

Statusartikel

Ugeskr Læger 2020;182:V11200848

Det kommunale alkoholbehandlingstilbud

Anette Søgaard Nielsen¹ & Ulrik Becker²

1) Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 2) Statens Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2021;183:V11200848

HOVEDBUDSKABER

- Offentlig alkoholbehandling er gratis, anonym og kan ske uden henvisning.
- Alkoholbehandling er effektiv, og der anvendes evidensbaserede metoder som motivational interviewing, kognitiv adfærdsterapi og familiebehandling.
- Acamprosat og naltrexon bør anvendes i større udstrækning end disulfiram.

Der skønnes at være 140.000 borgere, der har en alkoholafhængighed, og over en halv million, der har et skadeligt forbrug [1]. Mange af de lidelser og symptomer, som patienter fremviser i sundhedsvæsenet, er udløst eller påvirket af alkoholforbrug [2-4]. Kun 12.000-17.000 borgere søger specialiseret behandling for alkoholproblemer, og der er dermed en meget stor gruppe, der ikke kommer i behandling [5]. Den mest udbredte årsag til ikke at søge behandling er frygt for stigmatisering og manglende kendskab til behandlingsmulighederne [6].

Efter kommunalreformen i 2007 skal kommunerne stille vederlagsfri behandling til rådighed for borgere med et problematisk alkoholforbrug. Kommunen kan vælge at etablere et eget behandlingstilbud eller bede andre om at drive behandlingstilbuddet for sig.

I henhold til sundhedslovens §141 behøver patienten ikke en henvisning for at søge offentlig behandling for alkoholproblemer. Der er behandlingsgaranti på området, og behandlingen skal sættes i gang senest 14 dage efter henvendelsen. Patienten kan frit vælge mellem kommunernes tilbud og har ret til at være anonym. Patienten kan dog ikke modtage farmakologisk behandling i den kommunale alkoholbehandling, hvis han eller hun er anonym. Farmakologisk behandling kan i givet fald varetages af den praktiserende læge.

Alkoholbehandling består af dels akut behandling af abstinenssymptomer, dels planlagt behandling af alkoholproblemstillingen.



Alkoholbehandling – en balance.

INDHOLDET I DEN KOMMUNALE ALKOHOLBEHANDLING

Akut behandling

Akut alkoholbehandling består af afrusning og abstinensbehandling og kan foregå i den kommunale alkoholbehandling i samarbejde med alment praktiserende læger eller helt eller delvist på et hospital for patienter med svære abstinenssymptomer.

Afrusning er behandling i den fase, der indtræder, når en høj alkoholpromille aftager. Under afrusning overvåges patienten i trygge omgivelser og skal sikres tilstrækkeligt med væske og næring. I tilfælde af ambulante afrusning er det vigtigt, at patienterne har et ædru netværk, som kan holde øje.

Abstinenssymptomer starter 6-24 timer efter den sidste alkoholindtagelse og kan udvikles, mens der stadig er alkohol i blodet. De varer typisk 1-3 døgn. Ubehandlede abstinenssymptomer øger risikoen for, dels at fremtidige abstinenssymptomer får større sværhedsgrad (kindling), dels kramper og delirium tremens [7]. Delirium tremens er den mest alvorlige form for abstinenssymptomer med op til 20% dødelighed og mange somatiske komplikationer.

Behandlingen af abstinenssymptomer består i at bringe patienten til ro med stoffer, der stimulerer gammaaminosmørsyre (GABA)-systemet. Der er en høj grad af evidens for, at benzodiazepiner reducerer abstinenssymptomer, hyppigheden af kramper og risikoen for udvikling af delirium tremens. Benzodiazepiner er derfor førstevalgsbehandling, også til svære abstinenssymptomer og delirium tremens. Chlordiazepoxid er at foretrække, fordi stoffet har en lang plasmahalveringstid, er hydrofilt og dermed mindre afhængighedsskabende og har en bedre bivirkningsprofil end andre benzodiazepiner. Benzodiazepiner skal anvendes med forsigtighed i henhold til Sundhedsstyrelsen retningslinjer, men dette må ikke medføre, at patienter med behov for abstinensbehandling ikke behandles. Barbiturater har ikke længere nogen plads i behandlingen af

abstinenssymptomer [8-11]. I sjældne, alvorlige tilfælde af delirium tremens kan sedation med propofol være indikeret.

Ambulant afrusning og abstinensbehandling kræver hyppig kontrol og justering af dosis. Symptomstyret behandling er lige så god eller bedre end behandling med fikseret dosis [12], og der er udviklet validerede og letanvendelige symptomscoreskemaer til brug under indlæggelse og ved behandling af ambulante patienter [13].

Planlagt behandling

Planlagt ambulant samtalebaseret behandling indledes typisk med en udredning af alkoholproblemstillingen, hvor der samtidig screenes for andre problemer, som måtte påvirke behandlingen af alkoholproblemet [14]. Dette sker ved hjælp af validerede interviewinstrumenter, bl.a. Addiction Severity Index [15].

På baggrund af udredningen planlægges behandlingsforløbet sammen med patienten. Behandlingen vil typisk bestå af samtaler individuelt, i gruppe eller sammen med familien, ofte i kombination med farmakologisk behandling. Målet med behandlingen kan være afholdenhed eller nedsat forbrug. I tilfælde af meget svær afhængighed af kronisk karakter, kan målet være skadesreduktion.

Gennem de seneste 15 år er der sket en målrettet styrkelse af det offentlige behandlingstilbud bl.a. gennem efteruddannelse af alkoholbehandlere i Sundhedsstyrelsens regi, udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer [11, 16, 17] og intensiveret tilsyn. De offentlige alkoholbehandlingsinstitutioner tilbyder i dag samtalebehandling inden for viften af evidensbaserede metoder, dvs. samtalebehandlingsformer, der i randomiserede undersøgelser har vist dokumenteret effekt hos de behandlede sammenlignet med en kontrolgruppe [16, 18, 19]. Disse omfatter motivational interviewing (MI) [20, 21], kognitiv adfærdsterapi og familiebehandling [16, 18].

I MI tager man udgangspunkt i den naturlige beslutningsproces, som gør sig gældende ved enhver adfærdændring, og fokuserer på afklaring af ambivalens over for ændring af drikkevaner samt på styrkelse af selve beslutningen om ændring. Der kan være tale om en selvstændig intervention eller om en intervention forud for anden behandling.

De kognitive behandlingsmodeller udspringer af indlæringsteorier og er baseret på en antagelse om, at følelser og adfærd bestemmes af, hvordan vi tænker, analyserer, forestiller os og lærer. Kognitiv behandling indeholder ud over træning af rationel og analyserende tankevirksomhed også psykoekation og social færdighedstræning. Kognitiv behandling er den bedst undersøgte psykosociale behandlingsstrategi til alkoholafhængighed, og det er veldokumenteret, at man med kognitiv behandling kan reducere et alkoholforbrug [18].

I familieorienteret behandling fokuserer man på både alkoholmisbruget og familiens interaktionsmønstre. Effekten af familieinddragelse er undersøgt på to områder, dels i forhold til sandsynligheden for at alkoholmisbrugeren overhovedet kommer i behandling, og dels i forhold til effekten af selve behandlingen [16]. På begge områder er der moderat til god effekt, især af kognitiv par- og familiebehandling [16].

Der er ikke klar viden om den ideelle varighed af et alkoholbehandlingsforløb, og der er ikke dokumentation for, at lange forløb er mere effektive end korte [16, 22, 23]. I Danmark kan varigheden af behandlingsforløb svinge fra en måned til flere år, og de planlægges efter, hvor svær alkoholafhængigheden er, og hvor meget brug for hjælp, man har. Det er typisk muligt at koordinere behandlingen med andre indsatser, f.eks. støtte til børn i familien, sociale indsatser eller behandling for psykiske lidelser. Ved svær alkoholafhængighed eller gentagne tilbagefald kan kommunen vælge at visitere patienten til behandling i døgnregi.

Samtalebehandling kombineres ofte med farmakologisk behandling. Den øgede viden om neurobiologiske ændringer hos alkoholafhængige har medført udvikling af lægemidler, der er effektive [16]. I Danmark anvendes

der primært acamprosat, naltrexon og disulfiram.

Acamprosat er en N-methyl-D-aspartat (NMDA)-antagonist og GABA-agonist. Da der ved afhængighed er påvist forandringer i GABA- og NMDA-signalstofferne i hjernen, har acamprosat en hensigtsmæssig virkning i relation til normalisering af de neurofysiologiske forstyrrelser. Acamprosat skal doseres tre gange dagligt. Når acamprosat gives sammen med struktureret samtalebehandling, øges andelen af afholdende personer efter 6-12 måneders behandling sammenlignet med samtalebehandling alene (132 flere pr. 1.000 behandlede; 95% konfidens-interval (KI): 78-179) og ved et års opfølgning efter endt behandling (76 flere pr. 1.000 behandlede; 95% KI: 19-124). Der er ikke evidens for at fortsætte behandlingen ud over 12 måneder. Der ses også mindre frafald i acamprosatgruppen end i samtalegruppen (49 færre pr. 1.000 behandlede; 95% KI: 5-93). Acamprosat har ikke effekt på indtaget alkoholmængde pr. drikkedag [11, 16, 17] og er ikke forbundet med øget risiko for alvorlige bivirkninger. Den Nationale Kliniske Retningslinje indeholder en stærk anbefaling af at tilbyde acamprosat som supplement til samtalebehandling. Acamprosat synes at være særligt velegnet til patienter med høj grad af drikketrang og angstsymptomer.

Naltrexon virker på opioidsystemet som en opioiddantagonist- μ -receptorantagonist. Naltrexon skal doseres én gang om dagen. Naltrexon nedsætter måske alkoholindtaget pr. drikkedag efter tre måneders behandling (middeldifference: 1,16 genstande lavere pr. drikkedag; 95% KI: 0,48-1,84) og øger antallet af afholdende efter tre måneders behandling (57 pr. 1.000 behandlede; 95% KI: 0-100), men ikke afholdenhed efter afsluttet behandling og længere tids opfølgning. Naltrexon ser heller ikke ud til at mindske frafald. Naltrexon har ikke alvorlige bivirkninger [11, 16, 17]. Den Nationale Kliniske Retningslinje indeholder en svag anbefaling af at tilbyde naltrexon som supplement til samtalebehandling. Naltrexon synes især at være hensigtsmæssig hos patienter med tidlig debut af afhængighed og familiær disposition.

Disulfiram hæmmer acetaldehyddehydrogenasen og medfører ophobning af acetaldehyd, hvis man drikker. Der synes at være et lidt større frafald ved behandling med disulfiram end i en kontrolgruppe, der ikke fik behandling med disulfiram (85 færre pr. 1.000 behandlede; 95% KI: 60-152). Disulfiram synes at øge afholdenhed efter otte uger, men ikke efter 6-12 måneders behandling. Der er ikke rapporteret om alkoholindtag pr. drikkedag [11, 16, 17]. Den Nationale Kliniske Retningslinje har en svag anbefaling imod at anvende disulfiram og anbefaler, at disulfiram kun anvendes sammen med samtalebehandling, hvis det sker i fælles beslutning med patienten, da effekten af disulfiram på alkoholafhængighed er usikker, og der kan være bivirkninger.

EFFEKT AF ALKOHOLBEHANDLING

Der er generelt god effekt af alkoholbehandling. Gennem de senere år er der sket en harmonisering af de offentlige behandlingstilbud [5] overvejende gennem efteruddannelse af alkoholbehandlere og et systematisk samarbejde på tværs af kommunerne. Et år efter behandlingsstart er 50-60% af patienterne afholdende eller drikker under Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser [23, 24], hvilket svarer til fundene i udenlandske undersøgelser [25]. Den resterende del har typisk nedsat forbruget eller oplever perioder med tilbagefald, og kan derfor have brug for flere behandlingstilbud. Det er ikke ualmindeligt at modtage alkoholbehandling 2-3 gange eller mere [26]. Der er ikke grund til at tro, at resultaterne af alkoholbehandling er hverken værre eller bedre end megen anden form for behandling i sundhedsvæsenet [27]. Kosteffektiviteten af behandling for alkoholafhængighed er god [28, 29].

SAMARBEJDE MED ALMEN PRAKSIS

De fleste patienter henvender sig til den kommunale alkoholbehandling på eget eller familiens initiativ og typisk

efter, at alkoholproblematikken har stået på i op til ti år eller mere. Under 20% henvises fra sundhedsvæsenet eller egen læge [5]. Da alkoholproblemer er hyppige blandt patienter både i almen praksis og på hospital, er der stigende fokus på initiativer, der kan sikre en øget henvisning til alkoholbehandling. Der er dog udfordringer med at sikre den elektroniske kommunikation mellem sektorerne [30].

Ikke alle steder i landet har alkoholbehandlingsinstitutionerne egne læger ansat, men samarbejder i stedet med patientens egen læge om eventuel farmakologisk behandling. Dette samarbejde stiller krav til almen praksis og alkoholbehandlingsinstitutionerne om gensidigt kendskab, men kan omvendt også være med til at skabe det.

SUPPLERENDE INFORMATION

Sundhedsstyrelsen driver sammen med Alkohol og Samfund Alkolinjen (tlf.: 80 200 500, <https://alkohologsamfund.dk/alkolinjen>). Her kan borgere og professionelle få rådgivning. Information om de kommunale alkoholbehandlingstilbud findes på www.sundhed.dk.

KORRESPONDANCE: Anette Søgaard Nielsen. E-mail: ansnielsen@health.sdu.dk

ANTAGET: 12. januar 2021

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. april 2021

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR: Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

SUMMARY

Municipal alcohol treatment

Anette Søgaard Nielsen & Ulrik Becker

Ugeskr Læger 2021;183:V11200848

In Denmark patients requiring treatment of alcohol abuse do not need a referral in order to seek municipal treatment which is free of charge. A summary of the various forms of treatment is given in this review. Acute alcohol treatment consists of detoxification and treatment of withdrawal symptoms. Untreated withdrawal symptoms increase the risk of kindling and should be avoided. Planned treatment consists of psychosocial therapy, often in combination with pharmacological treatment. The duration of treatment varies, and there is generally good effect of treatment for alcohol use disorders.

LITTERATUR

1. Hansen AB, Hvidtfeldt UA, Gronbaek M et al. The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scand J Public Health* 2011;39:128-36.
2. Holst C, Tolstrup JS, Sorensen HJ, Becker U. Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: a cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment. *Addiction* 2017;112:1358-66.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-33.
4. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. WHO, 2014.
5. Schwarz AS, Nielsen B, Nielsen AS. Changes in profile of patients seeking alcohol treatment and treatment outcomes following policy changes. *Z Gesundh Wiss* 2018;26:59-67.
6. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andreasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among

- nontreatment seekers with alcohol dependence. *Subst Use Misuse* 2014;49:762-9.
7. Booth BM, Blow FC. The kindling hypothesis: further evidence from a U.S. national study of alcoholic men. *Alcohol Alcohol* 1993;28:593-8.
 8. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;3:CD005063.
 9. Loneragan E, Luxenberg J, Areosa SA. Benzodiazepines for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD006379.
 10. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD005063.
 11. Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, 2006:220.
 12. Daepfen JB, Gache P, Landry U et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Int Med* 2002;162:1117-21.
 13. Elholm B, Larsen K, Hornnes N et al. Alcohol withdrawal syndrome: symptom-triggered versus fixed-schedule treatment in an outpatient setting. *Alcohol Alcohol* 2011;46:318-23.
 14. Becker U. Opsporing og screeningsmetoder. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. Munksgaard, 2016:219-28.
 15. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI et al. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 2006;15:113-24.
 16. National Klinisk Retningslinje for behandling af alkoholafhængighed, 2015. Sundhedsstyrelsen, 2018.
 17. Den Nationale Kliniske Retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Sundhedsstyrelsen, 2016.
 18. National Institute for Health & Clinical Excellence: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Clinical Practice Guideline 115. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2011.
 19. Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale. Sundhedsstyrelsen, 2008.
 20. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
 21. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
 22. Kramer Schmidt L, Bojesen AB, Nielsen AS, Andersen K. Duration of therapy – does it matter? *J Subst Abuse Treat* 2018;84:57-67.
 23. Andersen K, Behrendt S, Bilberg R et al. Evaluation of adding the community reinforcement approach to motivational enhancement therapy for adults aged 60 years and older with DSM-5 alcohol use disorder: a randomized controlled trial. *Addiction* 2020;115:69-81.
 24. Nielsen AS, Nielsen B. Improving outpatient alcohol treatment systems: integrating focus on motivation and actuarial matching. *Alcoholism Treatment Quarterly* 2018;36:3:373-86.
 25. Witkiewitz K, Falk DE, Litten RZ et al. Maintenance of World Health Organization risk drinking level reductions and posttreatment functioning following a large alcohol use disorder clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43:979-87.
 26. Hansen EM, Mejdal A, Nielsen AS. Predictors of readmission following outpatient treatment for alcohol use disorder. *Alcohol Alcohol* 2020;55:291-8.
 27. Leucht S, Hierl S, Kissling W et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry* 2012;200:97-106.
 28. Holder HD. The cost offsets of alcoholism treatment. *Recent Dev Alcohol* 1998;14:361-74.
 29. Ukatt Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005;331:544.
 30. Sundhedsstyrelsens servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsen, 2019.