedre-alkoholbehandling-i-almen-praksis>.
 23. Danske Love, *Sundhedsloven § 141.*
 24. Sundhedsstyrelsen, *Rådgivning og behandling ved alkoholproblemer.* 2024.
 25. Øllgaard, I.F., et al., *Kommunal alkoholbehandling 2018 – Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende.* 2019.
 26. Sivertsen, D.M., et al., *An Ethnographic study of unhealthy alcohol use in a Danish Emergency Department.* *Addiction Science & Clinical Practice*, 2021. 16(1): p. 60-60.
 27. Mostofsky, E., et al., *Alcohol and Immediate Risk of Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis.* *Circulation*, 2016. 133(10): p. 979-87.
 28. Arokszallasi, T., et al., *Acute alcohol intoxication may cause delay in stroke treatment – case reports.* *BMC Neurology*, 2019. 19(1): p. 14-14.
 29. Hassing, L.T., M.A. Verschoof, and H. Koppen, *Alcohol Intoxication as a Stroke Mimic and the Incidence of Acute Alcohol Intoxication in Stroke.* *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2019. 28(12): p. 104424-104424.
 30. Eurostat, *International Standard Classification of Education (ISCED) - Statistics Explained.* 2025.
 31. Darin-Mattsson, A., S. Fors, and I. Kåreholt, *Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age.* *International Journal for Equity in Health*, 2017. 16(173): p. 1-11.
 32. Danmarks Statistik, *AEKVIVADISP_13.*

7

Bilag

7.1 Bilag A. Analysetema

Ulighedsanalysen for 2025 udarbejdes med udgangspunkt i nedenstående analysetema, som blev godkendt af Sundhedsministeriet og Danske Regioner den 20. september 2024

Prioritering og differentierede indsatser i sundhedsvæsenet: En undersøgelse af strategier til at reducere ulighed i behandlingsforløb	
Motivation for indstilling af temaet	Prioritering af sundhedsvæsenets knappe ressourcer er altafgørende for at sikre en bæredygtig udvikling af sektoren, og kan bl.a. være med til at sikre en bedre fordeling af midler mellem sygdomsområder og sikre mere lighed i sundhed. Sundhedsstyrelsens rapport "Sygdomsbyrden i Danmark" er vigtig baggrundsviden i en prioriterings-sammenhæng, da den synliggør sygdomsområder, hvor byrden af sygdomme udgør den største belastning for patienterne, sundhedsvæsenet og samfundet, og hvor der samtidig ses social ulighed. Der er dog behov for en mere dybdegående viden om, hvordan og hvor i behandlingsforløbene vi bedst prioriterer sundhedsvæsenets ressourcer, så borgere og patienter får passende støtte til egenomsorg, samtidig med at borgere med få ressourcer får tættere kontakt med sundhedsvæsenet. Differentierede indsatser har de senere år opnået øget opmærksomhed og anses som en løsning på udfordringer med at prioritere og reducere social ulighed i sundhed i det danske sundhedsvæsen. Der findes i Danmark eksempler på differentierede indsatser, men de er ofte af mindre volumen, implementeret i geografisk afgrænsede områder og ikke evaluerede. På nuværende tidspunkt savnes der bl.a. mere viden om forskellige tilgange/metoder til differentiering og de afledte effekter, herunder for hvem de virker og i hvilke settings.
Formål med analysen	Behandlingsrådet ønsker at bidrage til at skabe et solidt vidensgrundlag for det fremtidige arbejde med udvikling og implementering af differentierede indsatser. Målet er at understøtte indsatsen med at reducere ulighed i sundhed og samtidig sikre, at ressourcerne anvendes der, hvor de skaber størst værdi. Formålet med analysen er derfor at undersøge for hvem og hvor i behandlingsforløbet der er behov for differentierede indsatser, hvilke differentierede indsatser der findes og hvorvidt der kan være behov for andre differentierede indsatser. Sygdomsområderne vil bl.a. blive udvalgt på baggrund Sundhedsstyrelsens Sygdomsbyrderapport. Analysen vil som udgangspunkt bestå af tre delstudier: 1. Det første delstudie vil belyse forskelle i effekten af behandlingsforløbet indenfor udvalgte sygdomme og patientgrupper, og bidrage med viden om, hvorvidt der er forskellige effekter blandt grupper af patienter med forskellig socioøkonomisk baggrund. Dette vil give et indblik i hvilke behandlingsforløb samt hvor i behandlingsforløbet og hvilke patienter, der har behov for en differentieret indsats. Delstudiet baseres på data fra danske registre. 2. Det andet delstudie vil afdække hvilke differentierede indsatser der eksisterer indenfor udvalgte sygdomsområder, og i hvilket omfang indsatserne bidrager til at skabe mere lighed i sundhed. Delstudiet vil skabe overblik over tilgængelige differentierede indsatser samt metoder til differentiering på

	området. Delstudiet kan f.eks. udføres som et litteraturreview og/eller på baggrund af ekspertinterviews. 3. Med det tredje og sidste delstudie ønskes der indsigt i barrierer og facilitatorer for udvikling, implementering og anvendelse af differentierede indsatser, på et eller flere udvalgte sygdomsområder. Dette vil være med til at understøtte arbejdet omkring udvikling af målrettede og effektive strategier og derved sikre, at alle patienter får et relevant tilbud. Delstudiet baserer sig på kvalitative data, herunder f.eks. interviews med sundhedsprofessionelle og patienter.
--	--

7.2 Bilag B. Fagudvalgets sammensætning

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

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

Medarbejdere tilknyttet analysen i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet.

Projektgruppen i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Pernille Skovgaard Christensen. Specialkonsulent

Lærke Mai Bonde Andersen. Specialkonsulent

Line Stjernholm Tipsmark. Specialkonsulent

Lærke Qvist Jørgensen. Konsulent

Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Aalborg Universitet

Søren Paaske Johnsen. Klinisk Professor, overlæge

Amalie Helme Simoni. Ph.d., postdoc

Jan Brink Valentin. Specialkonsulent

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

www.sundk.dk

Niels Jernes Vej 6A, 9220 Aalborg Ø

Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut d. 28.03.2025