

## Statusartikel

# Alkoholbehandling til patienter med alkoholrelateret leversygdom

Elise Jonasson Nielsen, Marie Andrup Poulsen, Mette Munk Lauridsen & Lea Ladegaard Grønkjær

Afsnit for Medicinsk Mave- og Tarmsygdomme, Esbjerg Sygehus

Ugeskr Læger 2025;187:V12240915. doi: 10.61409/V12240915

### HOVEDBUDSKABER

- Alkoholbehandling reducerer risikoen for hepatisk dekomensation, også ved alkoholrelateret leversygdom.
- Naltrexon og acamprosat anbefales til alkoholbehandling.
- Behandling bør kombineres med nonfarmakologiske tiltag og kan foregå i almen praksis, kommunalt eller på sygehus.

Cirka 402.000 danskere har et moderat alkoholproblem, mens 67.000 danskere har tegn på svære alkoholproblemer (**Tabel 1**) [1]. Alkohol er årsag til 70-80% af alle leversygdomme i Danmark, og cirrose er den hyppigste alkoholrelaterede dødsårsag. Alkoholrelateret leversygdom varierer i sværhedsgrad fra simpel fedtlever til alkoholrelateret hepatitis og cirrose [2]. Udviklingen er ofte asymptomatisk og langsomt progredierende og derfor underdiagnosticeret [3].

**TABEL 1** Terminologi og diagnostiske kriterier.

<p><i>Terminologi</i></p> <p>I klinisk praksis vil diagnosen af alkoholproblemer bygge på sygehistorien og kliniske tegn, skemaer til opsporing, påvisning af biologiske, psykologiske og sociale markører for alkoholskade</p> <p>Termen »alkoholiker« er en stigmatiserende, ikkeklinisk term, der ikke bør bruges af nogen, og i særdeleshed ikke af sundhedsprofessionelle. I stedet anvendes de herunder anførte kliniske termer, der også er koblet til de specifikke diagnoser</p>
<p><i>Diagnostiske kriterier for alkoholproblemer</i></p> <p><b>Alkoholstorforbrug:</b> Er ikke defineret i ICD-10, men er defineret som et forbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalinger på maks. 10 genstande/uge og maks. 4 genstande/dag</p>
<p>Skadeligt forbrug (ICD-10 F10.1) er defineret som: Fysisk eller psykisk skade, herunder skadet dømmekraft og adfærd Skaden klart påviselig Varighed <math>\geq</math> 1 md. eller gentagne gange inden for 1 år Opfylder ikke kriterierne i F10.2 til F10.9</p>
<p>Afhængighed, ICD-10 F10.2, er defineret som <math>\geq</math> 3 tre af følgende 6 symptomer sammenhængende i <math>\geq</math> 1 md. eller gentagne gange inden for de seneste 12 mdr.:</p> <p>Et stærkt ønske om eller følelse af trang til at indtage alkohol: craving Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen af alkohol: kontroltab Udvikling af abstinenssymptomer, når alkoholindtagelsen stopper eller nedsættes: tremor, sved, uro mfl., eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå abstinenssymptomer: abstinenser Toleransudvikling, dvs. indtagelse af større og større mængder alkohol for at opnå den samme effekt: tolerans Dominerende rolle mht. prioritering og tidsforbrug. Dette indebærer tiltagende neglect over for andre glæder og interesser pga. indtagelse af alkohol og et øget forbrug af tid på indtagelse af alkohol og til at komme sig over alkoholens virkning: nedsat social funktion pga. alkoholindtagelse Fortsat brug mod bedre viden, dvs. fortsættelse med brug af alkohol på trods af erkendt skadevirkning eller viden om klare, skadelige konsekvenser af alkoholindtag</p>

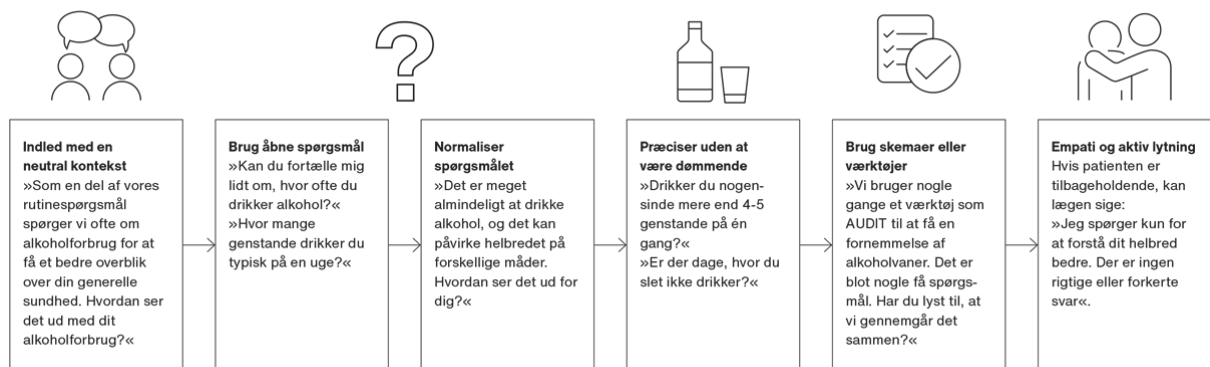
Der er gode forebyggelsesmuligheder, når det gælder alkoholrelateret leversygdom. Ophører alkoholforbruget, inden der opstår symptomer, vil de fleste undgå eller forsinke klinisk betydende leversygdom. Men selv ved cirrose, er ophør af alkohol af afgørende betydning for sygdomsforløbet og prognosen [4, 5]. Studier har vist, at farmakologisk- og psykosocial behandling individuelt eller i kombination kan reducere hyppigheden og mængden af alkoholforbrug hos patienter med alkoholrelateret leversygdom [6, 7]. Dette understreger vigtigheden af parallel behandling af både alkoholforbrug og leversygdom, og nye retningslinjer for håndtering af alkoholrelateret leversygdom har fremhævet behovet for bedre kommunikation og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle inden for almen praksis, den kommunale alkoholbehandling og den specialiserede hepatologi [5, 8].

## Vurdering af alkoholforbrug

Systematisk opsporing af alkoholproblemer er underprioriteret, og en stor andel patienter med alkoholproblemer får derfor ikke den hjælp, de har brug for [9]. Sundhedsprofessionelle i både hospitalsregi og kommunalt regi spiller her en afgørende rolle. Helst skulle alle patienters forbrug af alkohol systematisk vurderes ved kontakt til sundhedsvæsenet og ikke kun ved potentielt alkoholrelaterede problemer som leversygdom [10].

Samtale om alkoholforbrug skal foregå på en respektfuld og ikke-stigmatiserende måde og kan med fordel indeholde en screening af alkoholforbrug (Figur 1). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) og Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener - Copenhagen (CAGE-C) er screeningsværktøjer validerede til opsporing af alkoholforbrug, som kan være skadelige eller tyde på afhængighed [11, 12].

FIGUR 1 Samtale om alkohol.



AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test.

Screening er baseret på selvrapporing af alkoholforbrug, hvilket i nogle tilfælde kan underrapporteres af patienterne bl.a. på grund af bekymringer for konsekvenserne og manglende parathed til at diskutere forbruget [13]. Brugen af biomarkører kan, efter samtykke fra patienten, derfor også anvendes som supplement.

Gamma-lutamyltransferase, erythrocytters middelcellevolumen, alanin-aminotransferase, aspartat-aminotransferase og kulhydratfattigt transferrin er alle indirekte markører for alkoholforbrug, men værdierne kan være abnorme på baggrund af en lang række andre tilstande, hvorfor specificiteten er lav.

Phosphatidylethanol (PEth) er et fosfolipid, der kun dannes ved omsætningen af alkohol, og den kan derfor bruges som direkte markør for alkoholforbrug. PEth detekterer alkoholforbrug op til de seneste 28 dage, og sensitiviteten er 90-99%, mens specificiteten teoretisk er 100%, idet PEth kun dannes ved alkoholindtag [2]. Den nedre detektionsgrænse er 0,03  $\mu\text{mol/l}$ , hvilket svarer til intet eller kun et lavt eller sporadisk forbrug og værdier  $> 0,30 \mu\text{mol/l}$  svarer til et overforbrug [14]. Værdier mellem 0,50-0,30  $\mu\text{mol/l}$  er defineret som et moderat forbrug, men værdier i den øvre del af intervallet udelukker ikke overforbrug, idet cut-off-værdien på 0,30  $\mu\text{mol/l}$  kan dække over et forbrug på op til 60 g alkohol pr. dag (fem genstande), dog med stor variabilitet [15, 16].

## Farmakologisk behandling

Den initiale anbefaling om alkoholophør kan varetages af alle sundhedsprofessionelle med en tillidsfuld og ikke-stigmatiseret tilgang. Alligevel viser en ny dansk opgørelse, at kun 10-15% af de patienter, der har behov for alkoholbehandling, modtager den [9]. Det samme gør sig gældende for patienter med alkoholrelateret leversygdom [17].

Totalt alkoholophør og forebyggelse af tilbagefald er de ultimative mål for behandling af patienter med alkoholrelateret leversygdom, men hvis dette ikke er i tråd med patientens ønske eller formåen, er nedbringelse af forbruget målet. Den mest effektive strategi for at opnå disse mål er en kombination af farmakologisk behandling og nonfarmakologiske interventioner, og alle dele af behandlingen kan varetages i både almen praksis, den kommunale alkoholbehandling og på sygehuset [18]. Der foreligger en ny gennemgang af evidensen bag alkoholbehandling fra Sundhedsstyrelsen fra 2024 [19].

Farmakologisk alkoholbehandling omfatter både den akutte behandling af abstinenser samt den recidivforebyggende behandling (Tabel 2). Langtidsvirkende benzodiazepiner som chlordiazepoxid er

hjørnestenen i abstinensbehandling og doseres efter sværhedsgraden af abstinenssymptomer. Chlordiazepoxid kan sikkert anvendes til patienter med alkoholrelateret leversygdom. Symptombaseret dosering anbefales frem for fast dosering for at undgå sedation og ultimativt hepatisk encefalopati hos patienter med abstinenser og cirrose [5, 10, 19]. Starter man afrusning under indlæggelse, er det vigtigt at sikre, at patienten medgives tilstrækkeligt chlordiazepoxid til afrusningsforløbet for at forhindre hurtigt recidiv af abstinenser og craving.

**TABEL 2** Farmakologisk alkoholbehandling.

Indholdstof	Effekt	Virkningsmekanisme	Dosering hos patienter med cirrose	Eliminering
Chlordiazepoxid, diazepam, lorazepam og oxazepam	Akut behandling af abstinenser	Anxiolytikum af benzodiazepin-gruppen	Dosering ved gennembrud af abstinenser frem for faste intervaller	Chlordiazepoxid og diazepam: hepatisk Lorazepam og oxazepam: renal
Disulfiram	Ingen effekt på alkoholindtag i blinde randomiserede studier	Aldehydehydrogenasehæmmer som fremkalder acetaldehydforgiftning ved alkoholindtag	Bør undgås hos patienter med cirrose	Hepatisk
Acamprosat	Effekt på total afholdenhed samt varighed af afholdenhed NNT for total afholdenhed = 12	Stimulerende effekt på GABA-systemet, hæmmende effekt på NMDA-receptoren	666 mg 3 × dagligt	Renal
Naltrexon	NNT for reduceret alkoholindtag = 12 NNT for alkoholabstinens = 20	Opioidantagonist	50-100 mg 1 × dagligt	Hepatisk
Nalmefen	Reduktion af alkoholforbrug frem for total afholdenhed	Opioidantagonist	Anbefales ikke til patienter med cirrose	Hepatisk

GABA = gamma-aminosmørsyre; NMDA = N-methyl-D-aspartat; NNT = number needed to treat.

Tilbagefald er en naturlig del af forløbet og indikerer ikke et mislykket behandlingsforløb. Til recidivforebyggende behandling anvendes disulfiram, acamprosat, naltrexon og nalmefen, der alle er godkendte til behandling af alkoholafhængighed i Danmark. Disulfiram bør kun anvendes efter nøje overvejelser og har ingen dokumenteret effekt uden simultan samtalebehandling [20]. Desuden er der en væsentlig risiko for hepatotoksicitet ved patienter med svær leversygdom, hvorfor behandlingen bør undgås hos patienter med cirrose [2, 11, 21]. I stedet bør anvendes acamprosat eller naltrexon, der nedsætter craving og har vist sig at være omkostningseffektive sammenlignet med ingen behandling, ligesom behandlingen også øger kvalitetsjusterede leveår hos patienter med alkoholrelateret leversygdom [22, 23].

Acamprosat anbefales til personer, som ønsker afholdenhed [19, 20, 22]. Lægemidlet udskilles renalt og er derfor velegnet til patienter med alkoholrelateret leversygdom [2]. Grundet manglende erfaring bør acamprosat dog anvendes med forsigtighed ved stærkt nedsat leverfunktion. Der foreligger placebokontrollerede studier, der viser, at acamprosat er effektivt til at opnå afholdenhed samt øger varigheden af afholdenhed, dog er lægemidlet ikke testet specifikt hos patienter med alkoholrelateret leversygdom [20]. For fuldstændig alkoholafholdenhed er number needed to treat (NNT) 12, men det sætter krav til kompliance, da lægemidlet skal indtages tre gange dagligt [11, 18].

Naltrexon modvirker den belønnende effekt af alkohol og nedsætter derved trangen, hvilket reducerer risikoen for recidiv, antal dage med stort alkoholindtag samt craving [2, 19, 24]. NNT er 12 dage for reduceret alkoholindtag og 20 dage for alkoholabstinens [18]. Naltrexon metaboliseres i leveren og har tidligere været kontraindiceret hos patienter med leversygdom, men der foreligger flere studier, der ikke har påvist, at præparatet er hepatotoksisk [11]. Det er vigtigt at udelukke et sideløbende brug eller misbrug af opioider, da naltrexon kan mindske effekten af disse og udløse abstinenssymptomer. Nalmefen er lige som naltrexon et opioid antagonist og anbefales også til personer, som ønsker reduktion i forbruget frem for afholdenhed [20]. Præparatet er ikke hepatotoksisk, men den overordnede effekt er usikker, og lægemidlet er ikke testet hos patienter med leversygdom. Ligesom naltrexon er nalmefen kontraindiceret ved patienter med stærkt nedsat leverfunktion og brug eller misbrug af opioider [10].

## Nonfarmakologisk behandling

Psykosocial behandling er udviklet til at hjælpe patienter med at opnå færdigheder og selvtilid til at undgå alkohol, håndtere cravings eller opnå og opretholde et mere modereret alkoholforbrug. Behandlingen omfatter

selvmonitorering, øget bevidsthed om højrisikosituationer samt træning i adfærdsmæssige teknikker til at håndtere eksponering for alkohol [11]. Psykosociale behandlinger med evidens for effekt spænder fra korte interventioner til motiverende samtaleterapi, kognitiv adfærdsterapi, familierapi og accept- og mindfulnessbaseret tilgange, som tilbydes i den kommunale alkoholbehandling. Den mest udbredte strukturerede form for motiverende samtaleterapi er den korte intervention (brief intervention). Den kræver ikke specialiseret psykosocial ekspertise og er derfor mulig at implementere i både primær og sekundær sektor. Interventionen indebærer at spørge patienten om alkoholforbrug, give feedback på deres indtag, vurdere ansvar eller villighed til at reducere alkoholforbruget, give råd om skaderne ved alkoholforbrug, støtte ved at præsentere en række mulige løsninger, styrke selvtillid til at fastholde forandring og eventuelt arrangere videre behandling eller opfølgning [11].

## Udfordringer i alkoholbehandlingen til patienter med alkoholrelateret leversygdom

Behandling af alkoholrelateret leversygdom og alkoholproblemer er præget af flere komplekse udfordringer, som er knyttet til både patient, sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet [25] (Tabel 3). På patientniveau er de vigtigste barrierer manglende anerkendelse af, at alkoholforbruget udgør en helbredstrussel. Selv når patienten opnår denne indsigt, kan det være angstprovokerende at skulle droppe alkohol, da den hos nogle er selvmedicinering eller udgør omdrejningspunktet i hele deres sociale liv og har været deres livslange følgesvend [26]. Desuden optræder psykisk sygdom, i særdeleshed angst og depression, hyppigere hos patienter med alkoholproblemer [27-29]. Patienter med dobbeltdiagnose har vist sig at have en dårligere prognose, og det er derfor afgørende, at patienter i behandling for alkoholproblemer udredes for psykisk komorbiditet. Da psykiatrien ofte ikke vurderer patienter, der har alkoholforbrug, bør dette initialt ske ved den læge, der kender patienten bedst. Endelig mangler patienterne ofte viden om de behandlingsmuligheder, der findes, og forbinder ofte alkoholbehandling med et ensidigt tilbud om disulfiram og frygter at møde stigmatisering fra sundhedsprofessionelle [26, 30].

**TABEL 3** Udfordringer i alkoholbehandling og strategier til forbedring.

Niveau	Udfordringer i alkoholbehandling	Strategier til forbedring
Patient	Manglende anerkendelse af alkoholforbrug som problem og fokus på leversygdommen frem for alkoholforbruget Underrapportering af alkoholforbrug Lav motivation for at ændre vaner	Patientuddannelse mhp. øget bevidsthed på alkohols skadelige virkninger og fordele ved behandling Monitorering med biomarkører og selvrapportering
Fagprofessionelt	Manglende screening af alkoholforbrug Undervurdering af behovet for alkoholbehandling Begrænset viden om alkoholbehandling blandt sundhedsprofessionelle inden for hepatologi	Uddannelse i opsporing og vurdering af alkoholforbrug samt screening for alkoholassocierede leversygdomme Uddannelse af sundhedspersonale inden for hepatologi i alkoholbehandling
Organisatorisk	Adskilte behandlingstilbud af leversygdom og alkoholbehandling Fravær af tilstrækkelige psykiatriske udrednings- og behandlingsmuligheder	Samarbejde mellem hepatologi og alkoholbehandling mhp. udvikling af integrerede behandlingsplaner Øgede ressourcer til sundhedsvæsenet

Sundhedsprofessionelle med speciale i leversygdomme har ofte begrænset viden i alkoholbehandling og kan være usikre på, hvordan de bedst støtter patienter med alkoholproblemer. De mangler redskaber og tid til at screene for alkoholforbrug, og desuden kan stigmatisering og fordomme også spille ind og resultere i en mindre empatisk tilgang til patienterne.

I sundhedsvæsenet står behandlingen af alkoholrelateret leversygdom og alkoholproblemer over for logistiske og organisatoriske barrierer. Behandlingstilbuddene er adskilt af sektorovergang, hvilket fører til fragmenteret og ineffektive behandlingsforløb. Sektorovergangen indebærer, at patienterne ofte bliver bedt om selv at opøge den kommunale alkoholbehandling, hvilket de ofte ikke har ressourcer til, på trods af at det udgør en potentielt livreddende behandling. Ineffektiv kommunikation imellem sundhedsprofessionelle i de forskellige sektorer gør det ekstra vanskeligt at udvikle integrerede behandlingsplaner og fastholde patienterne i deres behandling [25].

## Strategier til forbedring

For at overvinde ovenstående udfordringer og sikre mere systematik foreslås en mere integreret tilgang, hvor sundhedsprofessionelle i almen praksis, den kommunale alkoholbehandling og det hepatologiske speciale samarbejder om patienterne. Patientuddannelse kan hjælpe med at øge bevidstheden om alkoholens skadelige virkninger og fordelene ved behandling, ligesom uddannelse af sundhedsprofessionelle i vigtigheden af opsporing samt vurdering og alkoholbehandling ved patienter med alkoholrelateret leversygdom kan sikre tidlig identifikation og intervention. Politisk støtte og øgede ressourcer til sundhedsvæsenet er også afgørende for at fremme en bredere implementering af samarbejde og integrerede behandlingsplaner. Ved at adressere disse udfordringer kan der skabes bedre rammer og bedre behandlingsresultater.

**Korrespondance** *Lea Ladegaard Grønkjær*. E-mail: [lea.ladegaard.gronkjaer@rsyd.dk](mailto:lea.ladegaard.gronkjaer@rsyd.dk)

**Antaget** 24. februar 2025

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 26. maj 2025

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2025;187:V12240915

doi 10.61409/V12240915

**Open Access** under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### Alcohol treatment for patients with alcohol-related liver disease

Alcohol is the primary cause of approximately 70-80% of liver diseases in Denmark. Stopping alcohol consumption before symptoms appear can prevent many liver diseases. Effective alcohol treatment is also cost-effective and can significantly improve liver function. This review suggests that healthcare professionals should identify and treat alcohol problems early, using both pharmacological and non-pharmacological therapies. Challenges include a lack of patient insight and the need for better-integrated treatment programmes.

## REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Antallet af personer med problematisk alkoholforbrug vil fremover blive målt ud fra CAGE-C-metoden, 2023. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2023/Antallet-af-personer-med-problematisk-alkoholforbrug-vil-fremover-blive-maalt-ud-fra-CAGE-C-metoden> (05.02.25)
2. Arab JP, Addolorato G, Mathurin P, Thursz MR. Alcohol-associated liver disease: integrated management with alcohol use disorder. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(8):2124-2134. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.02.017>
3. DeMuckadell OBS, Haunsø S, Vilstrup H. Medicinsk Kompendium. Munksgaard. 2019.
4. Askgaard G, Kraglund F, Kann AE et al. Epidemiologi for alkoholrelateret leversygdom. *Ugeskr Læger.* 2021;183:V11200893. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/epidemiologi-alkoholrelateret-leversygdom>
5. Haque LY, Zuluaga P, Muga R, Fuster D. Treatment of alcohol use disorder in patients with alcohol-associated liver disease: Innovative approaches and a call to action. *Addict Sci Clin Pract.* 2024;19(1):19. <https://doi.org/10.1186/s13722-024-00448-8>
6. Khan A, Tansel A, White DL et al. Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(2):191-202.e1-4;quiz e20. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.07.047>

7. Addolorato G, Mirijello A, Barrio P, Gual A. Treatment of alcohol use disorders in patients with alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2016;65(3):618-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.04.029>
8. Vannier AGL, Shay JES, Fomin V et al. Incidence and progression of alcohol-associated liver disease after medical therapy for alcohol use disorder. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5):e2213014. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.13014>
9. Grandahl MG, Nielsen AS, Tolstrup J et al. Behandling af alkoholproblemer i Danmark. Atlas Den Lægefaglige Tænketank. 2022.
10. Addolorato G, Vassallo GA, Mirijello A, Gasbarrini A. Diagnosis and management of alcohol use disorder in patients with liver disease: lights and shadows. *Neurotherapeutics*. 2020;17(1):127-141. <https://doi.org/10.1007/s13311-019-00802-8>
11. Nielsen AS, Askgaard G, Thiele M. Treatment of alcohol use disorder in patients with liver disease. *Curr Opin Pharmacol*. 2022;62:145-151. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2021.11.012>
12. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab Invest*. 2005;65(7):615-22. <https://doi.org/10.1080/00365510500333445>
13. Grüner Nielsen D, Andersen K, Nielsen AS et al. Consistency between self-reported alcohol consumption and biological markers among patients with alcohol use disorder - a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;124:370-385. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.02.006>
14. Helander A, Hansson T. National harmonization of the alcohol biomarker PEth. *Lakartidningen*. 2013;110(39-40):1747-8.
15. Skråstad RB, Aamo TO, Andreassen TN et al. Quantifying alcohol consumption in the general population by analysing phosphatidylethanol concentrations in whole blood: results from 24,574 subjects included in the HUNT4 Study. *Alcohol Alcohol*. 2023;58(3):258-265. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agad015>
16. Helander A, Hermansson U, Beck O. Dose-Response characteristics of the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) – a study of outpatients in treatment for reduced drinking. *Alcohol and Alcohol*. 2019;54(6):567-573. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz064>
17. Lindvig K, Krag A, Thiele M. Tidlig opsporing af alkoholrelateret leversygdom. *Ugeskr Læger*. 2021;183:V12200947. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/tidlig-opsporing-af-alkoholrelateret-leversygdom>
18. Mellinger JL, Fernandez AC, Winder GS. Management of alcohol use disorder in patients with chronic liver disease. *Hepatol Commun*. 2023;7(7):e00145. <https://doi.org/10.1097/HCC.000000000000145>
19. Becker U, Andersen K, Christiansen R. Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling. Enheden for Klinisk Alkoholforskning, 2023. [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Alkoholbehandling/Litteraturgennemgang-evidens-vedroerende-alkoholbehandling.ashx?sc\\_lang=da&hash=5DE8F078C2536D99FE5E939CA027D71D](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Alkoholbehandling/Litteraturgennemgang-evidens-vedroerende-alkoholbehandling.ashx?sc_lang=da&hash=5DE8F078C2536D99FE5E939CA027D71D) (05.02.25)
20. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed, 2018. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/CA9BFF045305498EAD4B537AC518DF4D.ashx> (05.02.25)
21. Thursz M, Gual A, Lackner C et al. EASL clinical practice guidelines: management of alcohol-related liver disease. *Journal of Hepatology*. 2018;69(1):154-181. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.018>
22. Verheul R, Leher P, Geerlings PJ et al. Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005;178(2-3):167-73. <https://doi.org/10.1007/s00213-004-1991-7>
23. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM et al. Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict*. 2001;10(3):258-68. <https://doi.org/10.1080/105504901750532148>
24. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (12):CD001867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001867.pub3>
25. DiMartini AF, Leggio L, Singal AK. Barriers to the management of alcohol use disorder and alcohol-associated liver disease: strategies to implement integrated care models. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;7(2):186-195. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00191-6](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00191-6)
26. May C, Nielsen AS, Bilberg R. Barriers to Treatment for Alcohol Dependence. *Journal of Drug and Alcohol Research*. 2019; (8)236083.
27. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, 2024. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-for-udredning-og-behandling-af-samtidig-alkoholafhængighed->

[og-psykisk-lidelse](#) (04.02.25)

28. Crum RM, Mojtabai R, Lazareck S et al. A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(7):718-26. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1098>
29. Østberg N, Jacobsen BG, Lauridsen MM, Grønkjær LL. Mental health, quality of life, and stigmatization in danish patients with liver disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(8):5497. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085497>
30. Andréasson S, Finn SW, Bakshi AS. Barriers to treatment for alcohol dependence: a qualitative study. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2013(1):A5. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-8-S1-A5>