

Klinisk vejledning for almen praksis

Dansk Selskab for Almen Medicin

Spørg til alkoholvaner

– diagnostik og behandling af alkoholproblemer



Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen

2010

Spørg til alkoholvaner

– diagnostik og behandling af alkoholproblemer

© Sundhedsstyrelsen og DSAM, 2010

1. udgave, 1. oplag, 2010

ISBN (trykt version): 978-87-7104-023-4

ISBN (elektronisk version): 978-87-7104-022-7

Manuskript:

Lars Bjerrum, praktiserende læge og speciallæge i klinisk farmakologi,
ph.d., lektor ved Syddansk Universitet

Sverre Barfod, praktiserende læge

Ulrik Becker, overlæge, dr.med., Gastroenheden, Medicinsk sektion,
Hvidovre Hospital og Statens Institut for Folkesundhed

Fagredaktion:

Mia Fischerman, afdelingslæge, Center for Forebyggelse,
Sundhedsstyrelsen

Kit Broholm, specialkonsulent, Center for Forebyggelse,
Sundhedsstyrelsen

Journalistisk bearbejdning og redaktion:

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Forsideillustration:

Pia Thaulov

Grafisk tilrettelæggelse:

Dyrvig Grafisk Design

Trykkeri:

Datagraf

Vejledningen kan bestilles på:

www.sundhedsoplysning.dk

Vejledningen kan også ses og bestilles på:

www.dsam.dk

www.sst.dk

Forord

Alkoholoverforbrug er en af de væsentlige årsager til danskernes sygdomsbelastning. Et stort alkoholforbrug kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte, for den nærmeste familie og for samfundet.

Heldigvis er der gode muligheder for forebyggelse og behandling, og almen praksis kan spille en meget vigtig rolle i dette arbejde. Med en forholdsvis lille indsats kan der opnås gode resultater i form af nedsat alkoholforbrug og dermed bedre livskvalitet, forebyggelse af følgevirkninger hos familie og omgivelser samt færre alkoholrelaterede sygdomme og dødsfald.

Sundhedsstyrelsen udgiver løbende informationsmateriale om konsekvenserne af et for stort alkoholforbrug.

Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har derfor i samarbejde udarbejdet denne kliniske vejledning, og vi håber, at den kan anspore almen praksis og blive et nyttigt redskab i det daglige arbejde med forebyggelse, diagnostik og behandling af patienter med et overforbrug af alkohol.

En stor tak til forfattergruppen, sparringsgruppe og andre bidragydere for veludført arbejde inden for et forsømt område.

Peter Torsten Sørensen
Direktør
Dansk Selskab for Almen Medicin

Else Smith
Centerchef, Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

Sygehistorie: Michael, 63 år

Michael er gift og direktør i et større firma. Han har gennem 10 år fået medicin mod forhøjet blodtryk. Michael er normalvægtig og fysisk aktiv.

Han kom til praksis for et år siden. Ved første kontakt for fire måneder siden var BT i overkanten. Der blev aftalt kontrol efter en måned, men han har ikke haft tid før nu – "og jeg har det jo godt!"

BT måles til 160/90 i konsultationen.

Lægen kommer ind på livsstilens mulige betydning for blodtrykket, og Michael mener ikke, at han tidligere har fået dette at vide. Han er ikke uvillig til at høre mere (især da konen har tilskyndet ham til kontrol af blodtrykket).

Ved gennemgang af livsstilen beskriver Michael sit alkoholforbrug således:

Næsten dagligt en drink før middagen (dog ikke på tennis-dagen, hvor han får 1-2 øl bagefter). Og så deler han og konen en flaske vin til middagen (dvs. han får det meste). I weekenden er der ofte selskabelighed.

- Har Michael et alkoholproblem?
- Hvad vil du sige til Michael?

Disse spørgsmål vil du få belyst ved at læse vejledningen, der beskriver opsporing, udredning, vurdering og behandling af alkoholproblemer.

Indhold

Resume af vejledningen • 5

Evidens-hierarki og grundlag for vejledningens anbefalinger • 6

INDLEDNING • 8

Sygdomsbelastning af alkohol og forebyggelsesmuligheder • 9

Forekomst, definitioner og udvikling af alkoholforbrug • 11

Lægens opgaver • 16

HANDLEVEJLEDNING • 18

Opsporing • 18

Spørgsmål til alkoholvaner • 19

Screening ved Alcohol Use Disorder Test (AUDIT) • 20

Opsporing med biokemiske markører • 23

Udredning og vurdering • 24

Udredning af ledsagesygdomme • 25

Udredning af ledsageproblemer • 27

Vurdering • 29

Behandling • 31

Information • 31

Kort intervention • 32

Kognitiv terapi • 37

Medicinsk behandling • 38

Alkoholintervention i almen praksis

– teknik, mål og kvalitetssikring • 46

Motiverende samtaler • 46

Mål for behandlingen • 51

Kvalitetssikring • 52

Effekt • 56

Samarbejdsparter i alkoholbehandlingen • 59

BAGGRUND • 64

Alkoholforbrug i Danmark • 64

Alkohol og helbred • 66

Information om alkoholbehandling • 69

Information til læger om alkoholbehandling • 69

Litteratursøgning til denne vejledning – søgeord og søgekilder • 70

Litteratur og links • 71

Bilag 1: Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug • 78

Bilag 2: Fysiske fordele ved at holde op med at drikke • 79

Bilag 3: Skema til selvregistrering af alkoholforbrug • 80

Resume af vejledningen

Vejledningen kan læses i sammenhæng eller bruges til opslag. På side 6 kan man læse om evidens og evidenshieraki.

Vejledningen er delt i tre afsnit: indledning, handlevejledning og baggrund.

Side 8-17: *Det indledende afsnit* angiver begrundelse for og formål med vejledningen. Der gives begrebsafklaring og informeres om belastning samt forekomst af alkoholproblemer i Danmark.

Side 18-63: *Det handlevejledende afsnit* informerer om opsporing af alkoholproblemer og screeningsværktøj. Afsnittet informerer endvidere om udredning og vurdering og giver behandlingsanvisninger i relation til den foretagne diagnosticering også med forslag til behandlingssted. Den medicinske behandling gennemgås. Samtaletekniske perspektiver med motiverende aspekter samt opstilling af mål for behandling gennemgås. Sidste del af afsnittet rummer perspektiver inden for kvalitetssikring, herunder standarder og indikatorer samt anvisninger på diagnosekodning og ydelsesregistrering. Sluttiligt gives en beskrivelse af tilbud fra samarbejdspartnere og samarbejdsveje inden for alkoholbehandlingsområdet.

Side 64-70: *Baggrundsafsnittet* rummer en oversigt over alkoholproblemer, omfang og udbredelse samt alkoholrelaterede helbredsskader. Afsnittet informerer endvidere om den foretagne litteratursøgning.

Bilag 1 og 2 er en illustration af sammenhæng mellem alkohol og helbred samt en illustration af gevinster ved at ophøre med et overforbrug af alkohol.

Bilag 3 er et skema til selvregistrering af alkoholforbrug over 14 dage.

I vejledningen er lagt to laminerede ark til brug for en kort oversigt.

Evidens-hierarki og grundlag for vejledningens anbefalinger

Litteratursøgningen til denne vejledning (søgeord og søgekilder) er beskrevet side 70.

I vejledningen er redegjort for evidensen af udsagn og behandlinger. I overensstemmelse med DSAM's protokollat for kliniske vejledninger er evidensen gradueret på baggrund af den videnskabelige tyngde af de tilgrundliggende studier.

Anbefaling	Evidensniveau	Vidensområde: Behandling/forebyggelse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene, randomiserede, kontrollerede forsøg
	1b	Randomiserede, kontrollerede forsøg
	1c	Absolut effekt (fx insulin til type 1-diabetes-patienter)
B	2a	Systematisk review af homogene, randomiserede, kontrollerede kohortestudier
	2b	Kohortestudie
	2c	Databasestudier
	3a	Systematisk review af case-kontrol-undersøgelser
	3b	Case-kontrol-undersøgelser
C	4	Opgørelser, kasuistikker
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laborieforskning eller tommelfingerregel
✓	5	Anbefalet af skrivegruppen som god klinisk praksis

Evidensniveauet for litteraturreferencerne er i vejledningen angivet lige efter referencen, fx (1a). Anbefalingernes styrke er gradueret fra A (størst styrke) til D (mindst styrke). Styrken af anbefalingen er angivet ved et bogstav indsat i teksten. I vurderingen af den tilgrundliggende evidens må man holde sig for øje, at ikke al viden kan efterprøves ved randomiserede forsøg.

Kategorien med 'flueben' [✓] udtrykker skrivegruppens anbefaling for "god klinisk praksis". Markeringen er tilføjet af redaktionsgruppen efter inspiration fra de skotske praktiserende lægers kliniske vejledninger (www.sign.ac.uk).

INDLEDNING

Mange danskere har et stort alkoholforbrug, der over tid kan udvikle sig og få alvorlige konsekvenser for den enkelte, for de pårørende og for samfundet. Der finder desværre en betydelig underbehandling sted.

Den praktiserende læge kender de fleste patienter og har derfor en central rolle i en styrket indsats over for alkoholproblemer hos patienterne. Opsporing, diagnostik og behandling er kerneopgaverne.

Selv om den praktiserende læge ofte møder patienter med muligt alkoholrelaterede sygdomme og tilstande, har alkohol imidlertid en lille plads i det diagnostiske arbejde. Måske fordi lægen ikke vil støde patienten – eller fordi lægen ikke ved, hvad der kan gøres. I en nylig svensk undersøgelse vurderede lægerne deres kompetencer med rådgivning på alkoholområdet som væsentligt ringere sammenholdt med rådgivning på andre livsstilsområder, og 3 ud af 10 læger spurgte ikke ind til alkohol, når patienten havde symptomer, som lægen vurderede kunne være alkoholrelaterede (1).

Patienten er imidlertid dårligt hjulpet, hvis lægen ikke spørger til de risikofaktorer, heriblandt alkohol, som kan være medvirkende årsag til de aktuelle symptomer.

Denne vejledning søger at rette op på noget af den tilbageholdenhed, som ofte hindrer spørgsmål om alkoholforbrug.

Formål

I denne vejledning gives en summarisk oversigt over viden om alkoholrelaterede helbredsskader, og der sættes fokus på, hvordan den praktiserende læge kan varetage opgaven med at opspore, vurdere, udrede og give kort intervention til patienter med storforbrug og skadeligt alkoholforbrug. Der gives en kort beskrivelse af alkoholafhængighed og behandlingsmuligheder, herunder henvisning til behandling i andet regi.

Hensigten med vejledningen er at ansøre og give den praktiserende læge og klinikpersonalet redskaber til at hjælpe patienter med alkoholproblemer. Den enkelte praksis aftaler fordelingen af og samarbejdet om arbejdsopgaverne.

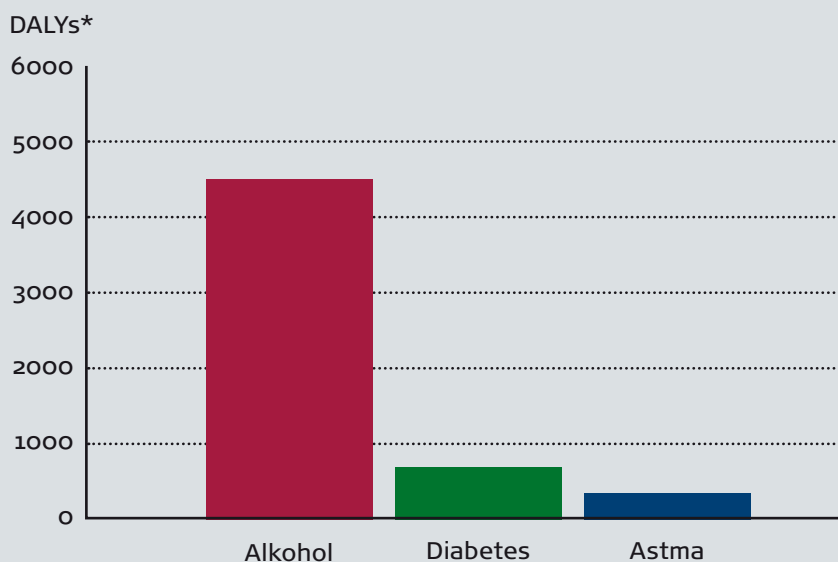
Mange patienter med alkoholoverforbrug har samtidig et blandingsmisbrug, det er imidlertid uden for denne vejlednings rammer at belyse anbefalinger for behandling af blandingsmisbrug.

Sygdomsbelastning af alkohol og forebyggelsesmuligheder

Alkohol er et giftigt stof, der er forbundet med flere end 60 forskellige sygdomme med kort- og langsigtede konsekvenser (2), og samlet set forårsager alkohol større sygdomsbelastning end eksempelvis diabetes og astma, som der bruges mange ressourcer på i almen praksis, figur 1.

FIGUR 1

Alkohol er vigtigere som årsag til sygdomsbelastning end diabetes og astma



*DALY: "disability-adjusted life years" – er et mål for sygdomsbelastning eller sygdomsbyrde. DALY kombinerer i et enkelt summarisk mål: tid tabt på grund af for tidlig død samt tid levet med begrænsende sygdom.
En DALY kan forstås som et tabt raskt leveår pga. sygdom eller død.

Kilde: WHO, 2002a.

Alkohol er årsag til alvorlige sygdomme, som i mange tilfælde kunne undgås, figur 2.

FIGUR 2

Ætiologisk fraktion* af alkohol hos europæiske mænd

• Levercirrhose	63 %
• Hjerneblødning	26 %
• Kræft i mund og svælg	41 %
• Kræft i spiserør	46 %
• Andre kræftformer	11 %
• Drab	41 %
• Selvmord og vold	32 %
• Motorcykelulykker	45 %
• Ulykker	32 %

Kilde: WHO, 2002

* "Ætiologisk fraktion": Den andel af sygdomstilfældene, der kan forebygges, hvis risikoeksponeringen fjernes.

Alkoholbehandling ved kort intervention er billigere end eksempelvis medicinsk behandling. Effekten målt i antal patienter, der skal tilbydes intervention, for at én patient ændrer adfærd (NNT- Number Needed to Treat), er lavere end for andre forebyggende interventioner, se figur 3.

FIGUR 3

NNT – Number Needed to Treat

NNT angiver det antal patienter, som i gennemsnit skal behandles eller rådgives, for at én opnår den ønskede effekt. Ifølge Phepas *Clinical guidelines on Identification and Brief Interventions* (3) er rådgivning om alkohol effektivt, idet få patienter skal rådgives, før det har effekt:

Rådgivning om alkoholforbrug, NNT = 8-12

Ved rådgivning af patienter med et storforbrug eller et skadeligt forbrug af alkohol vil gennemsnitlig 1 ud af 8-12 nedsætte forbruget til et forbrug med lav risiko.

Rådgivning om tobak, NNT = 20

Ved rådgivning af patienter, der ryger, vil 1 ud af 20 holde op med at ryge.

Forekomst, definitioner og udvikling af alkoholforbrug

Forekomsten af alkoholrelaterede problemer i almen praksis

Hvis man antager, at der i en gennemsnitspraksis er ca. 1300 tilmeldte patienter pr. læge, vil en betydelig del have alkoholrelaterede problemer, se boksen.

Gennemsnitligt antal personer med et alkoholproblem i en praksis med 1300 tilmeldte patienter pr. læge. Beregnet ud fra Statens Institut for Folkesundheds estimat (4):	
Alkoholrelateret problem	Antal personer pr. læge
Storforbrug	Ca. 225 personer
Skadeligt forbrug	Ca. 150 personer
Afhængighed	Ca. 40 personer

Storforbrug af alkohol

Der er tale om et storforbrug af alkohol, hvis forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, se boksen side 13.

Man regner med, at cirka 860.000 voksne danskere drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (4). Det aldersrelaterede drikkemønster er 2-puklet; det er de 16-24-årige og de 45-64-årige, der drikker mest, både blandt mænd og kvinder. For begge aldersgrupper er der en stigning i andelen, der drikker over genstandsgrænserne (5).

I modsætning til hvad man finder for andre risikofaktorer, er det de socialt velstillede og de bedst uddannede, der drikker mest.

Der er store regionale variationer i alkoholforbruget, og de, der bor i hovedstaden, drikker mest. Omkring hver 3. borger i hovedstaden drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser eller har episodisk stort alkoholforbrug mindst én gang om ugen (5). Episodisk stort alkoholforbrug er hyppigst blandt unge og midaldrende mænd.

Skadeligt alkoholforbrug

Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade (fysisk eller mentalt), og hvor patienten ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed, se boksen side 14.

Estimater baseret på tal fra Sundhed og sygelighedsundersøgelsen fra 2005 tyder på, at der i Danmark er cirka 585.000, der har et skadeligt alkoholforbrug (4).

Alkoholafhængighed

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen, se boksen side 14.

Det estimeres, at der er cirka 140.000 alkoholafhængige i Danmark (4).

I Beich et al's arbejde anvendtes systematisk screening (AUDIT) i 39 danske almen praksis. 6.897 blev screenet. Af de screenede havde 2 % havde tegn på alkoholafhængighed (AUDIT score > 21) (6).

Alkoholafhængige kommer fra et bredt udsnit af befolkningen. Af dem, der henvises til behandling, er størstedelen mænd (75 %) med en gennemsnitsalder på ca. 45 år (spredning fra 20 til 80 år). Knap halvdelen er tilknyttet arbejdsmarkedet, og hos omkring halvdelen er familien og/eller netværket intakt. Alkoholproblemet har gennemsnitligt været i 10 år, og alkoholforbruget er i gennemsnit 20 genstande dagligt ved første henvendelse til behandlingsinstitutionen (7).

Alkoholmisbrug

Betegnelsen alkoholmisbrug er uhensigtsmæssig, da den kan opfattes som stemplende. Men internationalt er det et veldefineret begreb og indgår i diagnosesystemet DSM, som mest anvendes inden for psykiatrien.

Sundhedsstyrelsen udmeldinger vedrørende alkohol

Sundhedsstyrelsens udmelding vedrørende det maksimale alkoholforbrug* på 14/21 genstande angiver den forbrugsgrænse, hvorover der er en stor risiko for helbredsskader. 14/21 angiver således et relevant pejlemærke for behovet for en ændring af alkoholvanerne.

Voksne:

- Kvinder højst 14 genstande om ugen
- Mænd højst 21 genstande om ugen
- Maksimalt 5 genstande ved samme lejlighed.

Gravide:

- Er du gravid, undgå alkohol
- Prøver du at blive gravid: undgå alkohol – for en sikkerheds skyld.

Børn og unge:

- Børn og unge under 16 år anbefales ikke at drikke alkohol.
- Unge mellem 16 og 18 år anbefales at drikke mindst muligt og stoppe før 5 genstande ved samme lejlighed.

* Sundhedsstyrelsen har under overvejelse at supplere angivelsen af det maksimale alkoholforbrug med en angivelse af lavrisikoforbrug. Dvs. et forbrug af alkohol under hvilket risikoen for at udvikle helbredsskader er lille.

Definitioner på alkoholdiagnoser

Storforbrug > 14/21 genstande

Et storforbrug defineres som et forbrug over genstandsgrænserne på højst 14 og 21 ugentlige genstande for henholdsvis kvinder og mænd.

Skadeligt forbrug = aktuel alkoholskade

Definition af skadeligt forbrug i henhold til ICD-10 klassifikationen (8).*

Ved et skadeligt forbrug har patienten allerede pådraget sig skader – fysisk eller psykisk – som følge af sit alkoholforbrug.

- Alkoholforbruget har ført til fysisk og/eller psykisk skade, herunder skadet dømmekraft og adfærd.
- Skaden er klart påviselig.
- Tilstanden har været mindst 1 måned, eller har været til stede gentagne gange inden for de sidste 12 måneder.
- Personen er ikke afhængig af alkohol.

Afhængighed

Definitionen af alkoholafhængighed i henhold til på ICD-10 klassifikationen (F10.2) (8).*

Der er tale om afhængighed, når 3 eller flere af følgende kriterier samtidigt har været til stede inden for 3 måneder eller gentagne gange inden for det sidste år:

- Trang til alkohol (craving)
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer (eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå disse)
- Toleranceudvikling
- Alkohol har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

* ICD-10 systemet anvendes i sygehussektoren overalt i verden, mens det såkaldte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – systemet fra American Psychiatric Association mest anvendes inden for psykiatrien.

Definition på en genstand

1 genstand = 12 gram ren alkohol

Der er ca. 1 genstand i hver af disse drikkevarer:

- 1 almindelig øl på 33 cl*
- ½ stærk øl
- 2 lyse øl
- 1 glas vin på 12,5 cl*
- 1 glas hedvin på 8 cl
- 1 glas spiritus på 4 cl (en stor snaps).

* Vær dog opmærksom på, at udbudet af øl og vin med høj alkoholprocent er stigende.

Fra storforbrug til afhængighed

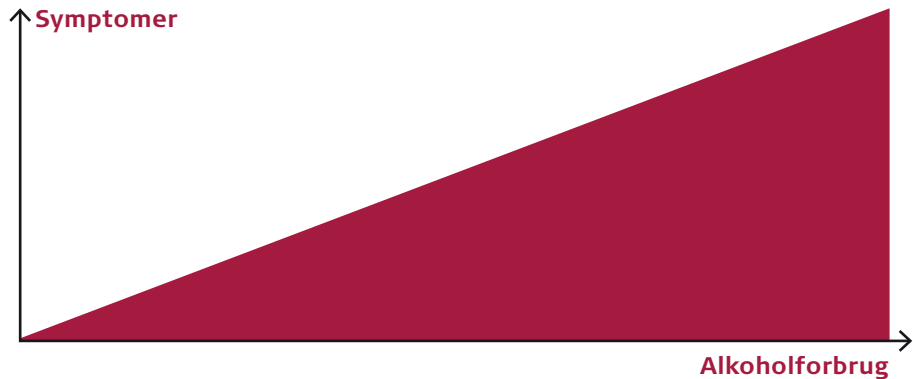
Udvikling af alkoholafhængighed forløber ofte over forskellige faser fra storforbrug, skadeligt forbrug og til afhængighed. De tre faser skal ikke betragtes som en trappe, hvor den ene fase automatisk efterfølges af den næste, og nogle vil meget hurtigt udvikle afhængighed blandt andet som følge af genetisk disposition. Alkoholforbruget kan standses på alle niveauer. Man skal dog være opmærksom på, at det bliver stadig vanskeligere at komme ud af alkoholproblemet, jo længere tid der går. Derfor er det vigtigt med en tidlig indsats.

Sammenhæng mellem drikke-episoder og afhængighed

Det har især betydning for udvikling af afhængighed, hvor mange gange om ugen man drikker 5 eller flere genstande ved én lejlighed. Et sådant indtag af alkohol kaldes på engelsk for binge-drinking, men der findes ikke et godt dansk navn. Hyppigheden af binge-drinking er en god prædiktør for alkoholproblemets sværhedsgrad (92, 93).

FIGUR 4

Stigende alkoholforbrug hænger sammen med stadig flere symptomer på skadeligt forbrug og afhængighed



Lægens opgaver

Patienten synes, det er i orden, at lægen spørger

Alkoholforbrug er ganske vist tabu for mange mennesker, men det bør ikke afholde den praktiserende læge fra at tale om alkoholvaner.

De fleste patienter accepterer, at netop deres praktiserende læge bryder tavsheden om alkohol. En undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen viste således, at 9 ud af 10 patienter i praksis synes, at det er i orden, at lægen spørger til deres alkoholvaner (9). Denne mulighed skal vi benytte os af.

Den praktiserende læge har følgende opgaver i relation til patienter med alkoholproblemer:

- Opsporing
- Udredning og vurdering
- Behandling
- Visitation til andet regi.

Forebyggelse af alkoholproblemer

Ved forebyggelseskonsultationer og helbredstjek bør alkohol indgå som en naturlig del af samtalen. På linje med usund kost, rygning og manglende fysisk aktivitet har alkohol indflydelse på patientens livskvalitet og sundhed.

Ved at tale om alkohol inden det er et problem, kan det blive naturligt for både patient og læge at berøre dette emne. Samtidig bliver patienten mere opmærksom på sine alkoholvaner, hvilket i sig selv kan nedsætte et for stort alkoholforbrug.

Har Michael et alkoholproblem?

Michael har opgivet, at han drikker vin til aftensmaden hver dag + en drink før middag. Når man tæller genstandene sammen, bliver det til mindst 5 genstande om dagen – 1 genstand før middagen + 4 genstande vin. På ugebasis bliver det mindst 35-40 genstande, når man tæller weekendens selskabelighed med.

Sammenholdt med de officielle alkoholdiagnoser, se side 14, og Sundhedsstyrelsens alkoholudmeldinger har Michael et storforbrug. Patientens forhøjede BT tyder på, at alkoholforbruget også kan defineres som *skadeligt*, se definitioner side 14.

Det er nærliggende at undersøge omfanget af Michaels alkoholproblem. For at afklare det, kan bruges screeningsværktøjet AUDIT, se side 20.

Opsporing

Formålet med opsporingen er at finde patienter med et for stort alkoholforbrug med henblik på at give den rette hjælp.

En ideel forebyggende indsats vil involvere systematisk opsporing af alkoholforbrug ved alle konsultationer med henblik på information og evt. behandling. Det er selvfølgelig ikke realistisk. Redaktionsgruppen foreslår at prioritere opsporingen i de konsultationer, som er nævnt i boksen 'Spørg til alkoholvaner'.

Der er forskellige redskaber til opsporing af alkoholproblemer, som den praktiserende læge kan anvende.

Spørg til alkoholvaner

Det er relevant at spørge til patientens alkoholvaner ved:

- Helbredsundersøgelser (fx i forbindelse med kørekort, livsforsikring m.v.) [✓]
- Forebyggelseskonsultationer [✓]
- Første samtale med nye patienter [✓]
- Helbredssamtaler i øvrigt [✓].

Den praktiserende læge bør altid spørge til alkoholvaner ved:

- Ved planlægning af graviditet og ved første graviditetsundersøgelse [✓]
- Symptomer eller sygdom, hvor alkohol kan være medvirkende årsag eller kan forværre tilstanden [✓]
- Henvielse til operation [✓]
- Formodning om alkoholproblem [✓]
- Tegn på alkoholskade [✓]
- Traumer (vær særlig opmærksom på unge og ulykker) [✓].

Hos børn/pårørende:

- Ved uforklarede psykosomatiske symptomer spørges til alkoholforbruget i familien [✓].

Spørgsmål til alkoholvaner

Spørg i disse situationer

Den praktiserende læge bør altid tage initiativet og spørge om alkoholforbrug hos patienter, der henvender sig med symptomer, der kan være relateret til alkohol, fx maveproblemer, forhøjet BT, overvægt, træthed, søvnbesvær og seksuelle problemer. Hvis patienten lugter af alkohol, er det oplagt at spørge til alkoholvaner. Der bør også spørges ved henvisning til operation og i forbindelse med graviditet.

Patienter, der henvender sig med skader efter fald og klammeri, bør spørges om alkoholvaner. Tit drejer det sig om unge, hvis drikkemønster således har været indirekte årsag til lægekontakten. Erfaringsmæssigt er unge generelt lydhøre for en samtale om alkohol.

Holdninger og sprogbrug, der fremmer kontakten

Når man taler med patienten om alkohol, virker det fremmende for kontakt og tillid at alment gøre forbrug af alkohol og vise almindelig respekt, uanset at patienten måske har et forbrug, der ligger i den høje ende.

Taler man om *alkoholvaner*, *alkoholforbrug* og *alkoholproblemer* i stedet for at anvende ord som *alkoholiker* og *misbrug*, adskiller man person og adfærd. Problemet bruges ikke som definition af det hele menneske. Når alkoholproblemet således betragtes adskilt fra personen, er det lettere for patienten at bede om støtte til at få justeret forbruget. Hvis lægen bruger udtryk som *jeg tænker, at ...* og *jeg formoder*, i stedet for *jeg har mistanke om*, er det med til at 'afkriminalisere' patientens alkoholforbrug.

Sådan indledes samtalen

Hvis man har en formodning om, at der foreligger et alkoholrelateret problem, er det vigtigt at spørge til dette på en åben og ligeværdig måde. Det kan være en fordel at anvende principperne for den motiverende samtale, se side 46.

Spørg til livsstilen:

Lever du sundt? Lad mig høre lidt om, hvad du spiser? Dyrker du motion? Ryger du? Hvor meget drikker du?

Almengør alkoholforbrug:

Det er ofte sådan, at problemer som dine hænger sammen med livsstilen. Må jeg spørge om dine alkoholvaner?

Spørg til patientens egen vurdering:

Hvordan har du det med alkohol? Har du nogensinde være bekymret over dine alkoholvaner?

Spørg til omgivelsernes udsagn:

Har andre været bekymrede over dit alkoholforbrug?

Screening med Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)

Hvis samtale om alkohol ikke er en farbar vej til at afdække patientens alkoholforbrug – eller hvis lægen ønsker en mere systematisk metode – kan screening anvendes.

Screening for alkoholproblemer kan være relevant hos patienter med sygdomme, hvor alkohol kan være medvirkende årsag, men hvor lægen ikke kender alkoholforbruget – eller hvor patienten ikke erkender alkoholforbruget som et problem.

Hvis et alkoholproblem derimod er åbenlyst til stede både for lægen og patienten selv, er det ikke nødvendigt at anvende et screeningsinstrument. Lægen kan i så tilfælde gå videre til udredning og vurdering, side 24 og 29.

Formålet med screening for alkoholproblemer er at identificere patienter med øget risiko for alkoholrelaterede tilstande og/eller alkoholafhængighed. Der findes en række validerede screeningsinstrumenter til opsporing af alkoholrelaterede problemer, bl.a. AUDIT, som er udviklet til brug i almen praksis og internationalt valideret med gode resultater for så vidt angår identifikation af storforbrug, skadeligt forbrug og afhængighed af alkohol (3, 10, 11). Eventuelt kan man anvende en kortere version bestående af de tre første spørgsmål i AUDIT (AUDIT-C).

Hvis man vil anvende screening for alkoholproblemer, anbefaler redaktionsgruppen AUDIT (A).

AUDIT

The Alcohol Use Disorder Test (AUDIT) er et af de mest udbredte screeningsinstrumenter til at identificere og vurdere alkoholproblemer. Testen er beregnet til selvregistrering, og er oprindeligt udviklet af WHO til brug i primær sundhedstjeneste til identifikation af alkoholproblemer (11).

Spørgeskemaet består af 10 spørgsmål fordelt på 3 grupper:

1. Tre spørgsmål om stort alkoholforbrug
2. Tre spørgsmål om alkoholafhængighed
3. Fire spørgsmål om skadeligt forbrug

AUDIT

Alkoholindtag		Aldrig	Højest én gang om måneden	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere
	1. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
		1-2 genstande	3-4 genstande	5-6 genstande	7-9 genstande	10 eller flere genstande
Alkoholafhængighed	2. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
		Aldrig	Sjældent	Månedligt	Ugentligt	Dagligt eller næsten dagligt
	3. Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
Skadeligt alkoholforbrug	4. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
	5. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne gøre det, du skulle, fordi du havde drukket?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
	6. Har du inden for det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
Skadeligt alkoholforbrug	7. Har du inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter du har drukket?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
	8. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
		Nej	Ja, men ikke inden for det seneste år		Ja, inden for det seneste år	
	9. Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket?	<u>0 point</u>	<u>2 point</u>		<u>4 point</u>	
	10. Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at sætte forbruget ned?	<u>0 point</u>	<u>2 point</u>		<u>4 point</u>	

Denne side kan downloades fra DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

Besvarelsen tager cirka 1 minut, og den kan både udføres ved selvudfyldelse eller ved et personligt interview. Metoden har en høj sensitivitet til identifikation af alkoholrelaterede problemer (12). AUDIT blev oprindelig udviklet til voksne, men kan også anvendes til unge (13). Testen kan anvendes til forskellige etniske grupper og til voksne med psykiatrisk sygdom (12). Hos ældre patienter er validiteten af AUDIT ringere, og hos denne gruppe bør man derfor supplere med andre screeningsmetoder for at opnå god validitet.

Vurdering af score

Hvert spørgsmål scores med 0-4 point, så den samlede score højst kan blive 40. Jo højere score, desto større er sandsynligheden for, at der foreligger et alkoholrelateret problem. Er score 0-7, foreligger der næppe et alkoholproblem, mens en score på 8 eller derover tyder på et alkoholproblem (14). Grænseværdien på 7 gælder for mænd, mens man for kvinder må anvende en lavere grænse (5 eller 6) (12, 15).

En score på 8-15 tyder på et storforbrug, som vil kunne afhjælpes med kort intervention.

En score på 16-19 tyder på skadeligt forbrug, som kræver kort intervention og/eller medicinsk behandling (11).

En score på ≥ 20 tyder stærkt på afhængighed, men man kan ikke udelukke afhængighed, selvom score er under denne grænse (11, 12). Afhængighed kræver mere intensiv behandling og eventuelt henvisning.

Samtidig med at man vurderer den samlede score, bør man også fokusere på, hvilke specifikke spørgsmål, der scores højt på (11):

Point i spørgsmål 1-3 tyder på et stort alkoholforbrug.

Point i spørgsmål 7-10 tyder på skadeligt forbrug.

Point i spørgsmål 4-6 tyder på afhængighed.

Evidens for AUDIT

Der foreligger flere undersøgelser af validiteten af screening vha. AUDIT. (12, 15-17). En fransk sammenligning af forskellige screeningsmetoder (AUDIT, CAGE, MAST) viste, at AUDIT var bedst til at afdække skadeligt alkoholforbrug (i henhold til DSM's definition af misbrug) og/eller afhængighed (15). Et nylig RCT-studie har vist, at alene det at anvende AUDIT kan få patienter til at ændre alkoholvaner (18).

Der foreligger ikke undersøgelser af validiteten af den danske version af AUDIT, og man kan ikke uden videre overføre resultater fra et land til et andet (19).

Beich et al (6) anvendte systematisk screening (AUDIT) i 39 danske almen praksis. 6.897 patienter blev screenet. 15,8 % havde et risikoforbrug defineret ved en AUDIT score ≥ 8 . Alkoholafhængighed defineret ved en AUDIT score > 21 eller et alkoholforbrug > 35 genstande pr. uge blev observeret hos 2 % af de patienter, der blev tilbudt og accepterede tilbuddet om screening. De praktiserende læger fandt, at generel screening af alle patienter var ressourcekrævende, ufleksibel og med mangel på centrering omkring henvendelsesårsag. Lægerne kunne derfor ikke anbefale systematisk screening (20).

Michael og AUDIT

Da lægen undersøger omfanget af Michaels alkoholproblem ved hjælp af AUDIT, opnås en score på 19 point. Ud over svar vedrørende forbruget gav følgende svar point: Michael oplever engang imellem, at det er svært at stoppe med at drikke, når rødvinflasken er tømt (spg. 4). Han kan ikke køre bil, når han har drukket, og det er tit en ulempe (spg. 5). Han har engang imellem dårlig samvittighed over at have drukket, fordi han føler sig tung i hovedet dagen efter (spg. 7). Og Michaels kone har faktisk flere gange foreslået ham at nedsætte alkoholforbruget (spg. 10).

Et samlet score på 19 point tyder på et skadeligt forbrug, som kræver kort intervention og/eller medicinsk behandling.

Michael har forhøjet blodtryk uden anden årsag, hvilket bekræfter formodningen om en alkoholrelateret skade. Lægen tilbyder kort intervention, og der bliver aftalt en ny tid, se side 32 og 35.

Opsporing med biokemiske markører

Biokemiske markører giver et 'øjebliksbillede' og kan sige noget om et nyligt alkoholforbrug, men der er ikke evidens for, at biokemiske markører kan anvendes til at afdække alkoholforbruget over længere tid. Det anbefales derfor *ikke* at anvende biokemiske markører til screening for alkoholproblemer (A) (21). Biokemiske markører kan evt. anvendes til monitorering af behandlingseffekt.

Eksempler på biokemiske markører:

- Alanin-aminotransferase (ASAT)
- Aspartat-aminotransferase (ALAT)
- Gamma-glutamyltransferase (GGT)
- Middel celle volumen (MCV).

Udredning og vurdering

Hvis det af samtale eller screening fremgår, at patienten har et stort alkoholforbrug, er næste skridt at udrede alkoholforbrugets omfang og indflydelse på patientens liv og helbred:

- Hvor stort er alkoholforbruget?
- Hvordan kan det karakteriseres diagnostisk?
- Er der abstinenssymptomer?
- Er der skader af alkoholforbruget, somatisk, psykisk eller socialt – eller risiko for skader?
- Hvilke følgetilstande kan ses?
- Hvilke prøver er det evt. relevant at supplere undersøgelsen med?
- Er der en partner og/eller børn, som kan tænkes at lide under alkoholproblemet i familien?
- Har patienten problemer på arbejdspladsen?

På baggrund af denne kortlægning vurderes patientens alkoholforbrug, og der iværksættes intervention i eget regi eller visiteres til ekstern alkoholbehandling.

Spørg til forbrugets størrelse

Forbrugets størrelse er vigtigt for at vælge behandlingen.

Undertiden er det uhensigtsmæssigt at spørge direkte om antallet af genstande. En måde at få et indtryk af forbruget er, at lægen gætter på omfanget – og lægger sine gæt i overkanten af det formodede:

Du siger, at I drikker rødvin til aftensmaden. Er det sådan, at I deler en flaske til maden og så tager et glas eller to igen senere på aftenen?

Det er tit lettere for patienten at justere lægens gæt *ned* end at justere det *op*.

En anden metode er at foreslå patienten at udfylde et skema til selvregistrering af alkoholforbrug, se side 80 (bilag 3). Det kan gøres meget enkelt. Skemaet kan også downloades fra DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

Undersøg for abstinenssymptomer

Der kan opstå en række tilstande og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af alkohol. En af de hyppigst forekommende er abstinens tilstanden. Hvis patientens alkoholforbrug er stort, spørges til og undersøges for abstinenssymptomer med henblik på eventuel abstinensbehandling, se side 40.

Abstinenssymptomer

Definition af abstinensstilstand i henhold til ICD-10 klassifikationen.

Alkohol abstinensstilstand defineres ved følgende kriterier:

1. Ophør/nedsættelse af et alkoholforbrug, som har været stort og langvarigt
2. To eller flere af følgende symptomer udviklet inden for få timer til dage efter ophør/nedsættelse af alkoholforbruget:

Symptomer:

- Autonom hyperaktivitet (sved eller puls > 100)
- Øget håndtremor
- Søvnproblemer
- Kvalme og opkastning
- Forbigående syns-, berørings- eller hørehallucinationer
- Psykomotorisk agitation
- Angst, kramper.

Udredning af ledsagesygdomme

Alkohol øger risikoen for en lang række sygdomme og tilstande, se også side 67. De helbredsmæssige konsekvenser ses både ved kort og intens alkoholforbrug, som fx episodevist stort alkoholforbrug (binge-drinking) og ved alkoholforbrug over længere tid (2, 22).

Risikoen for sygdomme stiger med alkoholmængden, for manges vedkommende uden tærskelleffekt (2). Jo større alkoholforbrug, jo større risiko.

Risikoen for alle sygdomme bliver mindre eller forsvinder ved en sænkning af alkoholforbruget, se bilag 2. Med hensyn til kræftisiko er der ingen nedre sikker grænse for alkoholindtag.

Somatisk komorbiditet

De tidligste somatiske tegn på et alkoholproblem varierer meget fra person til person, men kan fx være hovedpine, mavesmerter, kvalme, opkastninger, hyppige infektioner, nedsat potens eller menstruationsforstyrrelser. Hvis storforbruget fortsætter, kan der opstå organskader og somatiske sygdomme, se side 67 og bilag 1.

Mange tænker på alkoholisk levercirrose, pankreatitis og polyneuropati, når man taler om alkoholbetingede organskader, men alkohol er også associeret med en lang række andre sygdomme og tilstande, hvor alkohol er den primære eller medvirkende årsag:

- Neurologiske tilstande: epilepsi og demens
- Mave-tarm-sygdomme: øsofagusvaricer og pankreassygdomme
- Stofskiftesygdomme: diabetes
- Kræftsygdomme: kræft i mund og svælg, spiserørskræft, strubekræft, leverkræft, endetarmskræft og brystkræft m.v.
- Hjerte-kar-sygdomme: forhøjet blodtryk, sygdomme i hjertets kranspulsårer, apopleksi og forstyrrelser i hjerterytmen
- Immundefekter: øget modtagelighed for smitsomme sygdomme
- Lungesygdomme: lungebetændelse, tuberkulose
- Muskel-skeletsygdomme: osteoporose
- Fosterskader og nedsat forplantningsevne.

De skadelige konsekvenser af alkohol afhænger bl.a. af alkoholforbrugets størrelse, drikkemønsteret og de omstændigheder, hvorunder der drikkes. Studier af iskæmisk hjertesygdom viser dog, at der for kvinder over 45 år og mænd over 35 år kan være en hjertebeskyttende effekt ved et forbrug på omkring 1-2 genstande om dagen.

Psykisk komorbiditet

De første psykiske tegn på et alkoholproblem er ofte uspecifikke. Patienten kan være generet af uligevægt, søvnforstyrrelser, koncentrations- eller hukommelsesproblemer, angst eller ændret karakter. Symptomerne ledsages ofte af forsømmelser fra arbejde, og patienten glemmer at overholde aftaler. Forsømmelserne bliver efterhånden hyppigere, og ofte er det kollegerne eller de nærmeste pårørende, der får en formodning om, at personen har et alkoholproblem.

En svensk undersøgelse fra almen praksis viste, at halvdelen af patienter med skadeligt alkoholforbrug havde symptomer på depression eller angst (23). Andre undersøgelser har vist, at blandt patienter, som var afhængige af alkohol, havde over halvdelen en psykiatrisk diagnose, og selvmord var op til 8 gange hyppigere end i resten af befolkningen (24, 25). Knap 30 % havde symptomer på depression og omkring 35 % på angst (26). En nylig publiceret undersøgelse tyder på, at der er en kausal sammenhæng mellem skadeligt alkoholforbrug og svær depression (27). Personlighedsforstyrrelser er fundet hyppige hos alkoholafhængige, og de er ofte kombineret med angst, depression eller ADHD.

Mange alkoholafhængige udvikler depressive symptomer og angst i de første uger efter ophør med alkoholforbruget. Man bør derfor vente mindst et par uger efter ophør med alkoholindtagelse, før man vurderer, om der er tale om en psykiatrisk komorbiditet.

Udredning af ledsageproblemer

Et højt alkoholforbrug kan have en lang række sociale konsekvenser som aggressiv adfærd, skilsmisse, arbejdsløshed, dårlig økonomi, kriminalitet og ulykker (28).

Partner, børn, pårørende

Mindst 120.000 børn i Danmark vokser op i familier, hvor en eller begge forældre har et alkoholproblem (9). Børnene trives generelt dårligere, de har flere emotionelle og fysiske problemer, og de er oftere udsat for seksuel misbrug og fysisk mishandling (29).

Spørg til børnene

Spørg, om patienten har børn. Hvis der er børn, bør patienten oplyses om, at et alkoholproblem påvirker alle i en familie. Børnene mærker konsekvenserne, selv om de måske ikke giver udtryk for det, og selv om de måske ikke bor sammen med patienten. Såfremt der er en partner, bør denne inddrages i en samtale, hvor der spørges til børnene.

Se hjemmesiden www.naarmorogfardrikker.dk

Lægen skal være opmærksom på det enkelte barns trivsel. Vurderer lægen, at et barn har behov for særlig støtte, har lægen pligt til at underrette kommunens familieafsnit¹.

“Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af forældrene og barnet eller den unge samt gennem dialog og samarbejde eventuelt med henblik på inddragelse af kommunen².”

Arbejdsproblemer

Alkohol har konsekvenser for arbejdet, idet et stort alkoholforbrug ofte fører til, at man forsømmer arbejde, møder for sent, går tidligt og har flere sygedage.

Spørg til arbejdet

Henled patientens opmærksomhed på, at arbejdspladsen muligvis har en formuleret og aktiv alkoholpolitik med nøglepersoner, der er uddannede i at støtte medarbejdere med alkoholproblemer. Patienten kan selv undersøge dette ved at læse arbejdspladsens personalepolitik. Læs mere i *Alkoholpolitik og alkoholproblemer på arbejdspladsen*, Sundhedsstyrelsen 2008 (95).

1. Serviceloven . LBK nr 979 af 01/10/2008, §153: Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.

2. Bekendtgørelse nr. 1336 af 30. november 2007 § 2, stk 2.

Samtidigt forbrug af andre rusmidler/stoffer

Omkring 30 % af de patienter, der behandles for et alkoholproblem, har også et forbrug af andre stoffer, fx benzodiazepiner. Dette ses hyppigst hos patienter, der er afhængige af alkohol.

Spørg til andre rusmidler

Hvis patienten har et stort og erkendt alkoholforbrug, er næste skridt at spørge til forbruget af lægemidler, rusmidler eller stoffer. Se i øvrigt Sundhedsstyrelsens *Vejledning nr. 38 af 18. juni 2008 om afhængighedsskabende lægemidler* og *Vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (96, 97).

Hvis patienten har et forbrug af benzodiazepiner, kan aftrapning finde sted i almen praksis, men hvis der også indgår andre euforiserende stoffer, bør patienten henvises til et misbrugscenter.

Ulykker, vold og skader

Der er en sammenhæng mellem alkoholforbrug og risikoen for skader, ulykker, vold og selvmordsforsøg. Alkohol øger risikoen for skadestuebesøg, og risikoen stiger i takt med forbruget. En meget stor del af besøg på skadestue er alkoholrelaterede.

Spørg til alkoholforbrug ved skader

Patienter, der har pådraget sig skader som følge af uheld, ulykker eller vold bør spørges, om alkohol var involveret i hændelsen. Er det tilfældet, kan der stilles uddybende spørgsmål til alkoholforbruget. Vær særlig opmærksom på, at unge med skader efter ulykker eller vold kan have et stort alkoholforbrug. Hos ældre er det især skader efter uheld og faldulykker, der bør lede tanken hen på alkohol- og medicinforbrug.

Spørg til selvmordstanker

Også patienter, der har selvmordstanker eller tidligere har forsøgt selvmord, bør spørges om alkoholforbrug, og her bør sammenhængen mellem alkohol og depression medtænkes. Læs mere i *Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen, 2007 (102).

Problemer i trafikken

Alkohol er involveret ved 25 % af alle trafikulykker med dødelig udgang, og ved hver 6. ulykke med personbeskadigelse. Det er især unge, uerfarne bilister, der er involverede.

Evnen til bilkørsel forringes, så snart der er alkohol i blodet – selv ved en alkoholkoncentration under promillegrænsen for spirituskørsel (2).

Spørg til kørekortet

Afdækning af patientens alkoholvaner kan kortlægge et forbrug, som ikke er foreneligt med, at patienten fører motorkøretøj. Lægen skal i øvrigt være opmærksom på, om det er nødvendigt at pålægge sin patient ikke at køre bil. Såfremt lægen herefter får kendskab til, at patienten kører alligevel, kan lægen, i henhold til autorisationsloven³, have pligt til at indberette forholdet til Embedslægeinstitutionen eller evt. direkte til politiet.

Vurdering

Den praktiserende læge skal efter udredning vurdere, hvilken behandling der er relevant, og om det videre forløb skal foregå i eget regi eller i alkoholbehandlingsinstitution.

Der er følgende behandlingsmuligheder, som er nærmere beskrevet i kapitlet 'Behandling' side 31:

- Information
- Kort intervention
- Kognitiv terapi
- Medicinsk behandling.

Valget af behandling og behandlingssted afhænger af alkoholdiagnosen (se definitioner side 14) og mulighederne i praksis.

Storforbrug

Patienten med et storforbrug af alkohol kan ofte nedsætte forbruget efter *kort intervention* (A). Behandlingen bør foregå i almen praksis.

Skadeligt forbrug

Patienten med et skadeligt alkoholforbrug bør behandles med *kort intervention* og/eller *medicinsk behandling* og evt. *kognitiv terapi* (A). Behandlingen kan varetages i almen praksis eller i en alkoholbehandlingsinstitution.

Afhængighed

Ved afhængighed bør vælges *kognitiv terapi* og/eller *medicinsk behandling* (A). Patienten bør som hovedregel henvises til en alkoholbehandlingsinstitution, ambulant eller døgnbehandling, men behandlingen kan i nogle tilfælde håndteres i almen praksis, hvis patienten er motiveret, og praksis har lyst, kapacitet og rutine til at klare opgaven.

3. Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende, at personen i betragtning af de forhold, hvorunder denne lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv eller om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslæge eller Sundhedsstyrelsen.

Visitation

Foruden almen praksis er der andre steder, der kan varetage information og behandling i forbindelse med alkoholproblemer. Det drejer sig om ambulante alkoholbehandlingsinstitutioner, kommunale rådgivningstilbud og døgnbehandlingsinstitutioner, se også omtale af behandlingssteder side 59.

	Storforbrug	Skadeligt forbrug	Afhængighed
Behandlingsformer	• Kort intervention	• Kort intervention • Medicinsk behandling • Evt. kognitiv terapi	• Kognitiv terapi • Medicinsk behandling
Behandlingssted	• Almen praksis • Kommunalt rådgivningstilbud • Enkelte alkoholbehandlingsinstitutioner	• Almen praksis • Alkoholbehandlingsinstitution • Ambulant • Dagtilbud	• Alkoholbehandlingsinstitution • Ambulant • Dagtilbud • Døgntilbud

Hvis patienten er uenig

Undertiden er patienten ikke enig med lægen i, at alkohol har betydning for BT, vægten, bensmerterne, søvnforstyrrelsen, humørsvingningerne, hjerterytmeforstyrrelserne eller andre symptomer. Her er det vigtigt at forholde sig sagligt til spørgsmålet uden at forsøge at tvinge patienten til enighed. Det kan være en længere proces for patienten at blive parat til at erkende alkoholforbrugets indflydelse på helbredet.

Drøft også andre mulige årsager til symptomerne og eventuelle behandlingsforslag: øget fysisk aktivitet, kostomlægning, rygestop eller nedsat tobaksforbrug, eventuel medicin.

Lad patienten komme til orde med sine erfaringer, men hold fast i den faglige tilgang til sagen. Det kan være hensigtsmæssigt at spørge, om patienten ønsker at høre din vurdering, inden du udtaler dig, især hvis du mærker modstand.

Hvis ikke patienten ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug, bør lægen undlade at presse på, men i stedet gå med modstanden og tilbyde patienten en ny samtale, evt. sammen med en pårørende.

Behandling

Forskellige behandlingsformer kan bringes i anvendelse, afhængigt af alkoholdiagnosen.

- Information – til patienter uden kendt alkoholforbrug
- Kort intervention – til patienter med storforbrug og skadeligt forbrug
- Kognitiv terapi – til patienter med afhængighed og evt. skadeligt forbrug
- Medicinsk behandling – til patienter med skadeligt forbrug og afhængighed.

I alle former for alkoholintervention bør principperne i 'Den motiverende samtale' anvendes. Motiverende samtale er en særlig samtaleteknik, som er omtalt side 46.

Såfremt patienten har partner og/eller børn – eller er gravid – bør familieperspektivet medtænkes ved ethvert behandlingstilbud, eksempelvis ved at tilbyde familieorienteret alkoholbehandling, se side 60.

Information

– er relevant ved:

- Helbredssamtaler, forebyggelseskonsultationer og første samtale med nye patienter
- Første graviditetsundersøgelse og planlægning af graviditet
- Uheld og ulykker, hvor alkohol *kan* være involveret.

Der oplyses om Sundhedsstyrelsens alkoholudmeldinger. Der gives generel oplysning om sammenhængen mellem alkohol, helbred og skader. Gravide oplyses om, at alkohol er fosterskadende, og at der ikke er nogen nedre sikkerhedsgrænse.

I forbindelse med første graviditetsundersøgelse bør kvinden spørges om sit forbrug af alkohol (samt tobak, medicin og evt. narkotika). Der er behov for uddybende rådgivning (kort intervention), hvis kvinden efter erkendt graviditet drikker en eller flere genstande dagligt eller drikker flere genstande på en gang. Hvis den praktiserende læge skønner, at den gravide ikke selv er i stand til at ændre sit alkoholforbrug, er der behov for yderligere hjælp og støtte. Fx kan den gravide henvises til det regionale familieambulatorium, som varetager svangreomsorg for gravide med risikofyldt forbrug af alkohol eller andre rusmidler, se side 62. Den gravide kan i øvrigt anbefales at læse pjecen *Sunde vaner*, Sundhedsstyrelsen 2009 (103). Praksispersonale kan læse mere i *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Sundhedsstyrelsen, 2009 (99).

Kvinder, der planlægger en graviditet, anbefales at undgå alkohol – for en sikkerheds skyld (A).

Ammende anbefales at være tilbageholdende med alkohol, da alkohol udskilles i modermælken og overføres til barnet.

Kort intervention

– er relevant ved:

- Storforbrug og skadeligt forbrug af alkohol (A).

Kort intervention er en omkostningseffektiv behandling af storforbrug og skadeligt alkoholforbrug i almen praksis (3, 30-34). Mange patienter nedsætter deres alkoholforbrug ved blot at blive gjort opmærksom på risikoen ved alkohol. Det viser en lang række udenlandske undersøgelser, se side 33.

Kort intervention består af en kort række samtaler. Varigheden af den enkelte samtale kan variere (5-20 minutter), ligesom antallet (1-5) og indholdet i samtalerne (31, 35). Man kan udføre kort intervention på mange måder. Redaktionsgruppen anbefaler, at man anvender WHO og PHEPA's model (3, 36), som er beskrevet nedenfor.

Kort intervention kan bestå af

Ved storforbrug af alkohol:

- Oplysning om graden af patientens alkoholforbrug (stort, skadeligt, afhængigt)
- Information om generel helbredsrisiko
- Rådgivning på basis af patientens helbred/situation
- Anbefaling om at følge Sundhedsstyrelsens alkoholudmeldinger
- Hjælp til, at patienten kan formulere mål for at nedsætte sit alkoholforbrug
- Opmuntring til patienten om, at det er muligt at ændre drikkemønster.

Når der er tale om skadeligt forbrug eller alvorligt storforbrug, bør ovennævnte suppleres med:

- Individuel vejledning afstemt efter, hvor parat patienten er til forandring, se forandringscirklen side 47
- Tilbud om opfølgende samtaler
- Evt. henvisning til alkoholbehandlingsinstitution.*

* Henvisning til alkoholbehandlingsinstitution bør også ske, hvis patienten efter måneders indsats har vanskeligheder med at nå eller fastholde mål (3).

Kort intervention kræver en empatisk samtaleform (37), og undersøgelser har vist, at effekten mere afhænger af behandlerens personlighed end af den faglige baggrund.

Det kan være nok med 5 minutter

Selv i en presset hverdag, og når der kun er 5 minutter til rådighed, er det virksomt at tale om alkohol. I mange tilfælde er en ganske kort rådgivning tilstrækkelig til, at patienten reducerer sit alkoholforbrug.

Evidens for kort intervention

Effekten af kort intervention er særdeles velundersøgt, og der foreligger flere end 50 publicerede RCT og et stort antal metaanalyser og systematiske reviews. Mange af studierne er udført under optimale betingelser med anvendelse af udvalgte patientmaterialer, hvilket giver god mulighed for at vurdere metodens effekt, men relativt få studier af metodernes effektivitet er studier, som afspejler forholdene i den kliniske hverdag.

Metaanalyser konkluderer, at kort intervention er en effektiv behandlingsstrategi (1a), og effekten holder sig efter 3-4 år (31-33, 38-41). I det såkaldte Mesa Grande studie (33) blev kort intervention vurderet til at være den bedste behandling af alkoholproblemer. Et nyligt systematisk review konkluderer, at screening og kort intervention er blandt de bedste forebyggende indsatser over for alkoholproblematik blandt 25 forskellige interventioner vurderet ud fra cost-effectiveness og effekt på helbred (30).

I et Cochrane review (31) konkluderede man, at kort intervention (5-15 minutter) i almen praksis kan reducere det ugentlige alkoholforbrug hos mænd med gennemsnitligt 3 genstande. Varigheden af samtalerne havde ingen væsentlig betydning, og der var ikke forskel på effekten i studier udført under optimale ressourcemæssige omstændigheder og studier udført som del af daglig klinisk praksis.

I en dansk undersøgelse med tilbud om screeningsbaseret kort intervention til alle patienter, der henvendte sig i almen praksis, kunne man ikke påvise nogen effekt på gennemsnitsforbruget 12 måneder senere (6) . Der var en beskedent, ikke signifikant reduktion i hyppigheden af stor alkoholindtagelse for mænd, men en stigende og signifikant blandt kvinder. De deltagende praktiserende læger angav, at det var vanskeligt at etablere god kontakt med de patienter, der blev fundet ved screeningen, og at det var vanskeligt at sikre compliance i forbindelse med interventionen. Lægerne kunne ikke anbefale programmet, der består af systematisk screening og kort intervention (20).

Et nyligt systematisk review baseret på arbejder udført i almen praksis fandt omvendt, at screening for alkoholproblemer, efterfulgt af kort intervention, var en af de mest omkostningseffektive forebyggende indsatser på alkoholområdet (30).

En væsentlig faktor af betydning for implementering af screening og kort intervention i almen praksis er lægernes viden om og uddannelse i metoderne (42, 43).

Der vides ikke meget om effekten af de forskellige komponenter i kort intervention, og der er ikke evidens for, at længerevarende intervention er mere effektiv end kort intervention (32).

Hvad skal man sige?

Michael er allerede gået med til at tale om sit alkoholforbrug. Da det efterfølgende viser sig, at forbruget ligger i den høje ende, spørger lægen igen, om Michael er interesseret i at vide mere om alkohols indvirkning på helbredet.

Da Michael indvilliger i dette, bruger lægen spørgsmålene fra side 35-36 som indgang til samtalen. Spørgsmålene bruges som inspiration og rettesnor, ikke som en fast spørgeguide. Det er vigtigt at lytte og bruge empati, så samtalen ikke opfattes moraliserende.

Kort intervention i praksis

Her gives nogle eksempler på, hvordan kort intervention kan anvendes i praksis (36). Eksemperne er med inspiration fra *Brief intervention for Hazardous and Harmful Drinking* (36).

For at bevare patientens lydhørhed bør forklaringer og spørgsmål stilles efter anvisningerne i afsnittet om motiverende samtaler, se side 46. Det betyder, at lægen skal tilstræbe kun at komme med forklaringer, hvis patienten har sagt ja til at få dem, og kun stille spørgsmål om alkoholvaner, når patienten har givet lov.

Oplysning om, hvor på skalaen patientens alkoholforbrug befinder sig:

- "Jeg har kigget på resultaterne af din test (AUDIT), der viser, at du har det, man kalder 'et storforbrug' af alkohol. Det betyder et forbrug, der på sigt giver risiko for at udvikle eller forværre visse sygdomme. Det er nemlig sådan, at en lang række sygdomme kan sættes i forbindelse med alkohol."

Information om helbredsrisiko (brug evt. bilag 1+2 som illustration):

- "Denne figur viser de forskellige typer helbredsproblemer, der hænger sammen med storforbrug. Har du nogensinde oplevet nogen af disse problemer selv? Den bedste måde at undgå disse problemer er at nedsætte alkoholforbruget. Det vil med det samme reducere din risiko."

Rådgivning i forhold til patientens helbred og forbrug:

- "Du er i behandling for forhøjet blodtryk, men er ellers sund og rask. Er du klar over, at alkohol er med til at øge blodtrykket? Alkohol kan også give forstyrrelser i hjerterytmen og svag hjertemuskel. Hvis du nedsætter dit alkoholforbrug, vil det nedsætte din risiko for at udvikle disse hjerteproblemer."

Anbefaling om at følge Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser:

- "Kender du Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser på maks. 14/21 ugentlige genstande for henholdsvis kvinder og mænd? Det betyder, at du højst bør drikke 2/3 genstande om dagen, og aldrig over 5 genstande ved én lejlighed."

Hjælp til, at patienten kan formulere mål om at nedsætte sit forbrug:

- "Nu har du hørt om nogle af de risici, der er forbundet med alkohol. Gør du noget for at begrænse dit alkoholforbrug? Hvad kunne du gøre mere?"

(Fortsættes næste side)

Opmuntring ved, at det er muligt at ændre sit drikkemønster:

- "Det er altid muligt at nedsætte sit alkoholforbrug. Og det er lettere, jo før man kommer i gang. Dit alkoholforbrug er stort, men du er ikke afhængig. Derfor vil det være lettere for dig nu, end om nogle år, hvor vanerne måske har bidt sig mere fast."

Individuel vejledning afstemt efter, hvor parat patienten er til forandringer:

- "Du siger, at du aldrig har tænkt over dit alkoholforbrug som noget problem, og at du ikke umiddelbart har lyst til at ændre det. Så synes jeg ikke, vi behøver gå videre i dag. Men du kan jo tænke over, om det jeg har fortalt, kan være relevant for dig og vende tilbage, hvis der er noget, vi skal snakke videre om. Tag bare figuren med hjem (bilag 1+2)."

Tilbud om opfølgende samtaler:

- "Når man gerne vil lægge sine vaner om – og det er uanset, om det drejer sig om spise-, sove-, eller alkoholvaner – er det altid en god ide at snakke med andre om, hvordan man griber det an. Har du lyst til at komme igen i næste uge, så vi kan tale videre om det?"

Følgende teknikker kan bruges i samtalen

Vær empatisk og ikke-fordømmende: Sundhedspersonale bør være opmærksom på, at patienter ofte er uvidende om sammenhængen mellem alkohol og helbred. Patienter reagerer bedst, hvis de bliver mødt med oprigtig bekymring og støtte til at ændre adfærd. Fordømmelse virker modsat.

Vis autoritet: Læger og andre sundhedsprofessionelle har en særlig autoritet i kraft af deres viden og uddannelse. Patienterne respekterer lægen pga. dennes ekspertise. Man kan drage fordel af denne myndighed ved at give klare, objektive råd, og patienterne kan derved have lettere ved at følge rådene.

Afled benægtelse: Nogle patienter er endnu ikke parate til at erkende end-sige ændre deres alkoholforbrug. Det er en god ide at give objektiv information uden at blive konfronterende.

Inddrag patienten: Det er vigtigt at få patienten til at deltage i beslutningsprocessen ved at stille spørgsmål, som fremhæver fordelene ved at nedsætte alkoholforbruget.

Følg op: Periodisk opfølgning af den enkelte patient er væsentligt for et godt resultat.

Kognitiv terapi

- er relevant ved
- Afhængighed og evt. skadeligt forbrug (A).

Kognitiv terapi varetages af fagpersoner med særlig indsigt og uddannelse i denne terapiform, fx i nogle kommunale alkoholbehandlingssteder, misbrugsteams m.v. (se behandlingssteder fra side 59). Nogle praktiserende læger yder selv kognitiv terapi.

Mål og indhold

Kognitiv terapi baserer sig på antagelsen om, at vores liv styres af vores handlinger, som igen styres af, hvordan vi tænker og føler. Målet for kognitiv terapi går ud på at blive mere bevidst om sammenhængen mellem tanker, følelser og handlinger, og derigennem blive i stand til at ændre måden at tænke og handle på.

Et centralt begreb er 'kerneantagelserne', som er patientens basale antagelser om, hvordan verden er indrettet. Disse kerneantagelser er normalt ubevidste, men er grundlæggende for personligheden og identiteten. Herudover kommer leveregler, som er regler man ubevidst følger for at eksistere og overleve.

Et andet meget centralt begreb i kognitiv terapi er 'automatiske tanker', som opstår i forbindelse med bestemte indtryk, og som er under indflydelse af kerneantagelserne. I behandlingen arbejder man på at bevidstgøre og forandre de dysfunktionelle tanker. Der arbejdes med 'den kognitive diamant', det vil sige de fire elementer: tanker, følelser, adfærd og fysiske fornemmelser.

Kognitiv behandling indeholder ud over træning af rationel og analyserende tankevirksomhed også psyko-edukation og social færdighedstræning med henblik på at øge indsigt og bearbejdningsevne. Kognitiv behandling indebærer også, at man udsætter patienten for vanskelige situationer og hjemmopgaver.

Evidens for kognitiv terapi

Kognitiv terapi er den bedst undersøgte psykosociale behandlingsstrategi til alkoholafhængighed, og det er veldokumenteret, at kognitiv terapi reducerer alkoholforbrug (1a) og kan bruges med både afholdenhed og nedsat forbrug som målsætning (1b) (44, 45).

I Mesa Grande undersøgelsen blev kognitiv behandling rangeret som nummer 11 blandt 46 vurderede behandlingsmetoder (33).

Medicinsk behandling

– er relevant ved

- Skadeligt forbrug og afhængighed (A).

Medicinsk behandling har en central plads i den understøttende behandling af patienter med alkoholafhængighed (46-49). Generelt bør medicinsk behandling af alkoholproblemer altid ledsages af en psykosocial intervention (44-50).

Målgrupper for medicinsk behandling

Patienter til afrusning

Afrusning skal tilbydes, når patienten møder med abstinenser eller er så beruset, at drikkeophør med stor sandsynlighed vil give abstinenser. Behandling kan ske i almen praksis eller ved henvisning til relevant instans.

Der er ikke altid et netværk eller familie, der kan tage sig af patienten, så det er nødvendigt, at den praktiserende læge kender patienten godt for at udlevere recept på abstinensdæmpende medicin (med doseringsinstruks). Kontrol efter 1-2 dage.

Manglende behandling af abstinenser øger risikoen for, at fremtidige abstinenser bliver sværere, og der er øget risiko for kramper og delirium tremens (kindling) (51, 52). Desuden mister lægen måske patientens tillid.

Hvis afrusning ikke lykkes, kan man forsøge at motivere patienten for at nedsætte forbruget de kommende dage, så forsøget kan gentages ud fra et lavere forbrug.

Patienter med abstinensproblemer

Abstinenssymptomer starter sædvanligvis 6-24 timer efter sidste alkoholindtagelse, og de begynder at optræde, mens der stadig er alkohol i kroppen. Symptomerne består typisk af uro i hele kroppen, sved, hjertebanken, rastløshed, søvnbesvær, muskelsmerter, kvalme og opkastninger. Symptomerne varer 1-3 døgn, se også side 25.

Delirium tremens er den alvorligste form for abstinenssymptom. Foruden ovenstående symptomer kommer der uklar bevidsthed, hukommelsesforstyrrelser, psykomotoriske forstyrrelser og eventuelle synshallucinationer. Tilstanden har mange somatiske komplikationer, og dødeligheden er hen ved 20 % (53).

Patienter med milde abstinenser kan behandles i almen praksis/ambulant, mens sværere tilfælde bør behandles under indlæggelse. Ud over den kliniske tilstand kan følgende lægges til grund for indlæggelse:

- Gentagne mislykkede forsøg på ambulant afrusning
- Patienten er til fare for sig selv (mangler netværk)
- Suicidale trusler
- Støjende og aggressiv adfærd
- Alvorlig psykiatrisk sygdom.

Formålet med den medicinske behandling af abstinenssymptomer er at bringe patienten til ro.

Der er udviklet skemaer med symptom-score til at monitorere patienter i abstinensbehandling, men de har ikke vundet særlig indpas i almen praksis (54, 55).

Patienter med drikketrang (craving)

Drikketrang er en tvangsmæssig lyst til at drikke. Begrebet indgår i definitionen af alkoholafhængighed, men kan også findes ved storforbrug og skadeligt forbrug. Drikketrang er en indlysende barriere for at nedsætte et for stort alkoholforbrug, idet den næsten uimodståelige trang til at drikke svækker patientens evne til at holde fast i beslutning om at ændre alkoholvaner. Tidligere var fuldstændig drikkestop den eneste vej ud af drikketrangen, men nu findes forskellige behandlingsformer, som i kombination med nedsat alkoholforbrug, kan mindske eller fjerne drikketrangen.

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner anbefales som førstevalgsbehandling til patienter med *alkoholabstinenssymptomer* (1a) (44, 46-48, 56-58). Formålet er at bringe patienten til ro. Behandlingen reducerer symptomernes sværhedsgrad og nedsætter risikoen for kramper og delirium tremens. Alle benzodiazepiner kan i princippet anvendes, men chlordiazepoxid foretrækkes pga. den lange halveringstid (A).

Hvis en beruset patient møder op i konsultationen, og man skønner, at han/hun kan gennemføre en ambulant behandling, kan man medgive 8-12 tabletter á 10mg/25mg til næste dag. Op til en weekend må man vurdere individuelt, hvor meget der kan gives med hjem. Patienten instrueres i, hvordan han/hun skal tage tabletterne og opfordres til at medbringe resten ved næste konsultation et par dage senere.

Doserne bør justeres efter behov. Patienten ses med få dages mellemrum og opfordres til at medbringe ledsager. Dosis nedtrappes med 1/3 hver 3. dag. Er der betydelige søvnproblemer, kan dosis øges til natten.

Alternativet til at dosere abstinensbehandlingen efter symptomer er at dosere efter et fast aftrapningsskema, se herunder.

Afrusning, abstinensbehandling

Her er nogle håndfaste råd, der er lette at følge i klinikken. Da denne vejledning er møntet på læger, der ikke har rutine i afrusning, er beskrivelse af brugen af stoffer som clonazepam og fenemal og andre regimer undladt.

Lettere abstinenser: 24 stk. tabl. chlordiazepoxid (Risolid® 10 mg) (ved alkoholforbrug på fx 8 genstande dagligt):

1. dag 2+2+2 (60 mg)
2. dag 2+1+2 (50 mg)
3. dag 1+1+2 (40 mg)
4. dag 1+1+1 (30 mg)
5. dag 1+0+1 (20 mg)
6. dag 0+0+1 (10 mg) (i alt 21 tabletter).

Sværere abstinenser: 50 stk. tabl. chlordiazepoxid (Risolid® 25 mg) (ved alkoholforbrug på fx 15-20 genstande dagligt):

- 1.-3. dag 1+1+1+2 (125 mg/dag, i alt 15 tabl.)
- 4.-6. dag 1+0+1+1 (75 mg/dag, i alt 9 tabl.)
- 7.-9. dag 0+0+0+1 (25 mg/dag, i alt 3 tabl.) (i alt 27 tabletter).

Disse doser kan dog individualiseres.

Aftal kontrol med få dages mellemrum, helst med ledsager.

Behandlingen skal dæmpe abstinenssymptomerne og eventuelle symptomer på delir. Desuden forebygges abstinenskramper.

Søvnen er ofte forstyrret. Derfor gives 2-3 dagdoser + dobbeltdosis til natten (som fx 25+25+25+50 mg). På grund af stoffets (og andre benzodiazepiner) relativt lange halveringstid er aftrapning nem med 1/3 af startdosis hver 3. dag (9 dages behandling). Diazepam bør undgås pga. misbrugsrisikoen.

Yderligere information på www.medicin.dk

Virker benzodiazepiner?

Der er god evidens for, at benzodiazepiner kan reducere abstinenssymptomer, reducere hyppigheden af kramper og reducere risiko for udvikling af delirium tremens (1a) (44). Dette er dokumenteret i adskillige RCT, metaanalyser og systematiske reviews, og alle publicerede guidelines anbefaler ben-

zodiazepiner som first choice-behandling (44, 47, 48, 56-58). Dette gælder også patienter med svære abstinenssymptomer og delirium tremens.

Chlordiazepoxid er at foretrække, fordi stoffet har en lang plasmahalveringstid, det er hydrofilt med deraf følgende mindre tendens til afhængighed, og det har en bedre bivirkningsprofil end andre benzodiazepiner (1b) (44). Benzodiazepiner er potentielt afhængighedsskabende, og skal anvendes med forsigtighed i henhold til Sundhedsstyrelsen retningslinjer, men det må ikke medføre, at patienter med behov for abstinensbehandling ikke bliver behandlet eller får for lidt abstinensmedicin.

Til behandling af ambulante patienter er der imidlertid ikke nogen tvivl om, at benzodiazepiner er at foretrække alene på grund af bedre bivirkningsprofil. Til forgiftede patienter findes en antidot, flumazenil, hvilket ikke er tilfældet med barbiturater (D).

Afrusning og abstinensbehandling kræver, at patienten kommer hyppigt til kontrol og justering af dosis.

Vitaminer

Mangel på tiamin og andre vitaminer er almindelig hos alkoholafhængige, og det øger risikoen for udvikling af Wernicke-Korsakoffs syndrom. Symptomerne er dels neurologiske (Wernickes encefalopati) i form af lammelser i øjenmusklerne, horisontal nystagmus, tremor, ataksi, og dels psykiske som hallucinationer eller regelret psykose (Korsakoffs psykose).

Tidlig tiamin-behandling kan forhindre blivende neurologiske skader, hvorimod det er mere tvivlsomt, om de psykiske lidelser forsvinder. Absorptionen af peroral tiamin er særdeles usikker især hos patienter med alkoholproblemer. Den bedste måde at administrere tiamin på er i.v. Patienter med svære abstinenser og/eller mistanke om udvikling af Wernicke-Korsakoffs syndrom bør indlægges til behandling med Inj. Tiamin 400 mg i.v. 3 x daglig det første døgn, derefter 200 mg i.m. daglig i 10 dage. Denne behandling kan startes i almen praksis.

Der er tradition for at tilråde behandling af alle patienter med alkoholproblemer, og især alle sat i abstinensbehandling, med tiamin 300 mg dgl., herudover 3 tabl. B-combin Stærk dgl. Begge i maksimalt 3 mdr.

Evidensen for vitaminbehandling er beskeden (4-5), men behandlingen er billig og ufarlig.

Disulfiram (Antabus®)

Disulfiram (Antabus®) er understøttende medicinsk behandling.

Disulfiram er kun indiceret til patienter der ønsker total afholdenhed. Som regel kan behandlingen stoppes efter ca. 1 år, men nogle ønsker at fortsætte længere. Andre bruger kun behandlingen i perioder, hvor risikoen for tilbagefald er størst.

Disulfiram skal være et tilbud, som patienten beslutter sig til at benytte sig af som støtte i en periode, hvor fristelser ellers vil være for store. Men de færreste vil tage disulfiram livet ud.

Disulfiram er en enzymhæmmer, der hæmmer alkohols nedbrydning på overgangen fra acetaldehyd til eddikesyre. Hvis patienten drikker alkohol, fremkaldes en akut acetaldehydforgiftning, der er så ubehagelig, at patienten bliver skræmt fra at drikke, enten gennem personlig erfaring eller blot pga. kendskab til reaktionen. Der er store individuelle forskelle i toleransen; nogle få kan "drikke igennem" trods disulfiram, men de fleste oplever ved almindelig dosering, at selv små mængder alkohol udløser en ubehagelig reaktion.

Disulfiram bør først indtages, når patienten ikke længere har alkohol i blodet. Hvis man har et alkometer, se side 45, skal promillen være 0 eller næsten 0. Begynd med standardbehandlingen i klinikken 800 mg 2 gange ugentligt (eller 800 mg til 4 dage og 600 mg til 3 dage). Hvis behandlingen sker i hjemmet, er det nemmest for patienten at huske en daglig behandling (200 mg). Senest efter 3 måneders behandling bør man følge op med en drøftelse af det fremtidige forhold til alkohol.

Virker disulfiram?

Der er ikke evidens for, at usuperviseret Antabusbehandling – for eksempel udlevering af recept på Antabus® – har nogen effekt. Superviseret Antabus®behandling, det vil sige indtagelse af Antabus® under observation af personale, har signifikant effekt sammenlignet med placebo (60) og sammenlignet med Antabus®behandling uden supervision (44), men der mangler viden om Antabus®' effekt i almen praksis.

Sammenligning af disulfiram med andre medicinske behandlinger (acamprosat, naltrexon), har ikke vist signifikante forskelle i effekt (61). I Mesa Grande studiet er disulfiram placeret som nummer 12 (33).

Man kan kombinere disulfiram med anden farmakologisk behandling (acamprosat, naltrexon), men der foreligger ikke evidens for effekt heraf (62).

Disulfiram har fortsat en plads i alkoholbehandlingen (1b), men der er ikke dokumentation for effekt, med mindre man observerer/superviserer indtagelsen (A).

Acamprosate (Campral®)

Acamprosate (Campral®) er understøttende medicinsk behandling, som dæmper trangten til alkohol.

Acamprosate virker formentlig bedst hos patienter med craving og angst som fremtrædende symptomer (1a) (63), og hos patienter der har afholdenhed som målsætning.

Acamprosate skal doseres 3 gange dagligt. De fleste anbefaler at påbegynde behandlingen 1-4 uger efter sidste alkoholindtagelse, men man kan starte behandlingen, umiddelbart efter abstinensfasen er overstået. Behandlingsvarigheden er ikke endeligt fastlagt, men de fleste RCT anvender 6-12 måneders behandling, idet der er påvist effekt i langtidsstudier (1b).

Virker acamprosate?

Effekten af acamprosate er veldokumenteret. Selvom det har været på markedet over 10 år, har det kun opnået ringe udbredelse.

Flere end 5.700 patienter er behandlet med acamprosate i over 20 RCT, og der foreligger adskillige metaanalyser (44). Acamprosate øger andelen af alkoholaafhængige, der opnår total afholdenhed, antal dage med afholdenhed, varighed af afholdenhed, og det fastholder flere i behandling sammenlignet med placebo (1a) (44). Acamprosate er formentlig bedst til patienter med afholdenhed som målsætning og til patienter, hvor angst og craving er fremtrædende symptomer (A).

I metaanalyser er der fundet en number needed to treat (NNT) for total afholdenhed i 6-12 måneder på 6-11, og for fastholdelse i behandling NNT på 16 (44). De fleste effekt-studier af acamprosate er udført i Europa på patienter sammenlignelige med danskere. Et effekt-studie af acamprosate udført på amerikanske patienter fandt imidlertid ingen effekt (64).

Kun ét studie har undersøgt effekten af acamprosate-behandling i almen praksis (65). Studiet viste, at acamprosate havde en signifikant effekt sammenlignet med placebo.

I Mesa Grande studiet (33) blev acamprosate placeret som nummer 3 af 46 behandlinger.

Tilskud til acamprosat og naltrexon

Der bør søges om enkelttilskud til acamprosat og naltrexon. Det vil normalt kunne imødekommes i følgende tilfælde:

- Behandlingen er en del af et omfattende behandlingsprogram mod alkoholisme for at reducere risikoen for tilbagefald og som støttebehandling ved afholdenhed.
- Behandlingsprogrammet er kort beskrevet i ansøgningen.

Se også vejledende kriterier for enkelttilskud på hjemmesiden www.laegemiddelstyrelse.dk

Acamprosat har få bivirkninger og interaktioner med andre lægemidler (1a).

Naltrexon

Naltrexon er understøttende medicinsk behandling.

Naltrexon virker formentlig bedst hos patienter med familiær disposition for alkoholafhængighed og tidlig debut af alkoholproblematikken (1b) (66, 67). Herudover er der noget, der tyder på, at naltrexon er bedst til patienter, som har ønske om kontrol med eller reduktion af alkoholforbruget frem for total afholdenhed (A).

Naltrexon kan doseres én gang daglig. Naltrexon har flere bivirkninger end acamprosat: 10-15 % får kvalme, hovedpine og svimmelhed (1b). Naltrexon er kontraindiceret ved samtidig behandling med opioider, og betydelig nedsat leverfunktion er en relativ kontraindikation.

Naltrexon er en opioid antagonist, som via dopamin-systemet reducerer alkohols belønningseffekt.

Virker naltrexon?

Effekten af naltrexon er veldokumenteret, men selvom det har været på markedet i Danmark over 20 år, er forbruget ret beskedent.

Naltrexon øger fastholdelsen i behandling og reducerer tilbagefaldsraten, antallet af dage med stor alkoholindtagelse og graden af craving (44). NNT var 8 for tilbagefald og 10 for afholdenhed i 12 uger. Dokumentationen hviler på over 25 RCTs, hvor der indgik over 5.000 patienter, behandlet i mere end 25 RCTs (44, 68).

COMBINE-studiet viste, at i de grupper, hvor den medicinske behandling var kombineret med råd og vejledning, var der effekt af naltrexon, men ikke af acamprosat. Dette taler for, at naltrexon måske er mere egnet end acamprosat i almen praksis (64). I et andet studie var der ikke forskel på naltrexonbehandling med og uden kognitiv adfærdsterapi i almen praksis (69).

I Mesa Grande studiet blev naltrexon rangeret som nummer 4 i en vurdering af 46 forskellige behandlingsmetoder (33). Effekten af naltrexon synes lige-værdig med effekten af acamprosat.

SSRI

SSRI er medicinsk behandling mod angst og depression, som er hyppigere forekommende hos personer med alkoholproblemer end i normalbefolkningen. Der er principielt ingen forskel på indikationerne i forhold til patienter uden alkoholproblemer.

Virker SSRI?

Flere end 750 patienter med alkoholafhængighed er behandlet med SSRI i flere end 15 RCT. Metaanalyser af disse studier viser sikker effekt på angst og depression (44, 70, 71). SSRI har derimod ingen effekt på afhængigheden af alkohol (1a).

Alkometer

Et alkometer måler alkohol i udåndingsluften, som afspejler koncentrationen af alkohol i blodet.

Et alkometer kan med fordel anvendes, før man starter disulfirambehandling. Her er det hensigtsmæssigt at konstatere, at promillen er 0 eller næsten 0. [✓]

Et alkometer kan også anvendes i forbindelse med opstart af abstinensbehandling. Det er hensigtsmæssigt at konstatere, hvor høj promillen eventuelt er og sammenholde det med patientens oplysninger om seneste alkoholindtagelse. Med denne information kan den praktiserende læge fastsætte dosis af abstinensmedicin og planlægge, hvornår patienten skal møde til kontrol næste gang. Husk, at alkoholomsætningen foregår hurtigere hos tilvænnede, hvorfor abstinenssymptomer kan indtræde tidligere end forventet.

Et alkometer kan endvidere bruges ved formodning om tilbagefald under et behandlingsforløb samt i tilfælde, hvor der er lavet aftale om kontrol med fx arbejdsgiver eller kriminalforsorg. Her kan måling med alkometer bruges som dokumentation.



Alkoholintervention i almen praksis – teknik, mål og kvalitetssikring

Målgruppen for behandlingen i almen praksis er hovedsageligt patienter med et storforbrug eller et skadeligt forbrug af alkohol samt eventuelle pårørende til disse patienter.

Behandling af patienter med alkoholafhængighed kan eventuelt foregå i almen praksis, hvis:

- der ikke er tale om dyb afhængighed og/eller alvorlige ledsageproblemer
- der er ressourcer i almen praksis til at varetage opgaven, dvs. tid, lyst, erfaring og 'know how'.

Læge eller klinikpersonale?

I almen praksis vil behandling af alkoholproblemer ofte være en lægeopgave, men kan også varetages af klinikpersonalet i stil med andre rådgivningsopgaver ved livsstilssygdomme. Alkohols mangefacetterede indvirkning på organismens funktioner gør det til en spændende udfordring, og som ved andre problemstillinger skal klinikpersonalet undervejs konferere med lægen og superviseres om forløbet.

Motiverende samtaler

Den motiverende samtale synes at være en effektiv samtaleteknik til at understøtte alle former for alkoholintervention i almen praksis, information, kort intervention og kognitiv terapi (3).

Mål og indhold

Motiverende samtaler kan anvendes til afklaring af en patients ambivalens over for alkohol og til at fremme motivationen for en adfærdsændring, fx en reduktion af alkoholforbruget (72). Formålet med motiverende samtaler er at forstærke patientens motivation for forandring.

I motiverende samtaler er det grundlæggende at afdække forskellen mellem patientens *aktuelle* adfærd og den *ønskede* adfærd. Under samtalen konfronteres patienten med de divergerende former for adfærd, og man forsøger at understøtte patientens evne til at gennemføre forandringer i den ønskede retning.

Et nyttigt redskab kan være skalaspørgsmålene, der afdækker, hvor vigtigt det er for patienten at ændre sine alkoholvaner og i hvor høj grad, han/hun selv tror, det er muligt:

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at ændre ... ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(slet ikke vigtigt)					(meget vigtigt)				

I hvor høj grad tror du, at du kan ændre ... , hvis du valgte at forsøge

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(kan slet ikke)					(kan sagtens)				

Samtalen indledes

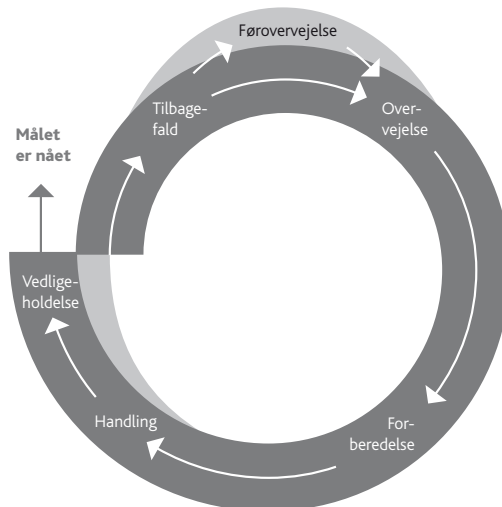
Den praktiserende læge starter fx med at spørge:

- Har du før tænkt på at nedsætte forbruget eller evt. holde helt op?
- Hvordan lykkedes det dengang?
- Har du lyst til at prøve igen?
- Kan jeg hjælpe dig?
- Hvad skal der ellers til?

Samtalens forløb

Ud fra svaret kan den praktiserende læge hjælpe patienten med at fastsætte realistiske, kortsigtede delmål, som tages op ved opfølgningen efter fx 2 uger. Senere kan intervallet øges, afhængigt af forløbet. Det er vigtigt at bygge på erfaringen om, hvordan det er gået, og herefter ændre taktik, hvis det er nødvendigt. Under samtalen skal man have forandringscirklen for sit indre blik for at forstå de udfordringer og holdninger, der er aktuelle for patienten lige nu, se figur nedenfor. Man bør stille åbne spørgsmål, gentage og omformulere svarene, så det står klart, hvordan patienten selv vurderer sit alkoholforbrug.

FIGUR 5



Modificeret efter Prochaska JO,
Norcross JC, DiClemente CC

Barrierer for at nå målet

Hvis der ikke sker ændringer, kan man sammen med patienten undersøge, hvilke barrierer der er for at ændre adfærd. Det, som ofte betragtes som "en dårlig undskyldning", kan af patienten opleves som et reelt problem, og det er vigtigt at vise sig åben for at tale om problemet.

Hvis patientens tanker kredser om problemer i familien eller på arbejdspladsen, kan det tage kræfter og gøre det sværere at ændre alkoholvaner. Hvis patienten er meget stresset på arbejdet, nedsætter det også overskuddet til at skabe forandring.

Når de vigtigste barrierer er identificeret, kan man sammen med patienten undersøge, hvordan det er muligt at mindske eller fjerne barriererne. Måske kan familiebekymringer lettes, hvis partneren inddrages i alkoholbehandlingen? Måske kan drikketrangen behandles med medicin? Måske kan stress mindskes ved at tilrettelægge arbejdet anderledes? Måske er timingen dårlig, og patienten vil have lettere ved at gennemføre en vaneændring om en måned, når den presserende arbejdsopgave er fra hånden? Læs mere i *Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – Rådgivning til almen praksis*, Sundhedsstyrelsen 2007 (98).

Det er vigtigt at informere patienten om, at de fleste barrierer bliver mindre i takt med, at alkoholforbruget bliver mindre, idet alkohol er nøglefaktoren, og barriererne kan være ledsageproblemer.

Som led i udredningen af barrierer, kan man også stille spørgsmålene: *Hvad er alkoholens væsentligste funktion for dig? Hygge? Social faktor? Beroligelse? Belønning? Rus? Pres fra partner/venner/kolleger? Angstdæmper? Mod medicinbivirkning?*

Og derefter:

Kan du opnå samme (eller næsten samme) gevinst på en anden måde end med alkohol?

Ressourcer til at nå målet

Patientens ressourcer kan søges afdækket med spørgsmål, der sender tanken tilbage til tidligere faser i tilværelsen, hvor det var nødvendigt med en ekstra indsats, og hvor det lykkedes patienten at ændre adfærd. Man kan fx spørge:

Hvordan har du tidligere klaret det, når noget var svært? Hvordan har du fundet kræfter?

Patienterne har næsten altid erfaringer, som de kan trække på. Måske har de tidligere været på slankekur med god effekt, eller de har gennemført et motionsprogram i en bestemt periode. Den praktiserende læge kender sjældent sine patienters succeshistorier, men ved at bringe dem frem i konsultationen og fokusere på de gode erfaringer, kan man give sine patienter et nyttigt værktøj til at løse forestående problemer (73).

Hvis man har en samtale med socialt udsatte eller sårbare patienter, skal man som læge være opmærksom på, at der kan være langt imellem patientens oplevelse af succeshistorier. Man kan hjælpe patienten på vej ved at huske – og spørge til – succeser, der knytter sig til meget små og hverdagsnære ændringer i patientens liv.

Patientens motivation

Som hjælp til at patienten kan opnå bedre indsigt i sin ambivalens mellem ønsker og adfærd, kan man bede patienten udfylde et balanceskema, se nedenfor.

Man beder patienten beskrive alle de fordele og ulemper, han/hun kan komme i tanke om ved at fortsætte med det nuværende forbrug af alkohol. Tilsvarende skal patienten skrive fordele og ulemper ved at sætte forbruget ned eller helt stoppe med at drikke. Hvis patienten fx skriver, at ulemperne ved fortsat brug er, at det er dyrt og kan skade helbredet, kan man støtte patienten til at gøre ulemperne nærværende ved at spørge:

Hvad betyder det for dig, at det er dyrt?

Hvad betyder det for dig, at dit alkoholforbrug kan skade dit helbred?

Efterhånden tegner der sig i venstre side af skemaet de motiver, patienten har til at fortsætte drikkeriet, og til højre motiverne til at holde op. Balanceskemaet er således med til at tydeliggøre fordele og ulemper for patienten ved brugen af alkohol.

FIGUR 6

Fordele ved at fortsætte med nuværende forbrug af alkohol	Ulemperne ved at fortsætte med nuværende forbrug af alkohol
Ulemper ved at sætte forbruget af alkohol ned/holde op med at drikke alkohol	Fordele ved at sætte forbruget af alkohol ned/holde op med at drikke alkohol

Afdækning af bekymring

Man kan fx spørge, hvad patienten selv synes? Om patienten har været bekymret over sit forbrug? Eller om andre i familien eller på arbejdspladsen har sagt noget om det? Eller om det har været nævnt af tidligere læge, personale på skadestuen eller under indlæggelse?

Man kan spørge, om patienten kender noget til alkohols betydning for det problem, han/hun i dag kommer for at få løst?

Om patienten tror, alkohol kan have en betydning i dette tilfælde?

Om patienten har lyst til at vide mere?

Den praktiserende læge bør være ærlig i sin vurdering af patientens alkoholproblem. Patientens autonomi skal respekteres, men han/hun skal ikke snakkes efter munden. Man kan fx sige:

Som din læge er jeg bekymret for dit høje blodtryk, når jeg tænker på, hvad du har fortalt om dine alkoholvaner. Men jeg forstår, at du ikke har lyst til at tale mere om det i dag. Hvis du skulle skifte mening, er du altid velkommen.

Det kan tillige bløde op på en fastkørt samtale, hvis man skifter emne:

Nu har vi talt om dit forbrug af alkohol og tobak. Er der andre ting i dagligdagen, du hellere vil drøfte med mig? Familien, dit arbejde eller andet?

Emneskiftet kan synes spild af tid, men det får patienten til at slappe af, og undertiden kommer der ting på banen, som kan bruges til at styrke motivationen for at nedsætte alkoholforbruget. Det er vigtigt at formidle, at andre problemer ofte bliver lettere, hvis patienten tager fat i alkoholproblemet.

Evidens for motiverende samtaler

Metaanalyser har vist, at motiverende samtaler har effekt på en række forskellige livsstilsfaktorer herunder alkoholforbrug (74, 75) (1a). Effekten er til stede i såvel behandlingssøgende som ikke-behandlingssøgende populationer (74). Mesa Grande-projektet vurderede motiverende samtaler som den næstbedste behandlingsmetode (efter kort intervention) (33). Læs mere i *Motivationssamtalen i sundhedssektoren*. Hans Reitzel, 2009 (72).

Mål for behandlingen

Målet med alkoholbehandlingen i almen praksis er at nedsætte patientens alkoholforbrug til et omfang, som ikke udgør en risiko for helbred eller socialt liv.

Det er vigtigt, at patienten føler sig hjulpet og forstået og ikke stigmatiseret eller patroniseret. Patienten skal have lyst til at komme igen. I praksis drejer det sig altid om et kompromis, i hvert fald i begyndelsen. Senere viser det sig undertiden, at patientens følelse af begrænsning aftager, idet det ny, lavere forbrug ikke er en hindring for patientens nydelse eller sociale funktion.

Succeskriterier

Det er en succes, hvis patienten undgår alkoholskader (i bred forstand) og når et forbrugsniveau, der betyder, at de pårørende ikke belastes. Det kan være svært at måle eventuelle alkoholskader, men hvis symptomerne lindres, de objektive fund normaliseres og de sociale funktioner genvindes, er det succes.

Fastlæg individuelle mål med patienten

Ved den første konsultation orienteres patienten om alkohols betydning for patientens helbred, gerne med udgangspunkt i den aktuelle henvendelsesårsag. Hvis patienten tager imod tilbud om behandling, aftales ved næste konsultation de mål, patienten stiler mod at opnå.

Det er vigtigt, at patienten selv sætter det endelige mål for sin behandling, men med den praktiserende læge som rådgiver. Lægen bør hjælpe med at gøre målet realistisk ud fra sit kendskab til patientens aktuelle helbred og helbredsskader og ud fra sin erfaring i øvrigt. Det er nyttigt at beskrive målet, både på langt og på kort sigt.

Det langsigtede mål præsenterer patienten ofte meget ambitiøst: "Jeg skal aldrig drikke mere". Vi ved, at der ofte er tilbagefald, når man prøver at komme ud af et alkoholproblem – bl.a. pga. det store drikkepres, som mange er udsat for i den danske alkoholkultur. En ambition om totalt alkoholstop vil derfor støde på forhindringer. Alligevel kan det være en hjælp for patienten at have en klar målsætning om ikke at drikke alkohol, fordi selv små doser kan udløse et tilbagefald. Et forbrug på 1-2 glas alkohol om dagen kan være vanskeligt at administrere for patienten, da blot en lille dosis alkohol dæmper selvkontrollen så meget, at det kan være svært at holde fast i sine mål. Det kan derfor være en hjælp for patienten, hvis lægen bakker patientens mål om afholdenhed op, selvom lægen ved, at der kan komme tilbagefald. Målsætningen kan naturligvis revideres efter behov, og efter 3 måneder vil det være relevant at snakke om, hvorvidt patienten stadig synes målsætningen fungerer godt.

Delmålet er det kortsigtede mål, der skal nås til næste samtale. Dette mål er vigtigt at aftale konkret. Et delmål kan være at nedsætte forbruget fra 6 til 2 daglige genstande, ikke at drikke før kl. 18, at drikke alkoholfrit ved hvert andet glas ect. Igen er det patienten, der skal definere delmålet. Så er chancen for succes størst.

Ved hver opfølgning noteres forbruget og samtidig beskrives ændringer i symptomer og objektive fund så nøjagtigt som muligt. Ved samme lejlighed fastlægges et nyt delmål, og endemålet skal måske justeres.

Hvis ikke delmålet nås, må man tage det op ud fra tanken: Var målet for ambitiøst, eller var metoden forkert? Hvilke barrierer var der for at nå delmålet? Kan nogle af disse barrierer fjernes?

Patienten vil ofte fastsætte et for krævende mål, og det er den praktiserende læges opgave at hjælpe patienten til at fastsætte delmålet realistisk. Hvis delmålet ikke er for ambitiøst, er der bedre muligheder for at nå det. Oplevelsen af succes er en bærende kraft. Og der er ingen grund til hastværk.

Kvalitetssikring

Indsatsen i alkoholbehandlingen i Danmark er meget varierende, og evidensgrundlaget for de mange behandlingstilbud er spinkelt (76, 77). De senere år er der gennemført en række undersøgelser af alkoholbehandling i praksis, og der foreligger efterhånden evidens for, hvad der er god praksis på en række områder.

God kvalitet i alkoholbehandlingen forudsætter en grundig udredning, inklusiv oplysning om alkoholforbrug (78). Informationerne skal skrives i journalen og forsynes med diagnosekoder (ICPC, se side 14), så lægen senere kan genfinde dem (79). Derved får man bedre overblik over, hvad man har gjort.

For at sikre at kvaliteten er i orden, må man have en systematisk tilgang til kvalitetsvurdering i praksis samt objektive mål, der viser, om man lever op til den standard, som er realistisk at nå (80). Standarder kan variere fra praksis til praksis, alt afhængig af patientsammensætning, lokale forhold, muligheder og egne ambitioner.

Kvaliteten af arbejdet i praksis kan vurderes på baggrund af:

- Struktur
- Proces
- Resultat.

Struktur

Strukturen refererer til de forhold og rammer, hvorunder behandlingen og kontrollen finder sted. Det kan dreje sig om opgavefordeling (læge/sygeplejerske), journalføringen, hvilket udstyr praksis råder over, tidsbestilling og mulighed for at komme i kontakt med lægen etc.

Proces

Proces afspejler den måde, hvorpå alkoholproblemer håndteres i praksis. Hvordan foregår opsporing, udredning, vurdering og behandling? Anvendes et screeningsinstrument til at identificere patienter med alkoholproblemer, eller udspørger man kun patienter om alkoholforbrug, hvis de henvender sig med alkoholrelateret sygdom eller symptom? Disse forskellige metoder til at opspore alkoholproblemer repræsenterer forskellige diagnostiske tilgange (processer). Tilsvarende kan man kvalitetsvurdere den behandlingsform, der anvendes, fx hvor stor en andel af patienter med et kendt overforbrug af alkohol får tilbudt samtaler i praksis, og hvor mange kommer i medikamentel behandling for et alkoholproblem? Disse parametre refererer til den behandlingsmæssige proces.

Resultat

For patienten er resultatet som regel det vigtigste. En god behandlingskvalitet er typisk ensbetydende med, at patienten blev helbredt for sine symptomer. Handler det om alkoholproblemer, er det vigtigste, at patienten får nedsat eller stoppet sit alkoholforbrug. Men endnu vigtigere er det måske, at der ikke kommer tilbagefald.

Standard og indikatorer

Standard

En standard angiver kravet til kvalitet, og bør defineres af den, der skal udføre arbejdet. I almen praksis vil det typisk være den praktiserende læge selv, der fastsætter sine standarder. Standarden kan fx være et krav om, at mindst 90 % af alle patienter med kendt storforbrug af alkohol har fået tilbudt en samtale om alkoholreduktion inden for 1 år. Dette er et eksempel på en standard, der refererer til processen: Hvor mange patienter er blevet tilbudt en given behandling? I en anden praksis, som betjener et område med mange patienter med alkoholproblemer, er standarden måske kun fastsat til 70 %, simpelthen fordi der ikke er kapacitet til at klare flere.

Indikator

En indikator er en målbar variabel til at måle kvaliteten – altså i hvor høj grad praksis lever op til den angivne standard. En indikator består ligesom en standard af en tæller (antal patienter der opfylder et givet kriterium) og en nævner (antal patienter der indgår i kvalitetsvurderingen). Ved hjælp af indikatoren kan man måle, om kvaliteten lever op til den standard, man har sat. Indikatorerne bør være handlingsrelaterede, så de kan anvendes i den daglige klinik, og de bør prioriteres til de områder, hvor man selv har indflydelse på diagnostik og behandling. At lave kvalitetsmåling på områder, hvor man ikke har mulighed for at forbedre kvaliteten, giver ikke megen mening.

Indikatorer for kvalitet i alkoholbehandlingen

Måling af kvaliteten ved hjælp af indikatorer kan ske ved, at lægen indsamler oplysninger om sine tilmeldte patienter og de interventioner, der er gennemført. En systematisk indhentning af data forudsætter, at lægen selv kan søge oplysninger i sit journalsystem via diagnosekoder eventuelt suppleret med data indsamlet uden for praksis, fx via datafangst- modulet.

Der findes kun sparsom litteratur om konkrete indikatorer til måling af kvaliteten i behandlingen af alkoholproblemer, og det er ikke lykkedes redaktionsgruppen at udpege et sæt generelle indikatorer, der passer til almen praksis. Redaktionsgruppen har derfor valgt at komme med forslag til indikatorer. De foreslåede indikatorer tager udgangspunkt i anbefalinger fra evidensbaserede kliniske vejledninger om patienter med alkoholproblemer i almen praksis. Størstedelen af de foreslåede indikatorer vedrører proceskvaliteten. Der er behov for undersøgelser i praksis til at udvikle, validere og afprøve kvalitetsindikatorer om alkoholbehandling i almen praksis.

Forslag til indikatorer relateret til risikovurdering og diagnose

- Andelen af patienter, der inden for den sidste uge/måned er blevet spurgt om forbruget af alkohol

- Andelen af patienter med forhøjet BT, hvor der i journalen foreligger oplysninger om forbruget af alkohol
- Antal patienter i praksis med kendt overforbrug af alkohol/antal til-meldte patienter
- Antal patienter kodet med en ICPC-diagnose relateret til et alkoholpro-blem/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen for hen-holdsvis kvinder og mænd
- Antal patienter undersøgt for psykisk sygdom/alle patienter, der drik-ker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter undersøgt for somatisk sygdom/alle patienter, der drik-ker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter adspurgt om forbrug af andre stoffer/lægemidler (morfika, nervemedicin)/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter vurderet inden for det sidste år med henblik på moti-vation for ændring af livsstil/alle patienter, der drikker over 14/21 gen-stande om ugen
- Antal patienter som har fået tilbudt pårørende-samtaler inden for det sidste år/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter med børn i familien under 18 år hvor skolen/institutio-nen er orienteret om alkoholproblemet /alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen og har børn under 18 år.

Forslag til indikatorer relateret til intervention

- Antal patienter med kendt overforbrug, som har fået tilbudt samtale (kort intervention) om alkohol/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter med kendt overforbrug som har fået opstillet et mål for behandlingen/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter i farmakologisk alkoholbehandling (ex. Antabus®)/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter som har reduceret forbruget til under 14/21 genstande om ugen/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter med recidiv af alkoholproblem/alle patienter med et for-brug på over 14/21 genstande om ugen, og som er sat i behandling (fx inden for det sidste år).

Forslag til indikatorer relateret til henvisning og samarbejde

- Antal patienter henvist til andre alkoholbehandlere/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen
- Antal patienter, hvor der er et tværfagligt samarbejde om behandling af alkoholproblemet (socialrådgiver, ambulant alkoholbehandlingsinsti-tution)/alle patienter, der drikker over 14/21 genstande om ugen.

Effekt

Patienter med alkoholproblemer udgør en meget heterogen gruppe af patienter med somatiske sygdomme, psykiatriske lidelser og sociale problemer. En stor gruppe har kun lettere alkoholproblemer, som kræver lille intervention – måske blot gode råd og vejledning.

Effektmålene vil være lige så forskellige, lige fra en lille nedsættelse af forbruget, over periodisk alkoholstop til livslang afholdenhed. Målsætningen er dog sjældent total alkoholfrihed, som det ofte er tilfældet, når det drejer sig om brug af stoffer.

Der er hverken national eller international konsensus om, hvad der definerer god effekt, eller hvor lang tid, patienten skal have været 'symptomfri', for at man kan definere behandling som succesfuld. Effekten af behandling synes at stabilisere sig efter 6-12 måneder, men der er store udsving på individniveau. Der er heller ikke enighed om, hvordan man definerer 'tilbagefald', og hvor meget alkohol, patienten kan drikke efter endt behandling, for at man kan tale om en behandlingsmæssig fiasko.

Evidens for effekt

Alkoholbehandling er – som megen anden behandling – karakteriseret ved, at relativt mange patienter ophører for tidligt med behandling (81). Mange undersøgelser af behandlingseffekt er således karakteriseret ved høje drop-out-rater.

I randomiserede, kontrollerede undersøgelser (RCT) har der været anvendt flere forskellige effektparametre, hvoraf de hyppigste er mængden af indtaget alkohol, hyppighed af alkoholindtagelse, antal dage med total afholdenhed, og længden af perioder med total afholdenhed.

I daglig klinisk praksis er der tale om langt mere individuelle målsætninger, som må aftales med den enkelte patient. Hos én patient kan afholdenhed i en måned være et succeskriterium, og hos en anden patient kan der være tale om reduktion af antallet af recidiver fra 10 til 2 om året, reduktion af alkoholforbruget til under 14/21 genstande om ugen eller forbedring af det sociale funktionsniveau, for blot at nævne nogle mulige succeskriterier.

Hvis man vil monitorere effekten med en objektiv målbar parameter, kan man anvende redskabet AUDIT, se side 21.

Diagnosekodning (ICPC og ICD-10)

De to mest anvendte diagnosekodesystemer er International Classification of Primary Care (ICPC) og International Classification of Diseases-10 (ICD-10).

ICPC er udviklet af WONCA til brug i almen praksis, mens ICD-10 er udviklet af WHO til brug i sygehusvæsenet. I modsætning til ICPC er ICD-10 meget detaljeret og derfor mest velegnet i det højt specialiserede sygehusvæsen, hvor man som regel har svar på mere specifikke undersøgelser, funktionsprøver m.m.

ICPC-kodesystemet indeholder to kapitler med koder for psykosociale problemer:

- Kapitel P: Psykiske problemer
- Kapitel Z: Sociale problemer.

I kapitel P findes to diagnosekoder, der specifikt relaterer sig til alkoholudløste helbredsproblemer:

- P15: Kronisk alkoholmisbrug
- P16: Akut alkoholforgiftning.

I ICPC-2 findes en række symptomdiagnoser, fx angst/nervøsitet/anspændthed (P01), søvnforstyrrelse (P06) som adskiller sig fra de egentlige psykiatriske sygdomsdiagnoser såsom depression (P76), angsttilstand (P74) og kronisk alkoholmisbrug (P15). Misbrug defineres i ICPC-2 som en psykisk lidelse forårsaget af brug af afhængighedsskabende midler, som kan resultere i akut forgiftning (fx alkoholforgiftning P16), abstinensstilstand og psykiske forstyrrelser (82).

I kapitel A findes en diagnose, der omfatter storforbrug: A23: Alkoholforbrug > 14 (K) henholdsvis > 21 (M) genstande pr. uge.

ICPC-2-DK (den danske ICPC-udgave) har integreret praksisrelevante ICD-10-diagnoser, så lægen kan specificere sin diagnose, når det ønskes. Således omfatter ICPC-diagnosen P15 (kronisk) alkoholmisbrug flere inkluderede ICD-10-diagnoser sammen med kriterier for diagnosen.

(Fortsættes næste side)

ICPC-diagnose:

P15 Kronisk alkoholmisbrug

Kriterier

Forstyrrelse som skyldes brug af alkohol, og som resulterer i en eller flere af følgende: skadeligt brug med klinisk betydelig skade på helbredet, afhængighedssyndrom, abstinenser og psykotiske forstyrrelser.

Inkluderede ICD-10-diagnoser

P15 Skadeligt brug af alkohol

P15 Alkoholafhængighedssyndrom

P15 Alkoholpsykose

P15 Delirøs abstinensstilstand som følge af alkoholbrug

P15 Encephalopathia alcoholica

Ydelsesregistrering

Aftalt forebyggelseskonsultation: ydelse 0106

Forebyggelsesydelsen i almen praksis (ydelse 0106) består af en i forvejen aftalt konsultation om forebyggelse med et specifikt forebyggende formål fx en samtale om alkohol eller andre rusmidler. Ydelsen vil oftest være en opfølgning på en tidligere gennemført konsultation, og har ofte karakter af en forløb-opfølgning (og fastholdelse).

Anvendelsesområder

Aftalt forebyggelseskonsultation kan vedrøre typiske livsstilsfaktorer som usund kost, rygning, alkohol og utilstrækkelig fysisk aktivitet, men samtalen kan også dreje sig om fysiske, sociale og psykiske forhold. Den kan anvendes for at nå til enighed om mål for behandling ved de store folkesygdomme, men der kan også være tale om andre forhold af forebyggelsesmæssig karakter. I forbindelse med konsultationen tages der stilling til eventuel behandling, rådgivning og henvisning. Patienten skal på forhånd have accepteret indholdet i forebyggelseskonsultationen (motivation og forberedelse). Hvis lægen skønner, at det er hensigtsmæssigt, kan forebyggelseskonsultation gennemføres ved klinikpersonale.

Samarbejdsparter i alkoholbehandlingen

Den hyppige forekomst af somatisk og psykiatrisk komorbiditet fordrer et tværfagligt samarbejde, hvor almen praksis har den koordinerende funktion. Ud over psykiatriske og somatiske sygehusafdelinger gælder det også kommunen (alkoholbehandlingen, socialforvaltningen, arbejdsmarkedsforvaltningen, samt børne-, unge- og familieforvaltningen m.v.).

Kommunen

Sundhedsloven giver kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse af livsstilssygdomme med fokus på kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Derudover har kommunen fået ansvaret for alkoholbehandlingen.

Den borgerrettede forebyggelse har til formål at forebygge, at personer udvikler et skadeligt alkoholforbrug. Den omfatter også tidlig opsporing af personer med storforbrug af alkohol med henblik på at mindske forbruget. Læs mere i *Kvalitet og Organisering – et inspirationskatalog til misbrugsbehandling*. KL 2009 (94).

Kommunen skal ifølge loven tilbyde behandling, som skal starte senest 14 dage efter, at patienten har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i alkoholbehandling. I kommunen omfatter tilbuddet ambulant behandling på alkoholbehandlingsinstitution, og kan derudover omfatte dag- og døgnbehandling på alkoholbehandlingsinstitution og endvidere henvisning til diverse private tilbud.

Der er frit valg til ethvert ambulant alkoholbehandlingstilbud, som en kommune har aftale med. Henvendelse kan ske anonymt og til en hvilken som helst kommune. Dag- og døgnbehandling kræver kommunens bevilling, med mindre patienten selv betaler for behandlingen. Der er store variationer i kommunernes behandlingstilbud, og det er derfor vigtigt, at lægen orienterer sig om lokale muligheder for alkoholbehandling.

Rådgivningstilbud

Nogle kommuner kan yde rådgivning og vejledning på alkoholområdet især til borgere med storforbrug og eventuelt skadeligt forbrug. Et sådant tilbud kan være etableret i forbindelse med et lokalt alkoholbehandlingstilbud eller andre rådgivningstilbud, fx sundhedscentre.

Ambulante alkoholbehandlingsinstitutioner

De kommunale alkoholbehandlingsinstitutioner har især fokus på behandling af personer, som er afhængige af alkohol. En betydelig del af disse patienter har en psykiatrisk komorbiditet. Det er hensigtsmæssigt, at be-

handlingen af disse patienter foregår i samme regi, idet man opnår bedst effekt, hvis behandling af afhængighed og psykiatrisk komorbiditet foregår i samme forløb. Hvis der er tale om patienter med sværere psykiatriske problemstillinger, som fx skizofreni, bør der henvises til psykiatrisk afdeling.

Patienter med et afhængighedsforhold til alkohol bør derfor normalt henvises til behandling i en ambulant alkoholbehandlingsinstitution.

Behandlingsinstitution med familieorienteret alkoholbehandling

Der har de senere år været meget fokus på familieorienteret alkoholbehandling og på de konsekvenser, som rammer børn i familier med alkoholproblemer. Nogle kommuner har etableret familiebehandling som en integreret del af alkoholbehandlingen, ligesom der visse steder er ansat børnefamiliesagkyndige, som kan rådgive og vejlede i disse ofte komplicerede sager. Herudover er der nogle steder etableret børne- og ungegrupper, der som målgruppe har børn og unge fra familier med alkoholproblemer (86, 87).

Samarbejde med kommunen

Der kræves ingen formel henvisning til en ambulant alkoholbehandlingsinstitution, og der er sjældent formaliseret information (henvisning, epikrise) mellem egen læge og alkoholbehandlingsinstitutionen.

Samarbejde mellem almen praksis og kommune er imidlertid af afgørende betydning for at opnå en koordineret og sammenhængende indsats til borgere med alkoholproblemer.

Samarbejdet kan omfatte såvel samarbejde om enkelt personer som samarbejde af mere generel karakter. Det kan fx omfatte gensidig oplysning om behandlingstilbud, herunder lettilgængelig information om kommunens tilbud på alkoholområdet, aftaler om henvisning og epikriser (med patientens tilladelse), aftaler om fast kontaktperson for henvendelser fra lægen til kommunens alkoholbehandling.

Alkoholbehandlingen i kommunerne er under udvikling, eksempelvis vil flere kommuner måske udvikle tilbud inden for rådgivningsområdet. Det er vigtigt, at samarbejdet mellem almen praksis og kommune kan medvirke til koordination og sammenhæng i evt. nye tilbud. Aftaler om samarbejde på alkoholområdet kan indgå i Sundhedsaftalerne.

Misbrugsteams

Nogle steder har man bibeholdt de misbrugsteams, der før lå i amtsligt regi. Men der eksisterer tillige private, uautoriserede misbrugs-konsulentfirmaer, som kommunerne af og til henviser til. Disse konsulentfirmaers faglige status er sjældent vurderet af uvildige myndigheder.

Minnesotacentre

Minnesotabehandling er baseret på 12 behandlingstrin (12-step-facilitation, TSF). I Minnesotabehandling forstås alkoholafhængighed som en sygdom (83). Behandlingen varer typisk 4-6 uger, og målet er, at patienten opnår total afholdenhed. Behandlingen varetages typisk af personer, der tidligere har været afhængige af alkohol, og den består af individuelle samtaler, foredrag og gruppe-behandling. Patienterne deltager sideløbende i selvhjælpsgrupper (AA-møder), som fortsætter, efter den intensive behandling er ophørt.

Der er kun udført få randomiserede undersøgelser for at belyse effekten af Minnesota-behandling, og der er uenighed om resultaterne (33, 44, 83). En dansk undersøgelse, som sammenlignede 12-trinsbehandling på dag-basis med offentligt finansieret ambulant behandling fandt ikke signifikant forskel mellem grupperne (84). Minnesota-behandling er formentlig effektiv, men hverken bedre eller dårligere end andre behandlinger. Der er tale om en konfronterende behandlingsform, som ikke er egnet til patienter med psykiske lidelser.

I Mesa Grande-undersøgelsen blev 12-trins-behandling/Minnesota-behandling rangeret som henholdsvis nummer 24 og 20 (33).

Selvhjælpsgrupper

Der er kun få randomiserede undersøgelser af effekten af selvhjælpsgrupper såsom Anonyme Alkoholikere (AA) og Lænken. Selvhjælpsgrupper kan formentlig hjælpe med til at fastholde alkoholafhængige i afholdenhed (3a) (44, 85), selv om det seneste systematiske review ikke kunne finde dokumentation for en signifikant effekt af deltagelse i AA-møder (83).

Selvhjælpsmaterialer

Der er en vis evidens for effekt af udleveret selvhjælpsmateriale, og der er lavet en del randomiserede studier, som har vist, at selvhjælpsmateriale udleveret på opfordring til patienter, der selv søger behandling, kan ændre alkoholvaner (1a) (88) ligesom selvhjælpsmateriale kan være en hjælp i motivationsarbejdet.

Effekten af udlevering af selvhjælpsmateriale på baggrund af en screening for alkoholproblemer er mere uklar.

Du kan downloade et skema til selvregistrering af alkoholforbrug på www.dsam.dk

Psykiatrisk afdeling

De fleste psykiatriske afdelinger og psykiatriske skadestuer har stor erfaring med behandling af både akutte og kroniske alkoholproblemer. En del

patienter med svær alkoholafhængighed og svære psykiatriske problemer, fx skizofreni eller andre psykoser, bør behandles i psykiatrisk regi. Nogle steder i landet varetager de psykiatriske afdelinger afrusning og abstinensbehandling, mens det andre steder er en opgave, der varetages af det somatiske sygehusvæsen. Det afhænger meget af lokale forhold og aftaler.

Familieambulatorier

Familieambulatorier er tværfaglige enheder, hvis formål er at forebygge rusmiddelrelaterede fosterskader og sikre en specialiseret hjælp til de børn, som har været udsat for rusmidler i fosterlivet. Som et regionalt supplement til den kommunale indsats er der placeret et familieambulatorium på et hospital i hver region.

Den praktiserende læge kan henvise til et familieambulatorium, men der er åben visitation, og gravide kan også henvende sig anonymt.

Familieambulatorierne varetager den specialiserede forebyggende og behandlende svangreomsorg for gravide, som har eller har haft rusmiddelproblemer (inden for de seneste par år). Herudover varetager familieambulatoriet undersøgelser og behandling af det nyfødte barn og moderen i barselsperioden samt opfølgning indtil skolealderen af børn, der har været eksponeret for rusmidler i fostertilværelsen.

Et egentligt rusmiddelproblem indgår ofte i en kompliceret familiær og psykosocial sammenhæng, så et helhedsorienteret syn og en stærk tværfaglig og tværsektoriel indsats kan være afgørende. Familieambulatorierne bemannes med tværfaglige teams af bl.a. læger, socialrådgivere og psykologer, som også kan trække på andre specialfunktioner i sygehusvæsenet.

Læs mere i *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel*, Sundhedsstyrelsen 2005 (99), *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Sundhedsstyrelsen 2009 (100) og *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier*, Sundhedsstyrelsen 2009 (101).

I Mesa Grande-studiet er familiebehandling nummer 23 af 46 forskellige former for alkoholbehandling (33).

Partner eller anden pårørende

Nogle patienter støttes meget af en partner eller anden pårørende. Det er vigtigt, at partneren kan skelne mellem funktionen som støtte og som kontrollør. Det er almindeligvis uhensigtsmæssigt, at partneren hjælper med at give Antabus®. Hvis patienten ikke selv husker at tage Antabus®, er motivationen nok for lav, og det skal overvejes, om en anden behandling er bedre.

Hele familien belastes i betydelig grad af alkoholproblemer. Det vigtigste er at den drikkende holder op med at drikke, men uanset hvilke behandlingsmetoder, der anvendes, bør familien inddrages i behandlingen. Det øger motivationen og compliance, og effekten af interventionen øges. Fokus på familien medfører også, at partner og børn får det bedre. Det er derfor altid relevant at tilbyde støtte til både partner og børn, selvom den afhængige ikke ønsker at gå i behandling.

Få partneren med

Når en patient har et stort alkoholforbrug, bør lægen spørge til, hvad dette kan betyde for familien. Ofte lykkes det at få accept til at invitere partneren med til næste samtale. Partneren kan være en stor ressource, og at inddrage ham/hende i samtaler om alkoholproblemet kan være med til at bryde uheldsmæssige mønstre i familien. Lægen bør også spørge, om patienten har børn, se side 27.

Hvis det er *partneren*, der henvender sig og beder lægen om 'at gøre noget', er opgaven at få parret til at komme i konsultationen sammen. Prøv at få partneren til at invitere den drikkende med til en samtale. Det er vigtigt, at den drikkende ikke pådømmes skyld, men inviteres åbent og fordomsfrit.

Giv eventuelt partneren en tidsaftale med hjem – og/eller en skriftlig invitation til at deltage i en samtale. En anden mulighed er, at lægen henvender sig direkte til den drikkende ved at ringe eller skrive til vedkommende.

Hvis det er partneren, der i første omgang har henvendt sig i konsultationen, må der være fokus på, at det er ham/hende, der skal hjælpes.

Hvis ikke det lykkes første gang, så tilbyd partneren en ny støttesamtale. I det lange løb er der tre mulige løsninger på situationen: At den drikkende nedsætter sit alkoholforbrug, at partneren fortsat lever med alkoholproblemet, eller at han/hun forlader forholdet.

Hvis den drikkende accepterer at gå i alkoholbehandling, er det hensigtsmæssigt at forberede partneren på, at rollerne i familien kan ændres, hvis behandlingen lykkes. Ændrede roller vil ofte være en udfordring, hvilket kan opleves problemfyldt. Partneren kan således have behov for støtte i efterforløbet.

BAGGRUND

Alkoholforbrug i Danmark

Forbruget af alkohol er i øjeblikket på ca. 10,5 liter pr. år pr. person, men har ændret sig markant de sidste 100 år.

I begyndelsen af 1900-tallet var forbruget omkring 11 liter/år, men i 1917 skete der et voldsomt fald, fordi afgiften på snaps blev mangedoblet. I løbet af 1960'erne steg forbruget til det niveau, vi har i dag (se Figur 7).

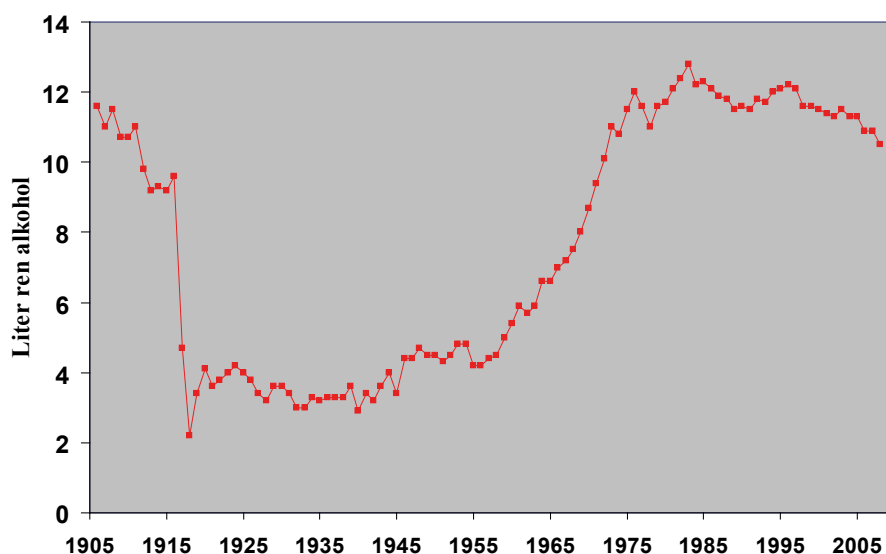
Forbrugsstigningen i 1960'erne og 1970'erne skyldtes bl.a. øget velstand, flere udlandsrejser og prisfald på vin som følge af EU-medlemskab.

I Danmark har vi en kultur, hvor alkohol indgår i en række sociale og kulturelle relationer, og hvor den enkelte har frihed til selv at bestemme størrelsen af sit alkoholforbrug.

Vi har en meget liberal holdning til alkohol, og det er uden tvivl medvirkende til et vanemæssigt stort forbrug, som for nogle kan føre til et alkoholproblem.

FIGUR 7

Årligt alkoholforbrug i Danmark 1905-2008, angivet i liter ren alkohol solgt pr. indbygger over 14 år. Kilde: Danmarks Statistik.



Unge og alkohol

Danske unges alkoholforbrug har førstepladsen blandt 35 europæiske lande. Blandt skoleelever i folkeskolens afgangsklasser angiver 29 % af drengene og 23 % af pigerne, at have 'binge-drukket' (5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed) mindst 3 gange den sidste måned (89).

Størstedelen (80 %) af afgangseleverne angiver, at de har drukket alkohol inden for den seneste måned, og 17 % af drengene og 9 % af pigerne har gjort det 10 eller flere gange.

33 % af drengene og 27 % af pigerne har prøvet at være fulde mindst 10 gange i livet.

Der er en sammenhæng mellem tidlig alkoholdebutalder og senere alkoholproblemer. Børn, hvis forældre har en liberal holdning til alkohol, har et større alkoholforbrug end børn af forældre med en mere restriktiv holdning til alkohol.

Midaldrende, ældre og alkohol

Alkoholforbruget blandt 45-64-årige og blandt de, der er 65 år og derover, har været stigende (90).

Ældre har en mindre vandfase end yngre. Derfor er ældre i større risiko for udvikling af alkoholrelaterede skader i forhold til yngre. Organernes reservekapacitet er herudover mindre end hos yngre, og hos ældre er en række sygdomme hyppigere end hos yngre som fx osteoporose, søvnproblemer, svimmelhed, faldtendens, inkontinens, hypertension og hukommelsesproblemer, som alle forværres af alkoholindtagelse. Et beskedent alkoholforbrug ($\frac{1}{2}$ -1 genstand dagligt) reducerer risikoen for åreforkalknings sygdomme hos midaldrende og ældre.

Mange ældre er i behandling med forskellige former for sedativa, hypnotica og psykofarmaka, hvor virkningen forstærkes eller ændres efter indtagelse af alkohol. Faldtendens er 20 gange hyppigere hos personer, der indtager sovemidler – noget tilsvarende er tilfældet hos ældre, der indtager alkohol. En del indlæggelser på grund af fald er alkoholbetingede. Det har ført til, at man i USA anbefaler, at ældre højst drikker 7 genstande pr. uge.

Alkohol og helbred

Danskernes alkoholforbrug er årsag til cirka 3.000 dødsfald årligt svarende til 5,2 % af det samlede antal dødsfald (91). Af disse dødsfald er ca. halvdelen en følge af de klassiske alkoholskader (cirrose, alkoholafhængighed, pankreatitis og alkoholforgiftning), mens den anden halvdel er en følge af en lang række andre sygdomme, hvor alkohol er medvirkende årsag. Ved et alkoholforbrug over 14/21 genstande om ugen for henholdsvis kvinder og mænd forkortes levealderen for kvinder med ca. 4 år og for mænd med ca. 5 år.

Alkohol er medvirkende årsag til et stort antal kontakter til sundhedsvæsenet, både i den primære og sekundære sektor (91). I almen praksis er ca. 166.000 kontakter pr. år forårsaget af et alkoholproblem, og størstedelen af patienterne er mænd (90 %).

Alkoholrelaterede hændelser i Danmark. Antal pr. år (% af alle)			
	Mænd	Kvinder	I alt
Alkoholrelaterede kontakter til almen praksis	138.000 (1,0 %)	29.000 (0,1 %)	166.000 (0,5 %)
Alkoholrelaterede hospitalsindlæggelser	19.390 (3,7 %)	8.973 (1,6 %)	28.363 (2,6 %)
Alkoholrelaterede dødsfald	2.161 (7,6 %)	851 (2,9 %)	3.012 (5,2 %)
Tab af leveår ved alkoholrelaterede dødsfald	23 år	24 år	

Ref. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, København, Statens Institut for Folkesundhed 2006.

Alkohol er også forbundet med arbejdsmæssige problemer, skilsmisser, psykiske lidelser, vold, kriminalitet, ulykker og dødsfald. Mellem 60.000 og 70.000 børn og unge under 18 år har en mor eller far, der har været indlagt pga. en alkoholrelateret sygdom.

Alkohol og sygdomme

Alkohol øger risikoen for en lang række sygdomme og tilstande. Det gælder både ved episodisk, stort alkoholforbrug, binge-drinking, og ved alkoholforbrug over længere tid. De fleste af de alkoholrelaterede sygdomme udvikles over tid og forværres af lang tids storforbrug af alkohol, men det er vigtigt at være opmærksom på, at skader kan opstå som en kombination af lang tids forbrug, kombineret med binge-drinking, fx apopleksi (2).

Foruden risiko for udvikling af sygdom, kan alkohol nedsætte livskvaliteten, føre til ulykker og skader samt øge patientens modtagelighed for psykisk ubehag og sygdom, jvf. nedenstående skema.

Sygdomsrisiko stiger med alkoholforbruget

Den relative risiko (RR) stiger med alder og alkoholforbrugets størrelse. Se tabel nedenfor:

FIGUR 8. Relative risici for udvalgte tilstande						
	Kvinder			Mænd		
	Alkoholforbrug, g/dag					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Neuropsykologiske tilstande			Relativ risiko:			
Epilepsi	1,3	7,2	7,5	1,2	7,5	6,8
Mave-tarm-sygdomme			Relativ risiko:			
Levercirrhose	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Øsofagusvaricer ¹	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Akut og kronisk pankreatitis	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Stofskifte- og kirtelsygdomme			Relativ risiko:			
Diabetes	0,9	0,9	1,1	1,0	0,6	0,7
Kræftsygdomme			Relativ risiko:			
Kræft i mund og svælg	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Spiserørskræft	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Strubekræft	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Leverkræft	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Brystkræft	1,1	1,4	1,6			
Andre kræftformer	1,1	1,3	1,7	1,1	1,3	1,7
Hjerte-kar-sygdomme			Relativ risiko:			
Forhøjet blodtryk	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Sygdomme i hjertets kranspulsårer	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
Blodprop i hjernen (iskæmisk slagtilfælde)	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7
Hjerneblødning (hæmoragisk slagtilfælde)	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Forstyrrelser i hjerterytmen	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Graviditet og fostertilværelse			Relativ risiko:			
Spontan abort	1,2	1,8	1,8			
Lav fødselsvægt ²	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
For tidlig fødsel ²	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Væksthæmning i livmoderen ²	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

(Fra 'Comparative Risk Assessment'. Kilde Rehm 2004)

1 Alkoholrelaterede øsofagusvaricer forekommer kun ved levercirrhose

2 Relativ risiko refererer til moders alkoholindtagelse

12 g = 1 genstand

Hurtig gevinst ved alkoholophør

Ved alkoholophør opnås en hurtig bedring ved de fleste sygdomme og tilstande relateret til alkoholforbrug. Nogle sygdomme, fx kræftsygdomme, kan få et bedre forløb, hvis patienten ophører med at drikke, ved andre kan der opnås hel eller delvis helbredelse. Se endvidere bilag 1 og 2.

Psykiatriske tilstande

Patienter med alkoholafhængighed har en betydelig overhyppighed af en række psykiatriske lidelser som angst, depression, ADHD og personlighedsforstyrrelser, se side 26.

Information om alkoholbehandling

www.tilbudsportalen.dk

Servicestyrelsens tilbudsportal med oplysning om kommunernes behandlingstilbud.

Hjemmesiden har imidlertid ufuldstændige oplysninger, og man er ofte nødsaget til at henvende sig direkte til kommunen for at få konkret information om kommunens tilbud samt orientering om dens private samarbejdspartnere.

www.hope.dk

Privat hjemmeside med god søgevejledning (AlkoholGuiden) til lokale behandlingstilbud. Der er også links til større private behandlingsinstitutioner. Bag hjemmesiden står samarbejdsorganisationen De frivilliges Netværk mod Misbrug. Den udgår fra Blå Kors Danmark, KFUM's Sociale Arbejde, Lænken, IOGT Danmark og Alkoholpolitisk Landsråd.

www.alkolinjen.dk

Samme netværk, som driver www.hope.dk, driver også Alkolinjen samt en telefonlinje for mennesker med alkoholproblemer: tlf. 80 33 06 10.

www.altomalkohol.dk

Borgerrettet generel oplysning om alkohol og alkoholproblemer. Sundhedsstyrelsens står bag hjemmesiden.

www.naarmoreellerfardrikker.dk

Hjemmeside henvendt til børn og unge i familier med alkoholproblemer med oplysninger om, hvor de kan søge hjælp. Hjemmesiden henvender sig også til forældre og professionelle med kontakt til familier, hvor alkohol er et problem. Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

www.anonyme-alkoholikere.dk

Hjemmesiden henvender sig til mennesker, der har et alkoholproblem, og deres pårørende. Oplysninger om møder og andre aktiviteter i Anonyme Alkoholikere.

Information til læger om alkoholbehandling

Hvis man ønsker faglig information om behandlingsprincipper kan der søges oplysning på hjemmesiderne for de to store offentligt finansierede ambulante behandlingsinstitutioner i Århus og Odense:

www.aarhuskommune.dk/alkoholbehandlingen

www.alkoholbehandlingen.dk

Litteratursøgning til denne vejledning – søgeord og søgekilder

Til denne vejledning er foretaget en omfattende søgning i MEDLINE fra 1995 til december 2008 med kombinationer af søgeordene "Alcohol-related disorders, Substance withdrawal syndrome, Drug therapy, Therapy, Rehabilitation, Family Practice". Søgningen blev begrænset til Cochrane-studier, systematiske reviews, og metaanalyser.

For så vidt angår den sekundære litteratur blev der suppleret med søgninger i Embase og PsycINFO, og for at finde eksisterende guidelines blev der søgt i National Guideline Clearinghouse, National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) og the Scottish Intercollegial guidelines Network (SIGN).

Der blev fundet flere end 1.000 sekundær-publikationer og -vejledninger, hvoraf cirka 200 er vurderet i fuld tekst. Søgning i Cochrane RCT-databasen om behandling af alkoholproblemer i perioden fra 2000 til december 2008 gav et resultat på flere end 250 RCT, hvoraf de mest relevante publikationer for almen praksis blev udvalgt.

Sekundær- og primærlitteraturen blev først sorteret ud fra deres relevans vurderet på baggrund af abstracts. Publikationer, der ikke var på engelsk eller et af de nordiske sprog, blev sorteret fra. Publikationer om effekten af intervention indgik kun, såfremt behandlingen bestod af farmakologisk eller psykosocial intervention.

Litteratursøgningen blev suppleret med en gennemgang af litteraturen bag Sundhedsstyrelsens: *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering* (2006) (44). Desuden anvendte vi WHO's rapport: *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking – a manual for Use in Primary Care* (2001) (36) samt Sundhedsstyrelsens litteraturgennemgang om familieorienteret behandling og *Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion og rygning* (2005) (35) samt Sundhedsstyrelsens publikation: *Alkohol og helbred* (2008) (2). Der er hentet inspiration til kvalitetsindikatorer i den australske publikation *Evidence based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions* (2000)4.

Litteratur og links

Referenceliste

1. Statens Folkhälsoinstitut. Vårdpersonalens alkoholvaner och det hälsofrämjande arbetet. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut Distributionsjänst, 2009.
2. Andersen P, Baumberg B. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
3. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and orimary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2005.
4. Hvidtfeldt UA, Hansen ABG, Grønbæk M, Tolstrup JS. Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.
5. Ekholm O, Kjøller M, Davidsen M, Hesse M, Eriksen L, Christensen AI et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
6. Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice-a pragmatic controlled trial. Alcohol Alcohol 2007; 42(6):593-603.
7. Alkoholbehandlingen i Danmark 2007 (foreløbige tal). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 12 Nr. 5. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
8. ICD-10: International statistical classification of diseases and related problems. 10. revisison. 2 ed. Geneva: World Health Organization, 2004.
9. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Alkoholvaner. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Institutut for Folkesundhed, 2008.
10. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med 2000; 160(13):1977-1989.
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care. . Geneva: World Health Organization, 2001.
12. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. Alcohol Clin Exp Res 2007; 31(2):185-199.
13. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. Alcohol Clin Exp Res 2003; 27(1):67-73.
14. Selin KH. 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 2006; 41(14):1881-1899.

15. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O et al. 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* 2005; 29(11):2001-2007.
16. Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ* 1997; 314(7078):420-424.
17. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ* 2006; 332(7540):511-517.
18. McCambridge J, Slym RL, Strang J. Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction* 2008; 103(11):1809-18.
19. Knibbe RA, Derickx M, Kuntsche S, Grittner U, Bloomfield K. A comparison of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006; 41(1):i19-i25.
20. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002; 325(7369):870-874.
21. Das SK, Dhanya L, Vasudevan DM. Biomarkers of alcoholism: an updated review. *Scand J Clin Lab Invest* 2008; 68(2):81-92.
22. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(7):830-842.
23. Nordstrom A, Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry* 2008; 62(3):250-255.
24. Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, her L, Grønbaek M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide – irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Res* 2009;167(1-2):123-30.
25. Flensburg-Madsen T, Mortensen.E.L., Knop J, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *Compr Psychiatry* 2009 ;50(4):307-14.
26. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Health Res World* 2002; 26(2):81-89.
27. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(3):260-6.
28. Rehm J, Fichter MM, Elton M. Effects on mortality of alcohol consumption, smoking, physical activity, and close personal relationships. *Addiction* 1993; 88(1):101-112.

29. www.naarmorogfardrikker.dk (faktaark nr. 3).
30. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2008; 34(2):143-152.
31. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
32. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97(3):279-292.
33. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97(3):265-277.
34. WHO Europe. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
35. Thorsen T, Dalsted R. Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning. En litteraturgennemgang. København: Viden-og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005.
36. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for Hardous and Harmful Drinking. WHO, 2001.
37. Nielsen B, Søgaard Nielsen A. Odensemodellen. Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. Fyns Amt, 2001.
38. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ* 1995; 152(6):851-859.
39. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997; 12(5):274-283.
40. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9):986-995.
41. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(4):608-618.
42. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24(1): 5-15.
43. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice* 2004; 21(2): 222-223.
44. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering, 2006.

45. Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A metaanalysis of randomized control studies. *Behavior-Therapy* 2000; 31(1):135-149.
46. Shand FS, Gates J, Fawcett J, Mattick R. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2003.
47. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003.
48. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M, Gorelick D, Hesselbrock V, Johnson BA et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders, Part 1: Alcoholism. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9(1):6-23.
49. Helping patients who drink too much. A clinicians guide. US Department of Health & Human Services, NIAA, 2005.
50. Becker U. Behandlingsvalg hos patienter med alkoholproblemer. *Rationel Farmakoterapi* 2007;(9):1-4.
51. Ulrichsen J, Bech B, Allerup P, Hemmingsen R. Diazepam prevents progression of kindled alcohol withdrawal behaviour. *Psychopharmacology (Berl)* 1995; 121(4):451-460.
52. Littleton J. Neurochemical mechanisms underlying alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1):13-24.
53. Lutzen L, Poulsen LM, Ulrichsen J. Respiratory depression in delirium tremens patients treated with phenobarbital. A retrospective study. *Ugeskr Laeger* 2008; 170(23):2018-2022.
54. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160(5):675-680.
55. Gossop M, Keaney F, Stewart D, Marshall EJ, Strang J. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol* 2002; 7(1):37-43.
56. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med* 2004; 164(13):1405-1412.
57. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160(5):649-655.
58. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2005 Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD005063 pub2 2005;(3).

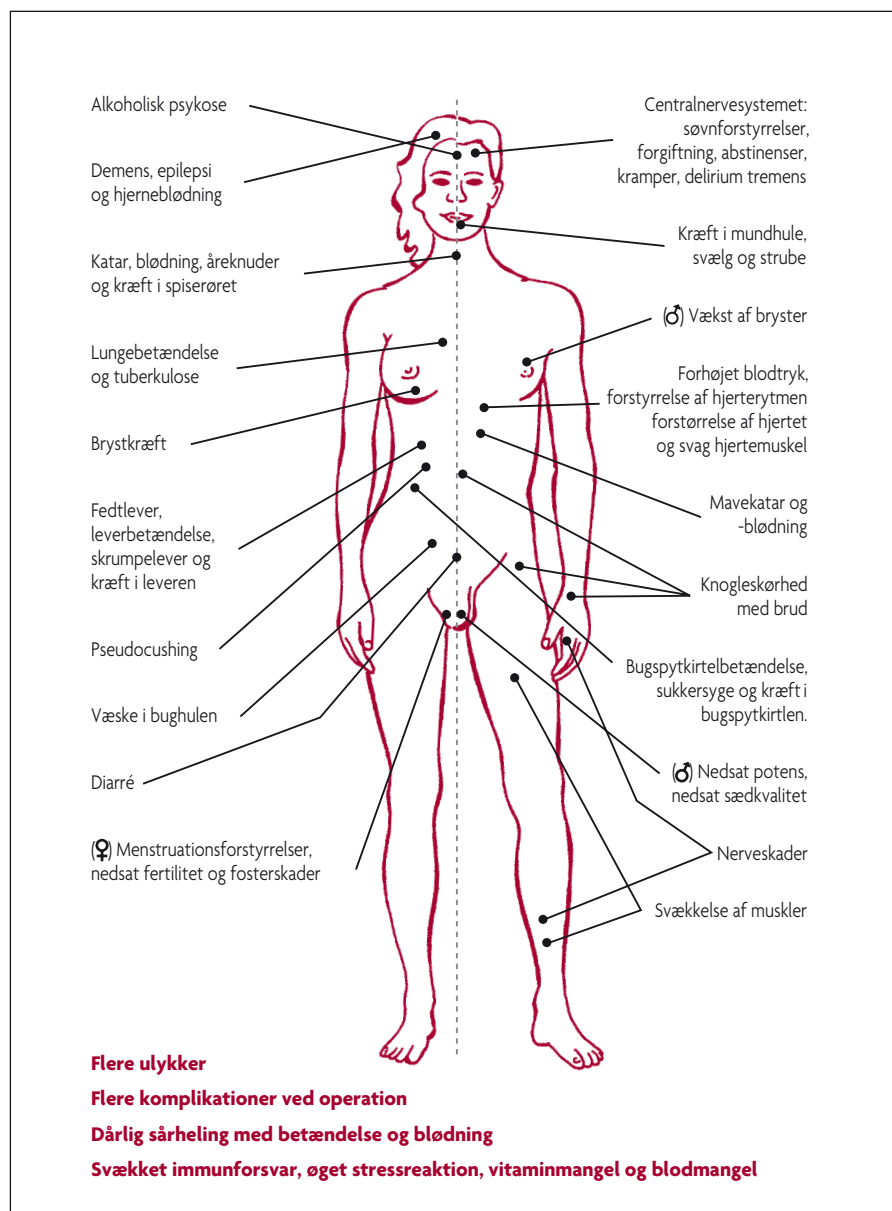
59. Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JPA, Contopoulos-Ioannidis DG. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JPA, Contopoulos Ioannidis DG Anticonvulsants for alcohol withdrawal The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858 CD005064 pub2 2005;(3).
60. Chick J, Gough K, Falkowski W, Kershaw P, Hore B, Mehta B et al. Disulfiram treatment of alcoholism. *Br J Psychiatry* 1992; 161:84-89.
61. Laaksonen E, Koski-Jannes A, Salaspuro M, Ahtinen H, Alho H. A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* 2008; 43(1):53-61.
62. Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien CP. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(3):290-302.
63. Verheul R, Leher P, Geerlings PJ, Koeter MW, Van den BW. Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. *Psychopharmacology (Berl)* 2005; 178(2-3):167-173.
64. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295(17):2003-2017.
65. Kiritzé-Topor P, Huas D, Rosenzweig C, Comte S, Paille F, Leher P. A pragmatic trial of acamprosate in the treatment of alcohol dependence in primary care. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 2004; 39(6):520-527.
66. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, Oslin DW, Rukstalis M, O'Brien CP et al. Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict* 2001; 10(3):258-268.
67. Rubio G, Ponce G, Rodriguez-Jimenez R, Jimenez-Arriero MA, Hoenicka J, Palomo T. Clinical predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: who benefits most from treatment with naltrexone? *Alcohol Alcohol* 2005; 40(3):227-233.
68. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 1 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858 CD001867 pub2 2005;(1).
69. O'Malley SS, Rounsaville BJ, Farren C, Namkoong K, Wu R, Robinson J et al. Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials. *Arch Intern Med* 2003; 163(14):1695-1704.
70. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA* 2004; 291(15):1887-1896.
71. Pettinati HM. Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence. *Biol Psychiatry* 2004; 56(10):785-792.

72. William R. Miller, Stephen Rollnick, Christopher C. Butler. Motivationssamtalen i sundhedssektoren. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
73. Malterud K, Hollnagel H: Nøglespørgsmål i konsultationen - en klinisk kommunikativ metode. Ugeskr. Læg 2004; 166(21) 2034-2035.
74. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol Alcohol 2006; 41(3):328-335.
75. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005; 55(513):305-312.
76. Becker U, Bygholm H, Broholm K, Nielsen AS, Nielsen P. Kvalitet i alkoholbehandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2008.
77. Milter MC, Nielsen B, Becker U, Pedersen MU, Gronbaek MN. Public outpatient alcohol treatment. Ugeskr Laeger 2004; 166(32):2664-2668.
78. Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. Am Fam Physician 2003; 67(7):1529-1532.
79. Falko E, Kragstrup J, Bentzen N, Schroll H. [Quality development in general practice using diagnostic classification "Expanded Danish ICPC" in the computerized medical records]. Ugeskr Laeger 2002; 164(46):5393-5396.
80. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed. 2008.
81. O'Brien C, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347(8996):237-240.
82. Lamberts H, Okkes I. Patients with chronic alcohol abuse in Dutch family practices. Alcohol Alcohol 1999; 34(3):337-345.
83. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2006; 19(3):CD005032.:CD005032.
84. Gronbaek M, Nielsen B. A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. Addiction 2007; 102(3):381-388.
85. Mueller SE, Petitjean S, Boening J, Wiesbeck GA. The impact of self-help group attendance on relapse rates after alcohol detoxification in a controlled study. Alcohol Alcohol 2007; 42(2):108-112.
86. Lindgaard H. Familieorienteret alkoholbehandling - et litteraturstudium af familiebehandlings effekter. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
87. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment. An update. Recent Dev Alcohol 2001; 15:329-356.
88. Apodaca TR, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. J Clin Psychol 2003; 59(3):289-304.
89. Björn Hibell, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: Modintryckoffset AB, 2009.

90. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
91. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
92. Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later: a commentary. the 2006 H. David Archibald lecture. *Addiction* 2007; 102(10):1522-1530.
93. Saha TD, Stinson FS, Grant BF. The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2007; 89(1):82-92.
94. Kvalitet og Organisering – et inspirationskatalog til misbrugsbehandling. Kommunernes Landsforening, 2009.
95. Alkoholpolitik og alkoholproblemer på arbejdspladsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
96. Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 38 af 18. juni 2008 om afhængighedsskabende lægemidler.
97. Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.
98. Engsig A. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – Rådgivning til almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
99. Olofsson M. Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
100. Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
101. Sundhedsstyrelsen vejledning nr. 49 af 30. juni 2009 om etablering af regionale familieambulatorier. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
102. Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale, Sundhedsstyrelsen, 2007.
103. Sunde vaner – før, under og efter graviditet, Sundhedsstyrelsen, 2009.

Bilag 1

Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug

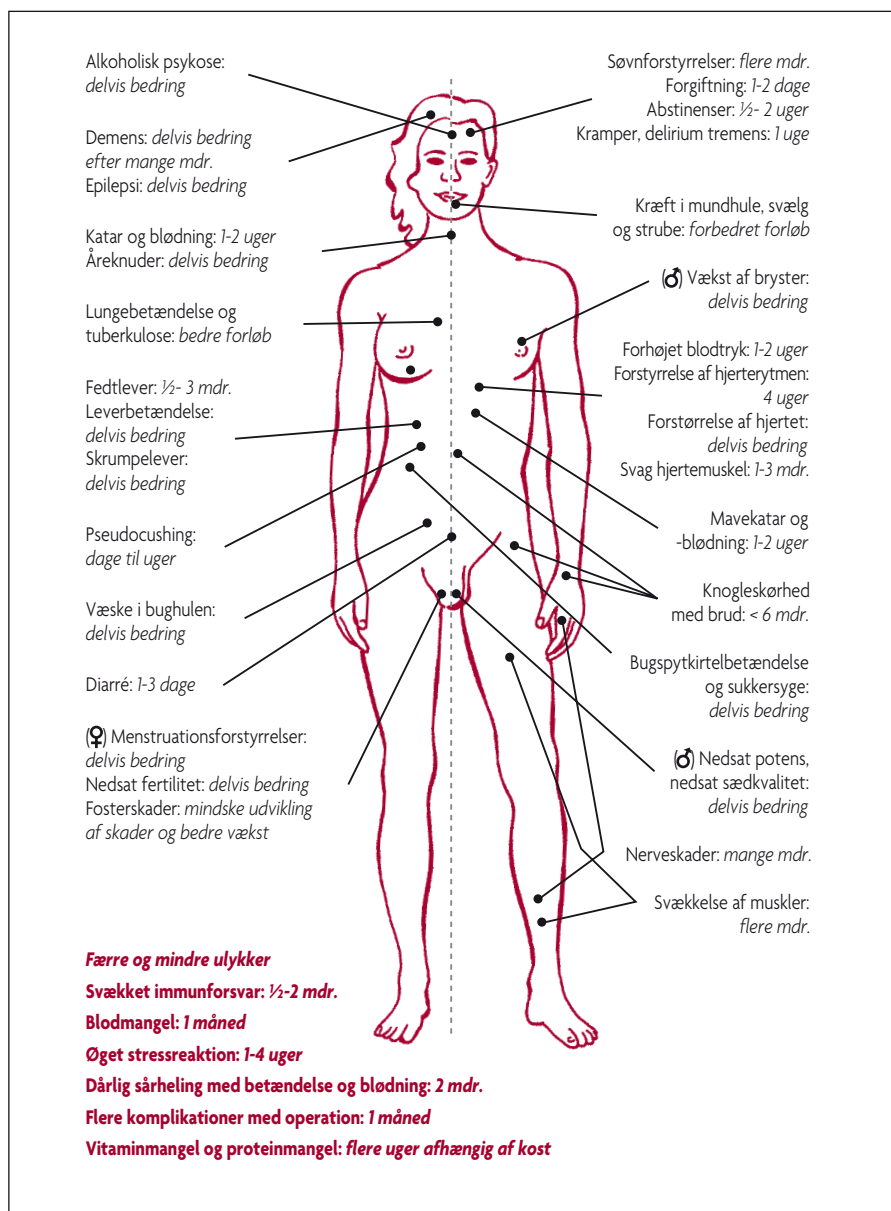


Kilde: *Alkohol – forebyggelse på sygehuse. Fakta, metoder og anbefalinger.* Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse Bispebjerg Hospital. København. 2003.

Bilag 2

Fysiske fordele ved at holde op med at drikke

- og den tid det tager før tilstandene normaliseres



Kilde: Alkohol – forebyggelse på sygehuse. Fakta, metoder og anbefalinger. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse Bispebjerg Hospital. København. 2003.

Bilag 3

Skema til selvregistrering af alkoholforbrug – 14 dage

TÆL DINE GENSTANDE				
DAGBOG	Mål	Antal genstande	Kl.	Hvor? Med hvem?
Mandag den:				
Tirsdag den:				
Onsdag den:				
Torsdag den:				
Fredag den:				
Lørdag den:				
Søndag den:				
Mandag den:				
Tirsdag den:				
Onsdag den:				
Torsdag den:				
Fredag den:				
Lørdag den:				
Søndag den:				

Skemaet kan downloades fra DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

Spørg til alkoholvaner

– diagnostik og behandling af alkoholproblemer

6 gode grunde til at spørge til patientens alkoholvaner:

- Fordi alkohol er sygdomsfremkaldende
- Fordi patienter med et for stort alkoholforbrug – samt deres partnere og/eller børn – har brug for hjælp
- Fordi enkle spørgsmål og råd om alkohol er et effektivt middel til at ændre alkoholvaner
- Fordi tidlig indsats giver bedre og billigere resultater end behandling af fuldt udviklet alkoholafhængighed
- Fordi spørgsmål til alkoholforbrug er en hel naturlig del af samtalen om sundhed
- Fordi der er stor underbehandling på området.