

National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed

National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed

© Sundhedsstyrelsen, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Alkoholafhængighed, alkoholbehandling, alkoholmisbrug, alkoholoverforbrug, alkoholproblem, alkoholisme, efterbehandling, alkoholefterbehandling, familiebehandling, familieorienteret alkoholbehandling, ægtefællebehandling, pårørendebehandling, behandling af familie, behandling af ægtefælle, behandling af pårørende, kognitiv terapi, alkoholrehabilitering.

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Høringsversion

Format: pdf

HØRINGSVERSION

Indhold

1	Indledning	8
1.1	Formål	8
1.2	Afgrænsning af patientgruppe	8
1.3	Målgruppe/brugere	8
1.4	Emneafgrænsning	8
1.5	Patientperspektivet	9
1.6	Juridiske forhold	9
2	Familieorienteret eller individuel alkoholbehandling	9
2.1	Fokuseret spørgsmål 1	9
2.1	Anbefaling	9
2.2	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	10
2.3	Baggrund for valg af spørgsmål	10
2.4	Litteratur	10
2.5	Gennemgang af evidens	10
2.6	Oversigt over evidens	11
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	12
2.8	Rationale for anbefaling	13
3	Rådgivning af pårørende uden den alkoholafhængige	13
3.1	Fokuseret spørgsmål 2	13
3.2	Anbefaling	13
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	14
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	14
3.5	Litteratur	14
3.6	Gennemgang af evidens	14
3.7	Oversigt over evidens	15
3.8	Arbejdsgruppens overvejelser	16
3.9	Rationale for anbefaling	16
4	Alkoholbehandling i grupper eller individuelt	17
4.1	Fokuseret spørgsmål 3	17
4.2	Anbefaling	17
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	17
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	17
4.5	Litteratur	17
4.6	Gennemgang af evidens	17
4.7	Oversigt over evidens	18
4.8	Arbejdsgruppens overvejelser	19
4.9	Rationale for anbefaling	19
5	Døgnbehandling eller dagbehandling	19
5.1	Fokuseret spørgsmål 4	19
5.2	Anbefaling	19
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	19
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	20
5.5	Litteratur	20
5.6	Gennemgang af evidens	20
5.7	Oversigt over evidens	20
5.8	Arbejdsgruppens overvejelser	21
5.9	Rationale for anbefaling	22
6	Community Reinforcement Approach (CRA) eller standardbehandling til socialt udsatte	22
6.1	Fokuseret spørgsmål 5	22

6.2	Anbefaling	22
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	22
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	22
6.5	Litteratur	23
6.6	Gennemgang af evidens	23
6.7	Oversigt over evidens	23
6.8	Arbejdsgruppens overvejelser	24
6.9	Rationale for anbefaling	24
7	Struktureret samtale og behandling med disulfiram eller struktureret samtale alene	25
7.1	Fokuseret spørgsmål 6	25
7.2	Anbefaling	25
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	25
7.5	Litteratur	25
7.6	Gennemgang af evidens	26
7.7	Oversigt over evidens	26
7.8	Arbejdsgruppens overvejelser	27
7.9	Rationale for anbefaling	27
8	Struktureret samtale og behandling med disulfiram eller disulfiram alene	28
8.1	Fokuseret spørgsmål 7	28
8.2	Anbefaling	28
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
8.5	Litteratur	28
8.6	Arbejdsgruppens overvejelser	28
8.7	Rationale for anbefaling	29
9	Struktureret samtale og behandling med acamprosat eller struktureret samtale alene	29
9.1	Fokuseret spørgsmål 8	29
9.2	Anbefaling	29
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	29
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	29
9.5	Litteratur	30
9.6	Gennemgang af evidens	30
9.7	Oversigt over evidens	30
9.8	Arbejdsgruppens overvejelser	31
9.9	Rationale for anbefaling	31
10	Struktureret samtale og behandling med naltrexon eller struktureret samtale alene	32
10.1	Fokuseret spørgsmål 8	32
10.2	Anbefaling	32
10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	32
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	32
10.5	Litteratur	32
10.4	Gennemgang af evidens	32
10.6	Oversigt over evidens	33
10.7	Arbejdsgruppens overvejelser	34
10.8	Rationale for anbefaling	34
11	Struktureret samtale og behandling med nalmeffen eller struktureret samtale alene	34
11.1	Fokuseret spørgsmål 10	34
11.2	Anbefaling	35
11.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	35
11.4	Baggrund for valg af spørgsmål	35
11.5	Litteratur	35
11.6	Gennemgang af evidens	35

11.7	Oversigt over evidens	35
11.8	Arbejdsgruppens overvejelser	36
11.9	Rationale for anbefaling	37
12	Varighed af ambulant alkoholbehandling: Tre måneder eller længere	37
12.1	Fokuseret spørgsmål 11	37
12.2	Anbefaling	37
12.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	37
12.4	Baggrund for valg af spørgsmål	38
12.5	Litteratur	38
12.6	Gennemgang af evidens	38
12.7	Oversigt over evidens	38
12.8	Arbejdsgruppens overvejelser	39
12.9	Rationale for anbefaling	39
13	Efterbehandling	40
13.1	Fokuseret spørgsmål 12	40
13.2	Anbefaling	40
13.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	40
13.4	Baggrund for valg af spørgsmål	40
13.5	Litteratur	40
13.6	Gennemgang af evidens	40
13.7	Oversigt over evidens	41
13.8	Arbejdsgruppens overvejelser	41
13.9	Rationale for anbefaling	42
14	Referenceliste	43
	Bilag 1: Baggrund	53
	Bilag 2: Implementering	54
	Bilag 3: Monitorering	56
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	57
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	58
	Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	59
	Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	71
	Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow charts	74
	Bilag 9: Evidensvurderinger	92
	Bilag 10: Arbejdsgruppen og referencegruppen	93
	Bilag 11: Forkortelser og begreber	96

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org> og bilag 7 og 9.

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

ANBEFALINGENS STYRKE

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for interventionen, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod interventionen, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis ✓

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet retningslinjen. Anbefalingen kan være enten for eller imod. Anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede, uanset om de er stærke eller svage.

For en uddybende beskrivelse se bilag 7.

Centrale budskaber

↑↑ Tilbyd kognitiv familieorienteret alkoholbehandling til personer med alkoholafhængighed med en familie (⊕⊕○○).

↑↑ Tilbyd rådgivning/vejledning til pårørende til alkoholafhængige (⊕⊕⊕○).

↑ Samtalebehandling i grupper og individuel samtalebehandling kan begge tilbydes som behandlingsformer ved alkoholafhængighed, da der ikke er fundet forskel i effekt for målgruppen (⊕○○○).

↑ Døgn- og dagbehandling kan begge overvejes som behandlingsformer ved alkoholafhængighed, da der ikke er fundet forskel i effekt for målgruppen (⊕⊕○○).

↑ Overvej CRA (Community Reinforcement Approach) fremfor standardbehandling til alkoholafhængige, der er socialt udsatte (⊕⊕⊕○).

↓ Anvend kun disulfiram sammen med samtalebehandling efter nøje overvejelse, da effekten af disulfiram på alkoholafhængighed er usikker, og der kan være bivirkninger (⊕○○○).

√ Det er ikke god klinisk praksis at give superviseret disulfiram-behandling uden samtidig at tilbyde et struktureret samtaleforløb til personer med alkoholafhængighed.

↑↑ Tilbyd acamprosat som supplement til samtalebehandling til alkoholafhængige (⊕⊕○○).

↑ Overvej at tilbyde naltrexon som supplement til samtalebehandling til alkoholafhængige (⊕⊕⊕○).

↓ Anvend kun nalmefen sammen med samtalebehandling til personer med alkoholafhængighed efter nøje overvejelse, da effekten af nalmefen er usikker, og der kan være bivirkninger (⊕○○○).

↑ Overvej at planlægge struktureret alkoholbehandling af tre måneders varighed. Herefter vurderes behov for yderligere struktureret behandling (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde efterbehandling efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb til alkoholafhængige (⊕○○○).

1 Indledning

1.1 Formål

Formålet med denne nationale kliniske retningslinje er at højne og ensarte kvaliteten af den specialiserede alkoholbehandling i Danmark, både de offentligt finansierede og de private tilbud. Herudover skal retningslinjen medvirke til hensigtsmæssige forløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering mellem tilbud.

1.2 Afgrænsning af patientgruppe

Retningslinjen omhandler behandling af voksne med alkoholafhængighed (se kriterier for alkoholafhængighed i bilag 1). En mindre andel af de personer, som henvender sig til en alkoholbehandlingsinstitution, opfylder ikke kriterierne for alkoholafhængighed, men har et skadeligt forbrug af alkohol. Disse personer er generelt også omfattet af retningslinjen. Dog vedrører anbefalingerne om medicin kun personer, der opfylder kriterierne for alkoholafhængighed (spørgsmål 6-10).

Det har ikke været muligt inden for de givne rammer at give specifikke anbefalinger for børn, unge og ældre eller for gruppen med samtidig svær psykisk sygdom (her defineret ved forekomsten af psykotiske symptomer). Det forventes, at gruppen med både svær psykisk sygdom og alkoholproblemer er emne for en anden national klinisk retningslinje.

1.3 Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig til en bred vifte af behandlere, herunder personale i alkoholbehandlingsinstitutioner (læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og pædagoger mv.) og til alment praktiserende læger. Desuden henvender den sig til beslutningstagere indenfor området.

Sekundært henvender retningslinjen sig til sygehuspersonale og personale i kommunerne, der hyppigt møder personer med alkoholafhængighed. Viden om evidensbaseret alkoholbehandling skal øge opmærksomheden på at henvise personer med alkoholafhængighed til specialiseret alkoholbehandling.

1.4 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i forløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen. Det er vigtigt at understrege, at retningslinjen kun beskæftiger sig med udvalgte dele af behandlingsindsatsen på alkoholområdet. Der er ikke tale om en udtømmende beskrivelse af evidensbaseret alkoholbehandling, og retningslinjen er ikke en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløbet.

Arbejdsgruppen har valgt at se på behandlinger, der vil være relevante for langt de fleste personer, der henvises til en alkoholbehandlingsinstitution (familieorienteret behandling, individuel behandling versus behandling i grupper, medicinsk behandling, varighed af behandlingen og efterbehandling) samt behandlinger, der overve-

jende er målrettet personer med både alkoholafhængighed og sociale problemer (dag- versus døgnbehandling samt Community Reinforcement Approach (CRA)).

Til vurdering af de enkelte behandlings effekter har arbejdsgruppen valgt at fokusere på de outcomes (udfald), som arbejdsgruppen vurderer som de vigtigste. Det er derfor ikke alle outcomes, der er beskrevet i de kliniske studier, som er medtaget i denne retningslinje.

1.5 Patientperspektivet

Patientforeningernes paraplyorganisation Danske patienter har været indbudt til at deltage i referencegruppen og til at afgive hørings svar. Se liste over høringsparter i bilag 10.

1.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer.

De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og personer med alkoholproblemer samt andre med interesse for området kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til personens situation og ønsker. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

2 Familieorienteret eller individuel alkoholbehandling

2.1 Fokuseret spørgsmål 1

Er der bedre effekt af familieorienteret alkoholbehandling end individuel alkoholbehandling af personer med alkoholafhængighed?

2.1 Anbefaling

↑↑ Tilbyd kognitiv familieorienteret alkoholbehandling til personer med alkoholafhængighed med en familie (⊕⊕○○).

2.2 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

De evidensbaserede metoder indenfor familieorienteret alkoholbehandling består hovedsageligt af forskellige former for kognitiv adfærdsterapeutisk parterapi. Der bygges dog på en systemisk forståelsesramme, idet hele familien tænkes at være berørt af og involveret i alkoholproblemerne, ligesom hele familien skal indgå i de forandringer, der skal til for at opnå en varig effekt af behandlingen.

Selvom de inkluderede studier primært er udført på par, vurderer Sundhedsstyrelsen, at man også med fordel kan inddrage andre pårørende som søskende eller forældre i behandlingen ⁽¹⁾.

Ofte vil man planlægge nogle individuelle samtaler med den alkoholafhængige, inden og/eller sideløbende med, at partner inddrages. Der ses desuden tendenser til, at det kan være afgørende for et positivt udfald, at parret er forpligtet på hinanden og/eller kan motiveres til at forpligte sig på forholdet og/eller familien ^(2,3). Evidensen gælder kun for familier, hvor det er én af forældrene, der har alkoholproblemer.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en publikation om familieorienteret alkoholbehandling ⁽⁴⁾.

I nyere forskning inddrages moduler, der har særligt fokus på forældrefunktionen som en del af den adfærdsterapeutiske kognitive parterapi ^(5,6).

Evidensen ser anderledes ud for familier, hvor det er et barn/ung, der har alkoholproblemer. Her synes det givtigt at inddrage hele familien i familieterapi ⁽⁷⁻⁹⁾.

2.3 Baggrund for valg af spørgsmål

Forskning tyder på, at der er god effekt af familieorienteret alkoholbehandling ⁽¹⁰⁾, men det tilbydes kun i nogen udstrækning i Danmark ⁽¹¹⁾. Der er behov for større viden om, hvilken type af familieorienteret alkoholbehandling, der er bedst dokumentation for.

2.4 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af otte randomiserede kontrollerede forsøg ^(6,12-19) fra NICES guideline, n=970 ⁽²⁰⁾. Den opdaterende søgning fandt ingen nye relevante studier. Flow charts findes i bilag 8.

2.5 Gennemgang af evidens

Den fundne litteratur omfattede kun kognitiv parterapi og ikke familieterapi med hele familien.

Litteraturen viser, at familieorienteret behandling øger familiens og partners trivsel ved behandlingsafslutning (og ved 6-12 måneders follow-up, data ikke vist), ligesom det øger andelen af afholdende dage ved et års follow-up. Børns trivsel var kun undersøgt i et enkelt studie, som fandt tendens til bedre trivsel ved familieorienteret behandling sammenlignet med individuel behandling. Der var ikke forskel mellem behandlingerne med hensyn til frafald og alkoholindtag pr. drikkedag.

2.6 Oversigt over evidens

Familieorienteret alkoholbehandling sammenlignet med individuel behandling for alkoholafhængighed

Patient eller population: Personer med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: Familieorienteret behandling

Kontrol: Individuel alkoholbehandling

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Individuel behandling	Familieorienteret behandling				
Famiefunktion målt af den afhængige (Dyadic Adjustment Scale), efter behandlingen		I interventionsgruppen var den gennemsnitlige famiefunktion (målt af den afhængige) 0.47 standard deviation højere (0.11 to 0.82 højere)		280 (6 studier) ^(6,13-16,18)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	
Trivsel hos partner/famiefunktion målt af partneren, (Dyadic Adjustment Scale), efter behandlingen		I interventionsgruppen var den gennemsnitlige famiefunktion (målt af partneren) 0.32 standard deviation højere (0.05 to 0.59 højere)		278 (6 studier) ^(6,13-16,18)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	
Trivsel hos børn (Children's pediatric symptom list), efter behandlingen		I interventionsgruppen var den gennemsnitlige Children's pediatric symptom list 3 lavere (10.94 lavere til 4.94 højere)		47 (1 studie) ⁽¹⁵⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Trivsel hos børn (Children with open cases with child protective services for target child), efter behandlingen	300 pr. 1000	300 pr. 1000 (78 to 1000)	RR 1 (0.26 til 3.81)	20 (1 studie) ⁽⁶⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Vold (Spousal Violence Male-to-Female Days Any Violence), efter behandlingen		Det gennemsnitlige antal dage med vold i interventionsgruppen var 0.24 lavere (2.18 lavere til 1.7 højere)		20 (1 studie) ⁽⁶⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Vold (Spousal Violence Female-to-Male Days Any Violence), efter behandlingen		Det gennemsnitlige antal dage med vold i interventionsgruppen var 0.14 lavere (2 lavere til 1.72 højere)		20 (1 studie) ⁽⁶⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Frafald af alle årsager	143 pr. 1000	174 pr. 1000 (106 til 289)	RR 1.22 (0.74 til 2.02)	313 (4 studier) ^(12,17-19)	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,3}	
Andel afholdende dage, opgjort efter behandlingen		Afholdende i interventionsgruppen opgjort efter interventionen var 0.16 standard deviation lavere (0.44 lavere til 0.13 højere)		214 (3 studier) ^(6,12,17)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	En lavere standard deviation indikerer en bedre effekt på afholden-

					hed
Andel afholdende dage, ved 1 års follow-up		Afholdende i interventionsgruppen opgjort ved 1 års follow-up 0.54 standard deviation lavere (0.81 til 0.27 lavere)	245 (4 studier) (6,12,17,19)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	En lavere standard deviation indikerer en bedre effekt på afholdenhed.
Andel afholdende dage ved 2 års follow-up		Afholdende i interventionsgruppen opgjort ved 2 års follow-up 0.34 standard deviation lavere (1.05 lavere til 0.37 højere)	34 (1 studie) (17)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2,4}	En lavere standard deviation indikerer en bedre effekt på afholdenhed
Alkoholindtag pr. drikkedag, efter behandlingen		I interventionsgruppen var alkoholindtaget pr. drikkedag efter interventionen 0.38 standard deviation lavere (0.95 lavere til 0.2 højere)	48 (1 studie) (18)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,4}	
Alkoholindtag pr. drikkedag, ved 1 års follow-up		I interventionsgruppen var alkoholindtaget pr. drikkedag ved 1 års follow-up 0.11 standard deviation lavere (0.71 lavere to 0.49 højere)	43 (1 studie) (19)	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2,5}	
Tid til alkoholindtag – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres	Se kommentar	

*Baseline-risikoen er baseret på medianen af risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Problemer med blinding af behandlings allokering og blinding af måling af outcome

² Kun et studie

³ 95%CI indeholder ingen effekt og er bredt

⁴ 95%CI indeholder ingen effekt og kun et studie

⁵ 12-trins behandling (anvendes ikke professionelt i Danmark)

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes om familiefunktion, partners trivsel (i relation til parforholdet) og procent dage afholdende efter et år er moderat, mens kvaliteten af evidensen er lav for de kritiske outcomes om frafald og børns trivsel. Den samlede kvalitet af evidensen er derfor lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Familieorienteret alkoholbehandling øger både den alkoholafhængiges og partners trivsel i relation til forholdet/familien. Familieorienteret alkoholbehandling øger antallet af dage med afholdenhed og

	minder muligvis mængden af indtaget alkohol ved de lejligheder, hvor der drikkes. Der er sparsom viden om effekten af familieorienteret alkoholbehandling på vold og børns trivsel. Der er ingen kendte skadevirkninger af familieorienteret alkoholbehandling.
Værdier og præferencer	Familieorienteret alkoholbehandling er en præferencefølsom behandling. Nogle foretrækker først at modtage individuel behandling, inden familien inddrages. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at behandleren er opmærksom på mulighederne for at inddrage familien på et senere tidspunkt. Andre ønsker slet ikke, at familien inddrages. Ligeledes vil nogle pårørende ikke ønske at deltage i behandlingen.
Andre overvejelser	Der er få efteruddannelsesmuligheder indenfor kognitiv familieorienteret alkoholbehandling i Danmark. Der er således behov for at styrke fokus på den kognitive familieorienterede alkoholbehandling. Nogle alkoholafhængige har ingen pårørende.

2.8 Rationale for anbefaling

Sundhedsstyrelsen har valgt at give en stærk anbefaling for kognitiv familieorienteret alkoholbehandling, selvom kvaliteten af evidensen samlet set er lav. Det skyldes, at der er god evidens for, at kognitiv familieorienteret alkoholbehandling øger familiens samt partners trivsel og øger andelen af dage med afholdenhed hos den alkoholafhængige sammenlignet med individuel behandling. Samtidig har familieorienteret alkoholbehandling ingen kendte skadelige virkninger. Om personer med alkoholafhængighed ønsker familieorienteret eller individuel behandling vil dog være forskelligt, og begge muligheder bør tilbydes, sådan at den alkoholafhængige selv kan vælge.

3 Rådgivning af pårørende uden den alkoholafhængige

3.1 Fokuseret spørgsmål 2

Indebærer professionel rådgivning/vejledning af pårørende, at den alkoholafhængige kommer tidligere i behandling, og øger det trivslen hos de pårørende/i familien?

3.2 Anbefaling

↑↑ Tilbyd rådgivning/vejledning til pårørende til alkoholafhængige (⊕⊕⊕○).

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Pårørende påvirkes af alkoholproblemer blandt de nærmeste og kan som følge heraf opleve et behov for rådgivning og vejledning. Rådgivning er især anvendeligt i forhold til pårørende til drikke, der ikke har erkendt et problematisk forhold til alkohol eller til behandlingsresistente alkoholafhængige. Der arbejdes som oftest med en partner, men også forældre og søskende kan inddrages. Rådgivningen har til formål at skabe øget trivsel hos den pårørende samt forandringer i de pårørendes tanker og adfærd, sådan at den drikke motiveres til at begynde i alkoholbehandling og/eller ændre drikkeadfærd.

Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) er en manualbaseret metode⁽²¹⁾ med seks faste temaer, der typisk gennemgås over 12 sessioner. Det kan foregå i grupper eller individuelt. Den pårørende undervises i en adfærd, der via positive incitamenter kan motivere den drikke til at starte i alkoholbehandling. Der er udviklet en selvhjælpsbog til pårørende til alkoholafhængige på engelsk, der skal støtte op om arbejdet under sessionerne⁽²²⁾.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er behov for viden om, hvorvidt professionel rådgivning til pårørende til alkoholafhængige, der ikke er motiverede for alkoholbehandling, kan få den alkoholafhængige i behandling, og om det øger trivslen hos de pårørende og i familien⁽²³⁾.

3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af fem randomiserede kontrollerede forsøg, n=294, fra to systematiske reviews⁽²⁴⁻²⁸⁾. Flow charts findes i bilag 8.

3.6 Gennemgang af evidens

Litteraturen viser, at professionel rådgivning til pårørende til alkoholafhængige øger sandsynligheden for, at den alkoholafhængige kommer i behandling sammenlignet med ingen rådgivning eller selvhjælpsgrupper til pårørende. Hertil kommer øget trivsel hos den pårørende gennem bedre 'coping' og tendens til færre depressive symptomer. Der er ikke fundet forskel i effekt på familiefunktion eller alkoholindtag ved professionel rådgivning sammenlignet med ingen rådgivning eller selvhjælpsgrupper til pårørende.

Tre studier var baseret på CRAFT-metoden^(25,26,28) og to på kognitive teknikker^(24,27). Studierne baseret på kognitive teknikker underviste de pårørende i at tackle/'cope' med den stress og frustration, som samlivet med den alkoholafhængige gav anledning til. Studierne baseret på CRAFT-metoden var primært rettet mod at få den alkoholafhængige i behandling ved at bruge den pårørende som facilitator. Der blev i disse studier ikke undervist i 'coping'-strategier, men i hvordan den pårørende kunne beskytte sig mod vold.

3.7 Oversigt over evidens

Professionel rådgivning til pårørende af alkoholafhængige sammenlignet med ingen rådgivning eller selvhjælpsgrupper

Patient eller population: Pårørende til personer med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: Professionel rådgivning

Kontrol: Ingen rådgivning eller selvhjælpsgrupper.

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Base-line risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Kontrol Rådgivning til pårørende					
Hvor mange pårørende stopper før tid af forskellige årsager	0 pr. 1000	58 pr. 1000 (0 to 0)	RR 5.78 (1.04 til 31.98)	243 (3 studier) ⁽²⁵⁻²⁷⁾	⊕⊕⊕⊕ moderat ¹	
Procent dage afholdende hos den alkoholafhængige, efter rådgivningsindsats		Det gennemsnitlige procent dage afholdende efter intervention var 4 lavere (18.92 lavere til 10.92 højere)		105 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	
Genstande pr. drikke dag hos den alkoholafhængige, efter rådgivningsindsats		Det gennemsnitlige antal genstande pr. drikke dag efter interventionen var 0.36 højere (3.01 lavere til 3.73 højere)		104 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	
Pårørendes trivsel (Coping skillfulness, Spouse Situation Inventory), efter rådgivningsindsats		Den gennemsnitlige score af Spouse situation Intervention i interventionsgruppen var 0.33 højere (0.2 til 0.46 højere)		110 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	Højere score indikerer en bedre coping hos pårørende
Pårørendes trivsel (Beck's Depression skala), efter rådgivningsindsats		Den gennemsnitlige Becks Depressions score efter interventionen var 1.82 lavere (3.92 lavere til 0.28 højere)		234 (3 studier) ⁽²⁵⁻²⁷⁾	⊕⊕⊕⊕ moderat ¹	Lavere score indikerer færre depressionssymptomer hos pårørende
Andel alkoholafhængige der opstarter behandling op til 3 måneder efter endt rådgivningsindsats	200 pr. 1000	626 pr. 1000 (206 to 1000)	RR 3.13 (1.03 to 9.49)	142 (3 studier) ^(25,26,28)	⊕⊕⊕⊕ moderat ¹	
Familiefunktion efter rådgivningsindsats (Family Cohesion Score)		Den gennemsnitlige Family Cohesion score i interventionsgruppen var 0.38 lavere (1.3 lavere til 0.54 højere)		125 (2 studier) ^(25,26)	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,3}	Højere score indikerer bedre samhørighed i familien
Familiefunktion efter rådgivningsindsats (Family Conflict Score)		Den gennemsnitlige Family Conflict Score i interventionsgruppen var 0.35 højere (0.42 lavere til 1.12 højere)		125 (2 studier) ^(25,26)	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,3}	Højere score indikerer et højere konfliktniveau

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Problemer med manglende blinding

² Kun et studie

3.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om opstart af den alkoholafhængige i behandling er moderat, mens kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om den pårørendes trivsel er lav til moderat afhængig af, om den pårørendes trivsel måles ved henholdsvis 'coping' eller depressive symptomer. Samlet er evidensen således lav til moderat.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Professionel rådgivning til pårørende øger sandsynligheden for, at den alkoholafhængige kommer i behandling. Herudover medfører det øget trivsel hos den pårørende gennem bedre 'coping' og tendens til færre depressive symptomer. Der er ikke fundet forskelle i effekt på familiefunktion ved en professionel rådgivningsindsats sammenlignet med ingen indsats/selvhjælpsgrupper til pårørende. Der var større frafald blandt de pårørende, der fik professionel rådgivning i forhold til ingen rådgivning/selvhjælpsgrupper, hvilket er forventeligt, da man pr. definition ikke kan farfalde 'ingen rådgivning'. Der er ingen kendte skadevirkninger ved professionel rådgivning til pårørende.
Værdier og præferencer	Pårørende, der selv henvender sig til en behandlingsinstitution med henblik på råd og vejledning, vil formentlig være motiverede for professionel rådgivning. Det er præferencefølsomt, om pårørende ønsker individuel rådgivning eller rådgivning i grupper.
Andre overvejelser	<p>Der mangler viden og uddannelse i CRAFT-metoden i Danmark.</p> <p>Der er behov for at synliggøre tilbud til pårørende til alkoholafhængige, sådan at flere pårørende henvender sig til en behandlingsinstitution med henblik på råd og vejledning.</p>

3.9 Rationale for anbefaling

Der er god evidens for, at professionel rådgivning til pårørende øger sandsynligheden for, at den alkoholafhængige kommer i behandling sammenlignet med ingen rådgivning eller selvhjælpsgrupper til pårørende. Herudover kan det øge de pårørendes trivsel gennem bedre 'coping' og tendens til færre depressive symptomer.

Professionel rådgivning til pårørende har ingen kendte skadevirkninger og vurderes at være mindre præferencefølsomt blandt pårørende, som selv henvender sig til en behandlingsinstitution med henblik på råd og vejledning.

4 Alkoholbehandling i grupper eller individuelt

4.1 Fokuseret spørgsmål 3

Hvad har bedst effekt: Samtalebehandling i grupper eller individuel samtalebehandling?

4.2 Anbefaling

↑ **Samtalebehandling i grupper og individuel samtalebehandling kan begge tilbydes som behandlingsformer ved alkoholafhængighed, da der ikke er fundet forskel i effekt for målgruppen (⊕⊕⊕⊕).**

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Sundhedsstyrelsen foreslår, at man overvejer at adskille grupper med henholdsvis afholdenhed og reduceret forbrug som målsætning for behandlingen fremfor at behandle borgere med forskellige målsætninger i samme gruppe.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er påvist effekt af såvel individuel samtalebehandling som samtalebehandling i grupper, og begge behandlingsformer anvendes i Danmark ⁽²⁹⁾. Det er dog uklart, hvilken behandlingsform (gruppe eller individuel), der er mest effektiv.

4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af fire randomiserede kontrollerede forsøg, n=847 ⁽³⁰⁻³³⁾ fundet ved litteratursøgning. Arbejdsgruppen fandt ikke relevante systematiske reviews. Flow charts findes i bilag 8.

4.6 Gennemgang af evidens

Alle studier tilstræbte at give den samme type af behandling (guided self-change, kognitiv terapi, tilbagefaldsforebyggelse) i henholdsvis et individuelt og et gruppeformat. Der var ingen forskel i effekten af individuel og gruppebehandling med hensyn til frafald, genstande pr. drikkedag eller procent dage med afholdenhed. Der var dog flere med et lavt alkoholindtag (op til 20 genstande pr. uge) blandt de individuelt behandlede ved 3-9 måneders opfølgning.

4.7 Oversigt over evidens

Gruppebehandling sammenlignet med individuel behandling for alkoholafhængighed

Patienter eller population: Personer med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: Gruppebehandling

Kontrol: Individuel behandling

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Individuel	Gruppe				
Frafald af alle årsager	285 pr. 1000	271 pr. 1000 (200 to 365)	RR 0.95 (0.7 to 1.28)	442 (2 studier) (30,33)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2,3}	
Gennemsnitligt alkoholindtag, genstande/uge efter 7 måneders opfølgning		7 højere (1.38 lavere til 15.38 højere)		106 (1 studie) (33)	⊕⊖⊖⊖ meget lav ^{1,4,5}	
Genstande pr. drikke-dag under behandling og op til 3 måneder efter		0.07 lavere (0.76 lavere til 0.62 højere)		210 (1 studie) (30)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,5}	
Genstande pr. drikke-dag 12 måneder efter behandlingen		0.47 højere (0.31 lavere til 1.24 højere)		327 (2 studier) (30,32)	⊕⊖⊖⊖ meget lav ^{1,6,7}	
Procent dage afholdende under behandlingen		0.11 lavere (8.62 lavere til 8.4 højere)		210 (1 studie) (30)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,5}	
Procent dage afholdende 12 måneder efter behandlingen		4.77 lavere (13.56 lavere til 4.02 højere)		188 (1 studie) (30)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,5}	
Afholdende/moderate rate (<20 genstande/uge), 3-9 måneder efter behandlingen	419 pr. 1000	293 pr. 1000 (235 til 369)	RR 0.7 (0.56 til 0.88)	241 (2 studier) (31,33)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Problemer med blinding og skjult allokering

² I Sobell et al. var der indsatser mod at formindske drop-out til dem, der modtog gruppebehandling, men ikke til dem, der fik individuel behandling.

³ Alkohol og stofafhængige (udelukkende alkohol: 80% Sobell, 17% Marques)

⁴ Alkohol og stofafhængige, udelukkende alkohol: 17%

⁵ Et enkelt studie

⁶ Alkohol og stofafhængige, uvist hvilken andel med udelukkende alkohol

⁷ Brede 95%CI

4.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om frafald er lav, mens evidensen for det kritiske outcome om procent dage afholdende efter et år er meget lav. Samlet set er kvaliteten af evidensen derfor meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er ikke fundet forskelle i effekten af individuel og gruppebehandling på de kritiske outcomes. Dog ses flere med et lavt alkoholindtag (op til 20 genstande pr. uge) blandt de individuelt behandlede ved 3-9 måneders opfølgning.
Værdier og præferencer	Nogle vil ikke behandles i grupper fx på grund af social angst. Andre vil foretrække gruppebehandling fremfor individuel behandling på grund af muligheden for at dele erfaringer med andre, som har en lignende problematik. Derfor bør begge behandlingsformer tilbydes.
Andre overvejelser	Gruppebehandling kan give den alkoholafhængige et ædru netværk.

4.9 Rationale for anbefaling

Der blev ikke fundet forskel i effekten af gruppe- og individuel behandling på de kritiske outcomes. Der vil være forskel på de alkoholafhængiges præferencer, hvorfor begge behandlingsformer bør tilbydes.

5 Døgnbehandling eller dagbehandling

5.1 Fokuseret spørgsmål 4

Hvad har bedst effekt: Døgnbehandling eller dagbehandling?

5.2 Anbefaling

↑ **Døgn- og dagbehandling kan begge overvejes som behandlingsformer ved alkoholafhængighed, da der ikke er fundet forskel i effekt for målgruppen (⊕⊕⊕⊕).**

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Sundhedsstyrelsen foreslår, at man som udgangspunkt tilbyder ambulante behandling til personer med alkoholafhængighed. Personer med sociale problemer udover alkoholafhængighed (fx arbejdsløshed, dårligt netværk og hjemløshed) kan dog ha-

ve brug for et mere intensivt behandlingstilbud i form af dag- eller døgnbehandling. Til alkoholafhængige med store sociale problemer som fx hjemløshed og/eller anden psykisk sygdom foreslår Sundhedsstyrelsen som udgangspunkt døgnbehandling frem for dagbehandling, da det vurderes, at denne gruppe vil få større udbytte af (mindre frafald ved) døgnbehandling.

Et ambulant behandlingsforløb defineres i overensstemmelse med det Nationale Alkoholbehandlingsregister som et forløb, hvor klienten ikke overnatter på institutionen. Planlægges en behandling, hvor klienten møder ≥ 3 gange om ugen i ≥ 3 timer/sessioner ad gangen, defineres dette som dagbehandling. Døgnbehandling defineres som et intensivt behandlingsforløb, hvor klienten optager en normeret sengeplads.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Spørgsmålet er valgt, fordi der mangler viden om, hvorvidt dag- eller døgnbehandling er mest effektiv.

En dansk MTV-rapport om alkoholbehandling fra 2006 fandt ikke forskel på effekten af ambulant behandling og døgnbehandling, og derfor anbefales ambulant behandling som første valg til den overvejende del af alkoholafhængige ⁽²⁹⁾. Ligeledes er der evidens for, at ambulant behandling og dagbehandling er ligeværdige med hensyn til effekt ⁽³⁴⁾. Dag- og døgnbehandling kan dog være relevant til personer med sociale problemer (fx arbejdsløshed, dårligt netværk og hjemløshed) eller til alkoholafhængige med fejlslagne behandlingsforsøg bag sig, hvor mere intensiv behandling og støtte er nødvendig.

5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af fire randomiserede kontrollerede forsøg med i alt 1.160 personer fra NICES guideline ^(20,35-38). Flow charts findes i bilag 8.

5.6 Gennemgang af evidens

Alle studier sammenlignede dag- og døgnbehandling af 4-5 ugers varighed. Der sås ingen forskel i effekten af dag- og døgnbehandling med hensyn til afholdenhed og alkoholindtag pr. drikke dag. Dog sås et mindre frafald ved døgnbehandling sammenlignet med dagbehandling i et studie blandt en gruppe af alkoholafhængige personer, hvoraf halvdelen var hjemløse ⁽³⁵⁾.

5.7 Oversigt over evidens

Døgnbehandling sammenlignet med dagbehandling for alkoholafhængighed						
Patienter eller population: Personer med alkoholafhængighed						
Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution						
Intervention: Døgnbehandling						
Kontrol: Dagbehandling						
Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Dagbehandling Døgnbehandling					
Frafald af alle årsager	361 pr. 1000	242 pr. 1000 (187 to 306)	RR 0.67 (0.52 to 0.85)	646 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}	

				(35)	
Lapse (ikke afholdende) efter 12 måneder	520 pr. 1000	546 pr. 1000 (457 to 650)	RR 1.05 (0.88 to 1.25)	393 (2 studier) ^(36,38)	⊕⊕⊕⊖ moderat ³
Alkoholindtag pr. drikkedag ved 3 måneder	Det gennemsnitlige alkoholindtag pr. drikkedag ved 3 måneder i kontrolgruppen var 5.05 genstande pr. drikkedag	Det gennemsnitlige alkoholindtag pr. drikkedag ved 3 måneder i interventionsgruppen var 0.01 standard deviation højere (0.34 lavere til 0.37 højere)		121 (1 studie) ⁽³⁷⁾	⊕⊕⊕⊖ moderat ²
Social funktions-evne 12 måneder efter behandlingsstart ⁵ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - estimeres ⁴		
Til alkoholindtag ⁵ - ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - estimeres ⁴		

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Både alcohol og stof afhængige

² Kun et studie

³ Bredt 95%CI

⁴ Vi fandt ikke evidens for dette outcome

5.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om andel afholdende ved 12 måneder efter behandlingsstart er moderat, mens kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om frafald er lav. Samlet er kvaliteten af evidensen derfor lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er ikke fundet forskelle i effekt af dag- og døgnbehandling med hensyn til afholdenhed og alkoholindtag pr. drikkedag. Dog ses der lavere frafald ved døgnbehandling i et studie, hvor halvdelen af populationen var hjemløse.
Værdier og præferencer	Der vil være forskel på, om alkoholafhængige personer foretrækker døgnbehandling frem for dagbehandling. Boligsituation, fysisk og psykisk helbred, tilknytning til arbejdsmarkedet og socialt netværk vil formentlig spille ind.
Andre overvejelser	Alkoholafhængige personer med enten dårligt fysisk eller psykisk helbred, lang transporttid og/eller et

spinkelt socialt netværk kan have svært ved at møde op hver dag eller næsten hver dag til dagbehandling.

5.9 Rationale for anbefaling

Der er ikke fundet forskelle i effekten af dag- og døgnbehandling med hensyn til afholdenhed og alkoholindtag pr. drikke dag. Der er dog nogen evidens for, at døgnbehandling medfører lavere frafald blandt alkoholafhængige med store sociale problemer.

Sammenlignet med døgnbehandling vil dagbehandling give mulighed for at træne ændrede alkoholvaner, mens borgeren bor i sit normale nærmiljø, mens der kan være indikation for døgnbehandling, hvis personen udover alkoholafhængighed har flere psykosociale belastninger, færdes i et miljø med mange drikke eller har flere fejlslagne behandlingsforsøg bag sig.

6 Community Reinforcement Approach (CRA) eller standardbehandling til socialt udsatte

6.1 Fokuseret spørgsmål 5

Er der bedre effekt af Community Reinforcement Approach (CRA) end standardbehandling/struktureret samtalebehandling til alkoholafhængige, der er socialt udsatte?

6.2 Anbefaling

↑ Overvej CRA (Community Reinforcement Approach) fremfor standardbehandling til alkoholafhængige, der er socialt udsatte (⊕⊕⊕⊖).

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

CRA kan i særlig grad være hensigtsmæssig for borgere, som har problemer på flere områder i livet udover alkoholafhængigheden. Det skyldes, at CRA ikke blot har fokus på at afhjælpe alkoholafhængigheden, men også på at styrke den alkoholafhængiges inddragelse i samfundet, fx ved at den alkoholafhængige får et arbejdsliv, et ædru netværk og et mere velfungerende familieliv. Der er fokus på at styrke de aktiviteter, hvor alkohol *ikke* spiller en rolle i den alkoholafhængiges liv. CRA styrker således ikke blot afholdenhed, men også perspektiverne ved at forblive ædru.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

CRA fremhæves ofte som en behandlingsmetode, der er særlig velegnet til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer^(20,39), men anvendes endnu ikke i Danmark. Der er behov for at afdække, om der foreligger evidens for effekten af CRA, der

tilsiger, at denne behandlingsmetode bør anvendes i større udstrækning, end det er tilfældet i dag.

6.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af to randomiserede kontrollerede forsøg fra NICEs guideline, n=955^(20,40,41). Flow charts findes i bilag 8.

6.6 Gennemgang af evidens

I det ene studie fik personerne i interventionsgruppen tilknyttet en (trænet) frivillig, der var sammen med dem i op til seks timer ugentligt⁽⁴¹⁾. I det andet studie fik interventionsgruppen otte sessioner, der fokuserede på at identificere uhensigtsmæssige handlinger og konsekvenser forårsaget af alkohol og på at ændre adfærd samt opbygge et ædru netværk⁽⁴⁰⁾. Der var en tendens til mindre frafald fra behandlingen ved CRA fremfor standardbehandling, som dog ikke var signifikant. Der var ikke forskel på effekten af CRA sammenlignet med standardbehandling med hensyn til afholdenhed eller mængde alkohol drukket pr. drikke dag målt 12 måneder efter behandlingsstart.

6.7 Oversigt over evidens

CRA sammenlignet med standard behandling til socialt udsatte med alkoholafhængighed

Patient eller population: Socialt udsatte med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: CRA

Kontrol: Standard behandling

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen			
	Standard behandling	CRA			
Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning	465 pr. 1000	433 pr. 1000 (316 to 596)	RR 0.93 (0.68 to 1.28)	193 (1 studie) ⁽⁴¹⁾	⊕⊕⊕⊖ ¹ moderat
Frafald opgjort efter 3 måneders follow-up	111 pr. 1000	75 pr. 1000 (47 to 120)	RR 0.68 (0.42 to 1.08)	762 (1 studie) ⁽⁴⁰⁾	⊕⊕⊕⊖ ¹ moderat
Procent afholdende dage ved 12 måneders follow-up	Det gennemsnitlige procent dage afholdende ved 12 måneders follow-up i kontrolgruppen var -45.4	Det gennemsnitlige procent dage afholdende ved 12 måneders follow-up i interventionsgruppen var 0.02 lavere (0.18 lavere til 0.14 højere)		612 (1 studie) ⁽⁴⁰⁾	⊕⊕⊕⊖ ¹ moderat
Antal genstande pr. drikke dag efter 12 måneders follow-up	Det gennemsnitlige antal genstande pr. drikke dag efter 12 måneders follow-up i kontrolgruppen var	Det gennemsnitlige antal genstande pr. drikke dag efter 12 måneders follow-up i interventionsgruppen var 0.06 højere (0.11 lavere til 0.23)		520 (1 studie) ⁽⁴⁰⁾	⊕⊕⊕⊖ ¹ moderat

	18.7	højere)	
Tid til recidiv ² - ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - estimeres ²
Social funktionsevne ² - ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - estimeres ²
Addiction severity index ² – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - estimeres ²

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Kun et studie og bredt konfidensinterval

² Vi fandt ikke evidens for dette outcome

6.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for begge de kritiske outcomes om frafald og procent afholdende efter 12 måneder er moderat. Samlet set er kvaliteten af evidensen således moderat.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er tendens til mindre frafald ved CRA fremfor standardbehandling, mens der ikke er forskel mellem CRA og standardbehandling med hensyn til afholdenhed og alkoholforbrug ved 12 måneders follow-up. Der er ingen kendte skadevirkninger af CRA.
Værdier og præferencer	Alkoholafhængige med et spinkelt socialt netværk, dårligt fysisk/psykisk helbred og/eller afhængige, der ikke har haft gavn af standardbehandling, vurderes at ønske CRA, som i højere grad involverer den afhængiges netværk og andre aktører end standardbehandlingen.
Andre overvejelser	Der mangler viden om og uddannelse i CRA-metoden i Danmark.

6.9 Rationale for anbefaling

Der er tendens til mindre frafald ved CRA fremfor standardbehandling. Der er ingen kendte skadevirkninger, og alkoholafhængige, som er socialt udsatte, vurderes at ønske CRA.

Begge randomiserede kontrollerede forsøg var udført på en bred gruppe af alkoholafhængige og ikke kun på socialt udsatte. På linje med andre guidelines⁽²⁰⁾ vurderer Sundhedsstyrelsen, at CRA kan være relevant for især socialt udsatte. Socialt

udsatte kan formentlig profitere af en behandling, der er fokuseret på etablering af et ædru netværk, øget tilknytning til arbejdsmarkedet og/eller meningsfulde aktiviteter samtidig med etablering af strategier til at opretholde afholdenhed/nedsat forbrug af alkohol.

7 Struktureret samtale og behandling med disulfiram eller struktureret samtale alene

7.1 Fokuseret spørgsmål 6

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med disulfiram end af samtalebehandling alene?

7.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun disulfiram sammen med samtalebehandling efter nøje overvejelse, da effekten af disulfiram på alkoholafhængighed er usikker, og der kan være bivirkninger (⊕○○○).**

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling med disulfiram kræver en målsætning om afholdenhed, og der skal gå mindst 24 timer fra sidste alkoholindtagelse til indtagelse af disulfiram. Behandlingen må derfor ikke gives til personer med hukommelsessvigt eller øvrige kognitive problemer (fx demens, psykose og leverkoma).

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Spørgsmålet skal ses i lyset af et forholdsvis stort forbrug af disulfiram, som er det mest benyttede præparat til behandling af alkoholafhængighed i Danmark. Arbejdsgruppen har kendskab til eksempler, hvor nogle alkoholafhængige pålægges behandling med disulfiram, fx af arbejdsgivere. Der er behov for at afdække, om der er belæg for den udbredte anvendelse af disulfiram.

7.5 Litteratur

Da disulfiram virker gennem en psykologisk trussel om at få det meget dårligt ved alkoholindtagelse, er der udelukkende medtaget studier med et åbent design (ikke blindede studier). Det vil sige, at de alkoholafhængige, som deltog i studierne, er allokeret til enten behandling med disulfiram eller placebo ved lodtrækning og herefter har fået at vide, hvilken af de to grupper de tilhørte.

Evidensgrundlaget bestod af tre randomiserede kontrollerede forsøg⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ fra et systematisk review⁽⁴⁵⁾, samt et studie fra den opdaterende søgning⁽⁴⁶⁾, n=829. Information om bivirkninger er hentet fra produktresumé⁽⁴⁷⁾. Flow charts findes i bilag 8.

7.6 Gennemgang af evidens

Bortset fra et studie fra 2010⁽⁴⁶⁾, var alle studierne gennemført for over 20 år siden (publiceret i perioden fra 1973 til 1992). Karakteren af samtalebehandlingen er formentlig anderledes i dag.

Der var en tendens til flere afholdende dage, og at der gik længere tid til første alkoholindtagelse i disulfiram-gruppen sammenlignet med placebo-gruppen, men forskellen var ikke signifikant. Omvendt viste et studie en tendens til et højere alkoholindtag målt ved genstande pr. uge i disulfiram-gruppen sammenlignet med placebo-gruppen efter seks måneders behandling, men denne forskel var heller ikke signifikant. Ingen af studierne rapporterede genstande pr. drikkedag eller afholdenhed opgjort efter et år.

7.7 Oversigt over evidens

Struktureret samtale og disulfiram-behandling sammenlignet med struktureret samtale for alkoholafhængighed

Patient eller population: Personer med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: Disulfiram og struktureret samtale

Kontrol: Placebo og struktureret samtale

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal del-tagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Control post treatment	Disulfiram				
Frafald af alle årsager	178 pr. 1000	225 pr. 1000 (96 to 521)	RR 1.26 (0.54 to 2.92)	565 (3 studier) (42-44)	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Antallet personer afholdende gennem hele behandlingen	157 pr. 1000	228 pr. 1000 (124 to 419)	RR 1.45 (0.79 to 2.67)	476 (3 studier) (42,43,46)	⊕⊕⊖⊖ lav ^{3,1}	
Antallet dage afholdende, efter behandlingen		Det gennemsnitlige antal dage afholdende efter behandlingen i interventionsgruppen var 9.41 lavere (27.21 lavere til 8.4 højere)		160 (2 studier) (44,46)	⊕⊕⊖⊖ lav ^{3,1}	
Tid til alkoholindtagelse (dage)		Det gennemsnitlige antal dage til første alkoholindtagelse i interventionsgruppen var 14.58 højere (2.84 lavere til 32 højere)		440 (2 studier) (42,46)	⊕⊕⊖⊖ lav ^{3,1}	
Genstande pr. uge, opgjort efter 6 måneders behandling		Det gennemsnitlige antal genstande pr. uge efter behandlingen i interventionsgruppen var 16 højere (38.83 lavere til 70.83 højere)		122 (1 studie) (44)	⊕⊕⊕⊖ moderat ³	
Procent dage afholdende efter 1 års follow-up ⁴ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - stimeres ⁴		Se kommentar	
Genstande pr. drikkedag ⁴ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke - stimeres ⁴		Se kommentar	

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko;

¹ Problemer med skjult allokering og blinding af måling af outcome

² I² er 81% og 95%CI indeholder ingen effekt

³ Bredt 95% CI og et enkelt studie

⁴ Ikke rapporteret

7.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om frafald er lav, mens der mangler evidens for det kritiske outcome om afholdenhed efter et år. Samlet set er kvaliteten af evidensen derfor meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er tendens til flere afholdende dage blandt alkoholafhængige, der behandles med disulfiram, ligesom der er tendens til, at der går længere tid til første alkoholindtagelse. Der er dog samtidig tendens til et højere alkoholindtag i disulfiram-gruppen sammenlignet med placebo-gruppen efter seks måneders behandling. Alkoholindtagelse under disulfiram-behandling kan give en potentielt livsfarlig disulfiram-alkohol reaktion med rødme, kvalme og pulsstigning. Disulfiram-behandlingen forudsætter derfor afholdenhed og kan ikke gives til personer med kognitive problemer. Udover disulfiram-alkohol reaktionen forekommer der bivirkninger med diarré, træthed og kvalme som de hyppigste. Sjældent ses akut svær leverpåvirkning og polyneuropati ⁽⁴⁷⁾ .
Værdier og præferencer	Behandling med disulfiram er præferencefølsomt. Nogle personer med alkoholafhængighed oplever, at disulfiram er en støtte til at vedligeholde afholdenhed, også evt. efter endt samtalebehandling.
Andre overvejelser	Det skal understreges, at disulfiram-behandling til alkoholafhængige, som ikke er motiverede for afholdenhed, ikke har nogen berettigelse.

7.9 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen for disulfiram-behandling i kombination med struktureret samtalebehandling fremfor struktureret samtalebehandling alene er samlet set meget lav. Studierne pegede på en tendens til flere dage med afholdenhed i disulfiram-gruppen, men til gengæld sås også en tendens til et større alkoholindtag i disulfiram-gruppen, når de drak. Effekten af disulfiram-behandling er således usikker. Hertil kommer, at disulfiram-behandling kan være forbundet med bivirkninger.

8 Struktureret samtale og behandling med disulfiram eller disulfiram alene

8.1 Fokuseret spørgsmål 7

Er der bedre effekt af superviseret behandling med disulfiram kombineret med et struktureret samtaleforløb end superviseret behandling med disulfiram alene?

8.2 Anbefaling

✓ **Det er ikke god klinisk praksis at give superviseret disulfiram-behandling uden samtidig at tilbyde et struktureret samtaleforløb til personer med alkoholafhængighed.**

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Der kan være alkoholafhængige personer, der ønsker at fortsætte disulfiram-behandling efter et afsluttet samtaleforløb. Et sådant ønske bør imødekommes, så længe man med mellemrum tager aktivt stilling til, om der fortsat er brug for behandling. Et ønske om disulfiram uden samtalebehandling bør som hovedregel ikke imødekommes, medmindre den alkoholafhængige har mange behandlingsforløb bag sig.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Spørgsmålet skal ses i lyset af et forholdsvist stort forbrug af disulfiram, som er det mest benyttede præparat til behandling af alkoholafhængighed i Danmark. Det er en udbredt praksis i Danmark, at alkoholafhængige tilbydes superviseret behandling med disulfiram uden medfølgende samtalebehandling. Der er behov for at afdekke, om der er belæg for en sådan praksis.

8.5 Litteratur

Der blev ikke fundet evidens, der kunne besvare spørgsmålet.

8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens, der besvarer spørgsmålet.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Superviseret behandling med disulfiram uden samtalebehandling kan ikke betragtes som en behandling, der afhjælper alkoholafhængighed, jf. besvarelsen af spørgsmål 6. I besvarelsen af spørgsmål 6 konkluderes det, at der ikke var nogen sikker effekt af disulfiram sammen med samtalebehandling i forhold til samtalebehandling alene.
Værdier og præferencer	Behandling med disulfiram er præferencefølsomt. Nogle vil ikke have medicin eller oplever bivirkningerne som generende. Andre ønsker medicin som en

støtte i forhold til at være afholdende.

Andre overvejelser

Det skal understreges, at disulfiram-behandling til alkoholafhængige, som ikke er motiverede for afholdenhed, ikke har nogen berettigelse.

8.7 Rationale for anbefaling

Superviseret behandling med disulfiram uden medfølgende samtaler bør kun benyttes efter nøje overvejelse til behandling af alkoholafhængige, da der ikke er evidens for, at disulfiram i sig selv afhjælper alkoholafhængighed.

9 Struktureret samtale og behandling med acamprosat eller struktureret samtale alene

9.1 Fokuseret spørgsmål 8

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med acamprosat end af samtalebehandling alene?

9.2 Anbefaling

↑↑ Tilbyd acamprosat som supplement til samtalebehandling til alkoholafhængige (⊕⊕⊕⊕).

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Acamprosat bør primært overvejes som støtte til alkoholafhængige personer, der ønsker afholdenhed fremfor reduktion i alkoholforbruget. Det ser ud til, at personer med 'craving' eller angst som fremtrædende symptomer vil have særlig gavn af behandling med acamprosat ⁽⁴⁸⁾. Studier er overvejende udført på somatisk raske alkoholafhængige. Forsigtighed skal udvises ved kendt nyresygdom.

Behandlingen kan begynde, så snart den alkoholafhængige kan forstå rækkevidden af behandlingen og bør fortsætte i mindst seks måneder. Den farmakologiske behandling kan med andre ord fortsætte efter afsluttet samtalebehandling, evt. kan den videreføres af egen læge. Der er ikke dokumentation for at fortsætte behandlingen udover 12 måneder. Behandlingen bør stoppes, hvis der ikke er effekt efter 4-6 ugers behandling.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Acamprosat har længe været på markedet til behandling af alkoholafhængighed i Danmark, men anvendes kun ganske lidt. Der er behov for at afdække, om der foreligger evidens for effekten af acamprosat, der tilsiger, at det med fordel kan anvendes i større udstrækning, end det er tilfældet i dag.

9.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af 14 randomiserede kontrollerede forsøg ⁽⁴⁹⁻⁶²⁾ fra NICES guideline ⁽²⁰⁾ og tre randomiserede kontrollerede forsøg fra den opdaterende søgning ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾, n=4.094. Viden om bivirkninger er hentet fra produktresumé ⁽⁶⁵⁾. Flow charts findes i bilag 8.

9.6 Gennemgang af evidens

Studierne viste, at acamprosat øger andelen af alkoholafhængige personer, der er afholdende efter et års behandling og ved et års opfølgning efter endt behandling sammenlignet med placebo. Der var endvidere en tendens til lavere frafald i acamprosat-gruppen. Der var ingen forskel i effekt på indtaget alkoholmængde pr. drikkedag eller tid til alkoholindtag. En subgruppeanalyse viste, at der var størst effekt af acamprosat i det studie, hvor samtalebehandlingen var baseret på kognitive teknikker sammenlignet med de to studier, der ikke var. I de to studier, der ikke benyttede kognitive teknikker, var andelen af afholdende efter et år dog stadig større i acamprosat-gruppen sammenlignet med placebo-gruppen.

9.7 Oversigt over evidens

Acamprosat og samtaler versus placebo og samtaler for alkoholafhængighed					
Patient eller population: Personer med alkoholafhængighed					
Settings: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution					
Intervention: Acamprosat og struktureret samtalebehandling..... Kontrol: Placebo og struktureret samtale					
⁽⁵⁶⁾ Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)
	Baseline risiko	Effekt i interventionsgruppen			
	Placebo	Acamprosat			
Frafald af alle årsager	485 pr. 1000	451 pr. 1000 (403 to 500)	RR 0.93 (0.83 to 1.03)	4094 (16 studier) ⁽⁴⁹⁻⁶⁴⁾	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2,3}
Procent dage afholdende efter 3 måneders behandling		0.08 lavere (4.06 lavere til 3.89 højere)		712 (2 studier) ^(49,63)	⊕⊕⊕⊕ høj
Antal personer ikke-afholdende efter 1 års behandling, kognitiv terapi	801 pr. 1000	577 pr. 1000 (489 to 681)	RR 0.72 (0.61 to 0.85)	272 (1 studie) ⁽⁵⁹⁾	⊕⊕⊕⊖ moderat ⁴
Antal personer ikke-afholdende efter 1 års behandling, ikke kognitiv terapi	910 pr. 1000	810 pr. 1000 (765 to 856)	RR 0.89 (0.84 to 0.94)	798 (2 studier) ^(56,61)	⊕⊕⊕⊕ høj
Antal personer ikke-afholdende 1 år efter endt behandling	951 pr. 1000	875 pr. 1000 (827 to 932)	RR 0.92 (0.87 to 0.98)	448 (1 studie) ⁽⁶¹⁾	⊕⊕⊕⊖ moderat ⁴
Tid til recidiv i dage		31.85 lavere (73.26 lavere til 9.56 højere)		738 (3 studier)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{3,6}

		(54,56,59)	
Genstande pr. drikkedag efter 3 måneder	0.17 lavere (1.99 lavere til 1.65 højere)	258 (2 studier) (54,55)	⊕⊕⊕⊕ høj

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventions-gruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidence interval; RR: Relativ risiko

¹ Randomisering og blinding, stort frafald

² I² er 56%

³ Brede CI også pga. heterogenitet

⁴ Kun et studie

⁵ Brede CI

⁶ Problemer med randomiserings sekvensen og allokering og blinding

9.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om andel alkoholafhængige personer, der er afholdende efter et år, er moderat, mens kvaliteten af evidensen er lav for det kritiske outcome om frafald. Samlet er kvaliteten af evidensen derfor lav.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter Acamprosot øger andelen af afholdende efter et års behandling og ved et års opfølgning efter endt behandling. Kognitiv terapi ser ud til at understøtte effekten af acamprosot. Almindelige bivirkninger ved acamprosot er diarré og kvalme. Alvorlige bivirkninger (bl.a. nyrepåvirkning) ses meget sjældent ⁽⁶⁵⁾.

Værdier og præferencer Behandling med acamprosot er præferencefølsomt. Nogle vil ikke have medicin eller oplever bivirkningerne som generende. Andre ønsker medicin som en støtte i forhold til at være afholdende.

Andre overvejelser Acamprosot skal indtages tre gange dagligt, hvilket kan opleves besværligt i dagligdagen.

9.9 Rationale for anbefaling

Sundhedsstyrelsen har valgt at give en stærk anbefaling for acamprosot kombineret med samtalebehandling, selvom kvaliteten af evidensen samlet set er lav. Det skyldes, at der er god evidens for, at acamprosot kombineret med samtalebehandling øger andelen af afholdende efter et års behandling og ved et års opfølgning efter endt behandling. Kognitiv adfærdsterapi synes at understøtte denne effekt. Desuden er der tendens til lavere frafald ved acamprosot-behandling sammenlignet med placebo, og acamprosot synes at være forbundet med forholdsvis få bivirkninger sammenlignet med andre lægemidler. Behandling med acamprosot er dog præferencefølsomt, og nogle alkoholafhængige vil derfor afslå tilbuddet.

10 Struktureret samtale og behandling med naltrexon eller struktureret samtale alene

10.1 Fokuseret spørgsmål 8

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med naltrexon end af samtalebehandling alene?

10.2 anbefaling

↑ Overvej at tilbyde naltrexon som supplement til samtalebehandling til alkoholafhængige (⊕⊕⊕⊕).

10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Naltrexon sammen med samtalebehandling kan være relevant til alkoholafhængige, der ikke har afholdenhed som målsætning. Personer med tidlig debut af alkoholafhængighed og familiær disposition kan have særlig gavn af naltrexon^(66,67). Der skal udvises forsigtighed ved samtidig somatisk sygdom, da studier overvejende er udført på somatisk raske alkoholafhængige. Naltrexon omsættes i leveren og kan give leverpåvirkning. Særlig forsigtighed bør derfor udvises ved svær leversygdom.

Behandlingen bør stoppes, hvis der ikke er effekt efter 4-6 ugers behandling, men bør vare i 3-6 måneder, hvis der er effekt. Den farmakologiske behandling kan således fortsætte efter afsluttet samtalebehandling, evt. kan den videreføres af egen læge. Der er ikke dokumentation for effekt af behandling udover seks måneder.

10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Naltrexon har længe været på markedet til behandling af alkoholafhængighed i Danmark, men anvendes ganske lidt. Der er behov for at afdække, om der foreligger evidens for effekten af naltrexon, der tilsiger, at det med fordel kan anvendes i større udstrækning, end det er tilfældet i dag.

10.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af 26 randomiserede kontrollerede forsøg^(49,53,54,68-89) fra NICEs guideline⁽²⁰⁾ og et randomiseret kontrolleret forsøg fra den opdaterende søgning, n=4.181⁽⁶⁴⁾. Viden om bivirkninger er hentet fra produktresumé⁽⁹⁰⁾. Flow charts findes i bilag 8

10.4 Gennemgang af evidens

Studierne viste, at naltrexon nedsætter alkoholindtaget pr. drikkedag efter tre måneders behandling, mens det er uvist, om naltrexon også nedsætter alkoholindtaget pr. drikkedag efter længere tids opfølgning (og efter afsluttet behandling). Studierne viste endvidere, at naltrexon øger antallet af personer, der er afholdende efter tre måneder, mens effekten på længere sigt er usikker. Der var ikke signifikant forskel på frafald i naltrexon- og placebo-gruppen. En subgruppeanalyse baseret på et en-

kelt studie viste, at der ikke var effekt af naltrexon på afholdenhed efter et års behandling, når samtalebehandlingen var baseret på kognitive teknikker, mens der var effekt af naltrexon, når samtalebehandlingen ikke var baseret på kognitive teknikker.

10.6 Oversigt over evidens

Naltrexon og samtaler versus placebo og samtaler for alkoholafhængighed						
Patient eller population: Personer med alkoholafhængighed						
Settings: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution						
Intervention: Naltrexon og struktureret samtale..... Kontrol: Placebo og struktureret samtale						
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Baseline risiko	Effekt i interventionsgruppen				
	Placebo	Naltrexon				
Frafald af alle årsager	340 pr. 1000	320 pr. 1000 (286 to 357)	RR 0.94 (0.84 to 1.05)	4181 (26 studier) (49,53,54,64,68-70,72-87,89)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	
Antal personer ikke-afholdende efter 3 måneders behandling	711 pr. 1000	654 pr. 1000 (605 to 704)	RR 0.92 (0.85 to 0.99)	1765 (16 studier) (53,54,69,71-75,78,80,87,88)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}	
Antal personer ikke-afholdende efter 6 måneders behandling	850 pr. 1000	765 pr. 1000 (586 to 994)	RR 0.9 (0.69 to 1.17)	80 (1 studie) (82)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{3,4}	
Procent afholdende dage efter 12 måneders behandling, kognitiv behandling		Det gennemsnitlige antal dage var 1.5 højere (5.65 lavere to 8.65 højere)		311 (1 studie) (49)	⊕⊕⊕⊖ moderat ⁴	
Procent afholdende dage efter 12 måneders behandling, ikke kognitiv behandling		8.7 lavere (15.85 til 1.55 lavere)		307 (1 studie) (49)	⊕⊕⊕⊖ moderat ⁴	
Tid til recidiv, dage		0.47 lavere (2 lavere til 1.07 højere)		730 (5 studier) (49,54,70,75,78)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{5,6}	
Genstande pr. drikkedag under behandling		Det gennemsnitlige antal var 0.68 lavere (1.16 til 0.2 lavere)		1511 (9 studier) (54,69,70,75,79,81-84)	⊕⊕⊕⊖ moderat ¹	
*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventions-gruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.						
CI: Konfidence interval; RR: Relativ risiko						
¹ Skjult allokering, blinding						
² I ² var 51%						
³ Skjult allokering, attrition bias						
⁴ Enkelt studie						
⁵ Sekvens generering, skjult allokering						

10.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcome om både frafald og andel alkoholafhængige personer, der er afholdende efter et år, er moderat. Samlet er kvaliteten af evidensen derfor moderat.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Naltrexon mindsker den samlede alkoholmængde, der indtages under en drikkeepisode under behandlingen og øger antallet af alkoholafhængige personer, der er afholdende efter tre måneder. Der synes ikke være en effekt på afholdenhed efter længere tids opfølgning. Bivirkninger ved behandling med naltrexon er almindelige (bl.a. ses svækkelse, kvalme, hovedpine, søvnforstyrrelser og humørforstyrrelser). Naltrexon kan i sjældne tilfælde give svær leverpåvirkning ⁽⁹⁰⁾ .
Værdier og præferencer	Behandling med naltrexon er præferencefølsomt. Nogle vil ikke have medicin eller oplever bivirkningerne som generende. Andre ønsker medicin som en støtte i forhold til at være afholdende.
Andre overvejelser	Naltrexon skal indtages en gang dagligt.

10.8 Rationale for anbefaling

Der er god evidens for, at naltrexon – sammen med samtaleterapi – kan nedsætte alkoholindtaget hos alkoholafhængige, der ønsker at reducere deres alkoholforbrug, men ikke har afholdenhed som målsætning. Naltrexon synes dog ikke at have effekt på opnåelse af afholdenhed på længere sigt. Behandling med naltrexon er endvidere forbundet med bivirkninger og er præferencefølsomt.

11 Struktureret samtale og behandling med nalmefen eller struktureret samtale alene

11.1 Fokuseret spørgsmål 10

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med nalmefen end af samtalebehandling alene?

11.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun nalmefen sammen med samtalebehandling til personer med alkoholafhængighed efter nøje overvejelse, da effekten af nalmefen er usikker, og der kan være bivirkninger (⊕○○○).**

11.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Nalmefen kan være relevant for en mindre gruppe af alkoholafhængige, som ikke har et ønske om afholdenhed, forudsat at de opfylder kriterier for alkoholafhængighed, ikke har psykiatrisk ko-morbiditet, og at behandlingen foregår i en specialiseret alkoholbehandlingsinstitution, hvor der samtidig kan gives samtalebehandling. I denne situation er der dokumentation for en beskeden reduktion i alkoholforbruget ved indtagelse af nalmefen efter behov i risikosituationer.

11.4 Baggrund for valg af spørgsmål

I 2013 blev nalmefen godkendt til markedsføring i Danmark til behandling af alkoholafhængighed. Der er fortsat usikkerhed om, i hvilket omfang og hvornår dette præparat med fordel kan anvendes.

11.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af tre randomiserede kontrollerede forsøg⁽⁹¹⁻⁹³⁾ fra et systematisk review⁽⁹⁴⁾ og yderligere tre randomiserede kontrollerede forsøg fra den opdaterende søgning⁽⁹⁵⁻⁹⁷⁾, n=2.393. Viden om bivirkninger er hentet fra produktanmeldelsen hos Institut for Rationel Farmakoterapi⁽⁹⁸⁾. Flow charts findes i bilag 8.

11.6 Gennemgang af evidens

I tre studier fik deltagerne nalmefen dagligt⁽⁹¹⁻⁹³⁾, mens de i tre andre studier fik nalmefen efter behov⁽⁹⁵⁻⁹⁷⁾. Der er kun rapporteret få af de kritiske og vigtige outcomes, som var udvalgt på forhånd, mens flere studier rapporterede outcomes om tid til stort alkoholindtag og antallet af dage med stort alkoholindtag⁽⁹⁵⁻⁹⁷⁾. Bortset fra to studier^(91,97) er personer med anden psykisk lidelse udover alkoholafhængighed ekskluderet i studierne. Der var ikke signifikante forskelle mellem nalmefen- og placebo-gruppen med hensyn til afholdenhed, genstande pr. drikkedag eller frafald. Reduktionen i alkoholindtag efter behandlingen var dog signifikant større blandt dem, der fik nalmefen (et outcome, som ikke var udvalgt på forhånd).

11.7 Oversigt over evidens

Struktureret samtale og behandling med nalmefen sammenlignet med struktureret samtale alene for alkoholafhængighed

Patient or population: Personer med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: Struktureret samtale og nalmefen

Kontrol: Struktureret samtale og placebo

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)	Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risi- Effekten i interventions- ko gruppen				
	Struktureret Struktureret samtale				

	samtale og placebo	og nalmefen			
Frafald af alle årsager	369 pr. 1000	432 pr. 1000 (340 til 547)	RR 1.17 (0.92 to 1.48)	2393 (6 studier) (91-93, 95-97)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}
Genstande pr. drikkedag opgjort efter behandlingen		Det gennemsnitlige antal genstande pr. drikkedag i interventionsgruppen var 0.21 lavere (2.4 lavere til 1.98 højere)		126 (2 studier) (91,92)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}
Gennemsnitligt antal dage afholdende opgjort efter behandlingen		Det gennemsnitlige antal dage afholdendet pr. uge i interventionsgruppen var 0.45 lavere (2.94 lavere til 2.04 højere)		21 (1 studie) (91)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,3}
Månedligt alkoholindtag (g/dag) opgjort efter behandlingen		Det gennemsnitlige månedlige alkoholindtag (g/dag) i interventionsgruppen var 3 højere (3.91 lavere til 9.91 højere)		441 (1 studie) (95)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{3,4}
Ændring i alkoholindtag (g/dag) opgjort efter behandlingen		Den gennemsnitlige ændring i alkoholindtaget (g/dag) i interventionsgruppen var 8.74 lavere (13.25 til 4.24 lavere)		720 (2 studier) (96,97)	⊕⊕⊕⊖ moderat ⁴
Tid til alkoholindtag – ikke rapporteret ⁵ –	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ⁵		Se kommentar
Procent dage afholdende efter 1 års follow-up - ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ⁵		Se kommentar

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Problemer med stort frafald under behandlingen og skjult allokering

² 95%CI indeholder ingen effekt

³ Et enkelt studie, bredt 95%CI

⁴ Stort frafald under behandlingen

⁵ Outcome ikke rapporteret

11.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om frafald er lav, mens der mangler evidens om det kritiske outcome om andel alkoholafhængige personer, der er afholdende efter et år. Samlet set er kvaliteten af evidensen derfor meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er ikke evidens for, at nalmefen sammen med struktureret samtalebehandling mindsker frafald eller øger sandsynligheden for afholdenhed sammenlignet med struktureret samtalebehandling alene. Det er

uklart, om nalmefen kan medvirke til at nedsætte alkoholindtaget. På den ene side sås der ikke signifikante forskelle i antallet af genstande pr. drikkedag eller i månedligt alkoholindtag i nalmefen-gruppen sammenlignet med placebo-gruppen efter behandlingen. På den ene side sås en større reduktion i alkoholindtaget i nalmefen-gruppen sammenlignet med placebo-gruppen efter behandlingen. Almindeligt forekommende bivirkninger ved nalmefen er kvalme, søvnforstyrrelser og svimmelhed ⁽⁹⁸⁾.

Værdier og præferencer Behandling med nalmefen er præferencefølsomt. Nogle vil ikke have medicin eller oplever bivirkningerne som generende. Andre ønsker medicin som en støtte i forhold til at reducere alkoholforbrug.

Andre overvejelser Nalmefen tages efter behov i risikosituationer. Nalmefen må ikke gives til opioidafhængige.

11.9 Rationale for anbefaling

Der er ikke evidens for, at nalmefen sammen med struktureret samtalebehandling mindsker frafald eller øger sandsynligheden for afholdenhed sammenlignet med struktureret samtalebehandling alene. Det er uklart, om nalmefen kan medvirke til at nedsætte alkoholindtaget. Behandling med nalmefen er endvidere forbundet med bivirkninger og er præferencefølsomt.

12 Varighed af ambulant alkoholbehandling: Tre måneder eller længere

12.1 Fokuseret spørgsmål 11

Har et længere ambulant behandlingsforløb større effekt end et kortere ambulant behandlingsforløb?

12.2 Anbefaling

↑ **Overvej at planlægge struktureret alkoholbehandling af tre måneders varighed. Herefter vurderes behov for yderligere struktureret behandling (⊕○○○).**

12.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Sundhedsstyrelsen foreslår, at et behandlingsforløb som udgangspunkt planlægges af tre måneders varighed. Visse grupper af personer med svær behandelbar alkoholafhængighed, anden psykisk sygdom eller sociale problemer kan have behov for mere end tre måneders behandling, før behandlingen afsluttes og evt. efterbehandling tilbydes.

12.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der mangler viden om, hvor lang tid et alkoholbehandlingsforløb bør strække sig over, og der er stor variation i behandlingsvarighed mellem alkoholbehandlingsinstitutioner i Danmark. Forskning tyder på, at den største ændring i alkoholvaner sker i starten af et alkoholbehandlingsforløb ⁽¹⁰⁰⁾. Det kan på den baggrund være mest meningsfuldt at arbejde med et relativt kortvarigt struktureret behandlingstilbud fulgt op af et tilbud om efterfølgende støtte i form af efterbehandling.

12.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af et randomiseret kontrolleret forsøg, n=230 ⁽¹⁰¹⁾ samt et review ⁽¹⁰²⁾. Flow charts findes i bilag 8.

12.6 Gennemgang af evidens

I det randomiserede kontrollerede forsøg ⁽¹⁰¹⁾ blev deltagerne allokeret ved lodtrækning til enten tre måneders ambulant behandling eller seks måneders ambulant behandling. Alle havde forinden gennemført tre ugers døgnbehandling. Studiet viste ingen signifikante forskelle mellem de to grupper i forhold til brug af alkohol eller stof i de foregående tre måneder opgjort ved seks måneders follow-up. Der blev ikke rapporteret om andelen af afholdende. Der var et større frafald i den gruppe, der fik seks måneders behandling, hvilket ikke er overraskende givet længere behandlingsvarighed.

På grund af den sparsomme evidens på området valgte arbejdsgruppen at inddrage en meta-analyse af kognitiv behandling til alkohol- og stofbrugere ⁽¹⁰²⁾, hvor der blev udført en indirekte sammenligning af effekten af kortere og længere behandlingsforløb. Denne meta-analyse viste, at effekten (oftest opgjort som afholdende dage) faldt en smule med hver session.

12.7 Oversigt over evidens

6 måneders ambulant alkoholbehandling sammenlignet med 3 måneders ambulant alkoholbehandling for alkoholafhængighed

Patient or population: Alkoholafhængige

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution..... **Intervention:** 6 måneders alkoholbehandling

Kontrol: 3 måneders alkoholbehandling

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	3 måneders behandling	6 måneders behandling				
Frafald af alle årsager	58 pr. 1000	354 pr. 1000 (157 to 797)	RR 6.08 (2.7 to 13.69)	230 (1 studie) ⁽¹⁰¹⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Brug af alkohol eller drug de sidste 3 måneder, opgjort efter 6 måneders follow-up	188 pr. 1000	218 pr. 1000 (114 to 416)	RR 1.16 (0.61 to 2.22)	151 (1 studie) ⁽¹⁰¹⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	
Efficacy (of-	Den gennemsnitlige			0		Estimeret er fra en

test "days abstinent")		effekt (oftest "days abstinent") i interventionsgruppen var 0.008 standard deviations lavere (0 til 0 højere)	(53 studier) ⁽¹⁰²⁾ .	regressionsanalyse og udtrykker at for hver session falder effekten med 0.008 SMD
Tid til recidiv ⁵ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ³	
Alkoholindtag pr. drikke dag ³ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ³	

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Randomiseringen ikke beskrevet og problemer med ulige fordeling i grupperne ift tidligere døgntilstand. Ikke blinding af deltagere eller personale.

² Et enkelt studie

³ Vi fandt ikke evidens for dette outcome

12.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om frafald er lav, mens der mangler evidens om det kritiske outcome om andel alkoholafhængige personer, der er afholdende efter et år. Samlet set er kvaliteten af evidensen derfor meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er ikke evidens for øget effekt af alkoholbehandlingen ved behandlingsforløb af seks måneders varighed sammenlignet med behandlingsforløb af tre måneders varighed.
Værdier og præferencer	Hovedparten af de alkoholafhængige forventes at ønske et kort behandlingsforløb. Der kan dog være alkoholafhængige, som ønsker et længere behandlingsforløb, fordi de oplever, at de har behov for det. I sådanne tilfælde kan det overvejes, om behandlingsvarigheden bør forlænges.
Andre overvejelser	Som supplement til et alkoholbehandlingsforløb anbefales efterbehandling (se spørgsmål 12).

12.9 Rationale for anbefaling

Der er ikke evidens for øget effekt af alkoholbehandlingen ved behandlingsforløb af seks måneders varighed sammenlignet med behandlingsforløb af tre måneders varighed. Sundhedsstyrelsen foreslår derfor, at man tilbyder alkoholbehandling af tre måneders varighed, som evalueres sammen med den alkoholafhængige. Hvis

den alkoholafhængige efter tre måneder ønsker fortsat behandling på grund af psykisk sygdom, sociale problemer eller andet, bør behandlingen kunne forlænges.

13 Efterbehandling

13.1 Fokuseret spørgsmål 12

Er der en positiv effekt af efterbehandling efter afsluttet ambulant alkoholbehandling?

13.2 Anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde efterbehandling efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb til alkoholafhængige (⊕○○○).**

13.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Et efterbehandlingsforløb kan strække sig over 3-12 måneder, udføres af professionelle alkoholbehandlere og er af vedligeholdende karakter. Fokus for efterbehandlingen er at forebygge tilbagefald og at hjælpe hurtigt i tilfælde af tilbagefald. Efterbehandling kan fx være telefonopkald hver anden uge i et år ⁽¹⁰³⁾, eller gruppebaserede/individuelle samtaler med brug af kognitive og/eller motivationssøgende teknikker ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾.

13.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er behov for at afdække evidensen for efterbehandling, der udføres af professionelle. Spørgsmålet skal ses i sammenhæng med spørgsmål 11 om behandlingsvarighed. Det er den almindelige opfattelse, at personer med alkoholafhængighed kan have gavn af et mindre intensivt efterbehandlingsforløb efter afsluttet struktureret alkoholbehandling ⁽¹⁰⁷⁾. Efterbehandlingen skal støtte personen i at vedligeholde effekten af behandlingsresultaterne.

13.5 Litteratur

Evidensgrundlaget bestod af fire randomiserede kontrollerede forsøg ^(103,104,108-110) fra et systematisk review ⁽¹⁰⁷⁾. Flow charts fremgår af bilag 8.

13.6 Gennemgang af evidens

Studierne sammenlignede interventioner som fx telefonopkald, samtaler med fokus på tilbagefaldsforebyggelse, individuel eller parterapi. Varigheden af interventionerne var fra 10 uger til et år. Interventionerne blev alle sammenlignet med standardbehandling. Standardbehandlingen var forskellig i de forskellige studier og bestod fx af tilbud om gruppesamtaler, deltagelse i sociale aktiviteter eller individuelle samtaler. Studierne viste flere afholdende dage blandt dem, der fik efterbehandling sammenlignet med dem, som fik standardbehandling. Der var endvidere en tendens til, at en større andel af de alkoholafhængige i efterbehandlingsgruppen var afholdende ved 12 måneders follow-up, men forskellen var ikke signifikant.

13.7 Oversigt over evidens

Efterbehandling for alkoholafhængighed

Patienter: Personer med alkoholafhængighed

Setting: Specialiseret alkoholbehandlingsinstitution

Intervention: Efterbehandling

Kontrol: Ingen efterbehandling

Outcomes	Absolut effekt (95% CI)		Relativ (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentar
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Ingen efterbehandling	Efterbehandling				
Andelen af personer afholdende efter 12 måneder	201 pr. 1000	282 pr. 1000 (169 to 469)	RR 1.40 (0.84 til 2.33)	504 (3 studier) (103,108,110)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}	
Procent afholdende dage		Det gennemsnitlige procent afholdende dage i interventionsgruppen var 10.90 højere (3.83 to 17.96 højere)		144 (2 studier) (104,108,109)	⊕⊕⊕⊕ moderat ¹	
Frafald af alle årsager ³ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ³	-		
Tid til recidiv ³ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ³	-		
Alkoholindtag pr. drikkeepisode ³ – ikke rapporteret	Se kommentar	Se kommentar	Kan ikke estimeres ³	-		

*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidens interval; RR: Relativ risiko

¹ Alle tre studier havde problemer med blinding

² Konfidensintervallet overlapp. 1

³ Vi fandt ikke evidens for dette outcome

13.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome om andel alkoholafhængige personer, der er afholdende efter et år, er lav, mens den er moderat for afholdenhed opgjort som procent afholdende dage. Der mangler evidens for det kritiske outcome om frafald. Samlet set er kvaliteten af evidensen derfor meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige	Alkoholafhængige, der er i efterbehandlingsforløb, har flere afholdende dage end alkoholafhængige i

effekter	standardbehandling. Der er også en tendens til, at flere alkoholafhængige er afholdende ved et års follow-up, hvis de får efterbehandling. Der er ingen kendte skadevirkninger af efterbehandling.
Værdier og præferencer	Der vil være forskel på, om personer med alkoholafhængighed ønsker et efterbehandlingstilbud og på hvilken måde. Nogle vil foretrække at møde op til en månedlig individuel eller gruppebaseret samtale. Andre kan fx foretrække en telefonsamtale efter behov.
Andre overvejelser	Se spørgsmål 11 om behandlingsvarighed.

13.9 Rationale for anbefaling

Der er nogen evidens for, at alkoholafhængige, der er i efterbehandlingsforløb, har flere afholdende dage end alkoholafhængige i standardbehandling. Der er også en tendens til, at flere alkoholafhængige er afholdende ved et års follow-up, hvis de får efterbehandling. Evidensen bygger på studier, der sammenligner efterbehandling med fortsat standardbehandling. Den reelle effekt af efterbehandling sammenlignet med ingen behandling vurderes derfor at være større. Der er endvidere ingen kendte skadevirkninger af efterbehandling. Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at efterbehandling bør tilbydes til flertallet af de alkoholafhængige efter afsluttet struktureret alkoholbehandling.

14 Referenceliste

- (1) O'Farrell, Timothy J., Fals-Stewart, William. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. New York: Guilford Press, 2006.
- (2) Tracy SW, Kelly JF, Moos RH. The influence of partner status, relationship quality and relationship stability on outcomes following intensive substance-use disorder treatment. *J Stud Alcohol* 2005;66(4):497-505.
- (3) O'Farrell TJ, Clements K. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):122-144.
- (4) Lindgaard H. Familieorienteret alkoholbehandling: et litteraturstudium af familiebehandlings effekter. Version: 1,0. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2006.
- (5) Lam WK, Fals-Stewart W, Kelley ML. Effects of Parent Skills Training with Behavioral Couples Therapy for alcoholism on children: a randomized clinical pilot trial. *Addict Behav* 2008;33(8):1076-1080.
- (6) Lam WK, Fals-Stewart W, Kelley ML. Parent training with behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: effects on substance use, parental relationship, parenting, and CPS involvement. *Child Maltreat* 2009;14(3):243-254.
- (7) Klostermann K, O'Farrell TJ. Treating substance abuse: partner and family approaches. *Soc Work Public Health* 2013;28(3-4):234-247.
- (8) Calabria B, Shakeshaft A, P., Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011;106(8):1406-1418.
- (9) Kumpfer KL, Whiteside HO, Greene JA, Allen KC. Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2010;14(3):211-229.
- (10) NICE National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol dependence and harmful alcohol use (CG115). NICE, 2011.
- (11) Baes-Jørgensen J. Hele familien kommer i behandling for misbrug. *Momentum* 2013(20).
Link: <http://www.kl.dk/Momentum/momentum2013-20-4-id144324/>
Senest hentet: 03-09-2014
- (12) Fals-Stewart W, Birchler GR, Kelley ML. Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(3):579-591.
- (13) Walitzer KS, Dermen KH. Alcohol-focused spouse involvement and behavioral couples therapy: evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(6):944-955.

- (14) O'Farrell TJ, Cutter HSG, Floyd FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy* 1985;16(A2):147-167.
- (15) Kelley ML, Fals-Stewart W. Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(2):417-427.
- (16) Fals-Stewart W, Klostermann K, Yates BT, O'Farrell TJ, Birchler GR. Brief relationship therapy for alcoholism: a randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychol Addict Behav* 2005;19(4):363-371.
- (17) O'Farrell TJ, Cutter HSG, Choquette KA, Floyd FJ, Bayog RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy* 1992;23(4):529-549.
- (18) Vedel E, Emmelkamp PM, Schippers GM. Individual cognitive-behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centers. *Psychother Psychosom* 2008;77(5):280-288.
- (19) Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):573-579.
- (20) NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol dependence and harmful alcohol use: full guideline. NICE, 2011.
- (21) Smith, Jane Ellen., Meyers, Robert J. Motivating substance abusers to enter treatment : working with family members. New York: Guilford Press, 2004.
- (22) Meyers, Robert J., Wolfe, Brenda L. Get your loved one sober : alternatives to nagging, pleading, and threatening, Center City, Minn.: Hazelden, 2004.
- (23) Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction* 2010 Oct;105(10):1729-1738.
- (24) Zetterlind U, Hansson H, Aberg-Orbeck K, Berglund M. Effects of coping skills training, group support, and information for spouses of alcoholics: a controlled randomized study. *Nord J Psychiatry* 2001;55(4):257-262.
- (25) Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(5):688-697.
- (26) Manuel JK, Austin JL, Miller WR, McCrady BS, Tonigan JS, Meyers RJ, et al. Community Reinforcement and Family Training: a pilot comparison of group and self-directed delivery. *J Subst Abuse Treat* 2012 Jul;43(1):129-136.
- (27) Rychtarik RG, McGillicuddy NB. Coping skills training and 12-step facilitation for women whose partner has alcoholism: effects on depression, the partner's

drinking, and partner physical violence. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(2):249-261.

(28) Sisson RW, Azrin NH. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1986;17(1):15-21.

(29) Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment. Treatment of alcohol abuse: a health technology assessment]. 2006.

(30) Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychol Addict Behav* 2009 Dec;23(4):672-683.

(31) Duckert F, Amundsen A, Johnsen J. What happens to drinking after therapeutic intervention? *Br J Addict* 1992;87(10):1457-1467.

(32) Graham K, Annis HM, Brett PJ, Venesoen P. A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction* 1996;91(8):1127-1139.

(33) Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 2001;96(6):835-846.

(34) NICE National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders - preventing harmful drinking (PH24). NICE, 2010.

(35) Bell DC, Williams ML, Nelson R, Spence RT. An experimental test of retention in residential and outpatient programs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20(3):331-340.

(36) McLachlan JF, Stein RL. Evaluation of a day clinic for alcoholics. *J Stud Alcohol* 1982;43(3):261-272.

(37) Rychtarik RG, Connors GJ, Whitney RB, McGillicuddy NB, Fitterling JM, Wirtz PW. Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(2):277-289.

(38) Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D, et al. Day hospital and residential addiction treatment: randomized and nonrandomized managed care clients. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(6):947-959.

(39) Slesnick N, Prestopnik JL, Meyers RJ, Glassman M. Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addict Behav* 2007;32(6):1237-1251.

(40) UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005;331(7516):541.

- (41) Leigh G, Hodgins DC, Milne R, Gerrish R. Volunteer assistance in the treatment of chronic alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25(3):543-559.
- (42) Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *JAMA* 1986;256(11):1449-1455.
- (43) Gerrein JR, Rosenberg CM, Manohar V. Disulfiram maintenance in outpatient treatment of alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28(6):798-802.
- (44) 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.
- (45) Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2014;9(2):e87366.
- (46) Ulrichsen J, Nielsen MK, Ulrichsen M. Disulfiram in severe alcoholism--an open controlled study. *Nord J Psychiatry* 2010 Dec;64(6):356-362.
- (47) Produktresumé - Søgeside: Disulfiram. (Linket bevares ikke; gemt i RefWorks, Sundhedsstyrelsen)
Link: <http://www.produktresume.dk/docushare/dsweb/ApplySimpleSearch>
Senest hentet: 03-11-2014.
- (48) Verheul R, Lehert P, Geerlings PJ, Koeter MW, van den Brink W. 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.
- (49) 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.
- (50) Baltieri DA, De Andrade AG. Acamprosate in alcohol dependence: a randomized controlled efficacy study in a standard clinical setting. *J Stud Alcohol* 2004;65(1):136-139.
- (51) Besson J, Aebly F, Kasas A, Lehert P, Potgieter A. Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(3):573-579.
- (52) Chick J, Howlett H, Morgan MY, Ritson B. United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol Alcohol* 2000;35(2):176-187.
- (53) Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, Helwig H, Briken P, Holzbach R, et al. Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(1):92-99.

- (54) Morley KC, Teesson M, Reid SC, Sannibale C, Thomson C, Phung N, et al. Naltrexone versus acamprosate in the treatment of alcohol dependence: A multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 2006;101(10):1451-1462.
- (55) Namkoong K, Lee BO, Lee PG, Choi MJ, Lee E. Acamprosate in Korean alcohol-dependent patients: a multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol* 2003;38(2):135-141.
- (56) Paille FM, Guelfi JD, Perkins AC, Royer RJ, Steru L, Parot P. Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol Alcohol* 1995;30(2):239-247.
- (57) Pelc I, Verbanck P, Le Bon O, Gavrilovic M, Lion K, Leheret P. Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. A 90-day placebo-controlled dose-finding study. *Br J Psychiatry* 1997;171:73-77.
- (58) Poldrugo F. Acamprosate treatment in a long-term community-based alcohol rehabilitation programme. *Addiction* 1997;92(11):1537-1546.
- (59) Sass H, Soyka M, Mann K, Zieglgansberger W. Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(8):673-680.
- (60) Tempesta E, Janiri L, Bignamini A, Chabac S, Potgieter A. Acamprosate and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol* 2000;35(2):202-209.
- (61) Whitworth AB, Fischer F, Lesch OM, Nimmerrichter A, Oberbauer H, Platz T, et al. Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. *Lancet* 1996;347(9013):1438-1442.
- (62) Wolwer W, Frommann N, Janner M, Franke PE, Scherbaum N, Lieb B, et al. The effects of combined acamprosate and integrative behaviour therapy in the outpatient treatment of alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2011 Nov 1;118(2-3):417-422.
- (63) Berger L, Fisher M, Brondino M, Bohn M, Gwyther R, Longo L, et al. Efficacy of acamprosate for alcohol dependence in a family medicine setting in the United States: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2013 Apr;37(4):668-674.
- (64) Mann K, Lemenager T, Hoffmann S, Reinhard I, Hermann D, Batra A, et al. Results of a double-blind, placebo-controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study. *Addict Biol* 2013 Nov;18(6):937-946.
- (65) Produktresumé - Campral (Acomprosat). Opdateret 2014
Link: <http://www.produktresume.dk/docushare/dsweb/GetRendition/Document-26343/html>
Senest hentet: 03-11-2014.

- (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) Krishnan-Sarin S, Krystal JH, Shi J, Pittman B, O'Malley SS. Family history of alcoholism influences naltrexone-induced reduction in alcohol drinking. *Biol Psychiatry* 2007;62(6):694-697.
- (68) Ahmadi J, Babaebeigi M, Maany I, Porter J, Mohagheghzadeh M, Ahmadi N, et al. Naltrexone for alcohol-dependent patients. *Ir J Med Sci* 2004;173(1):34-37.
- (69) Anton RF, Moak DH, Waid LR, Latham PK, Malcolm RJ, Dias JK. Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1758-1764.
- (70) Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, et al. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(4):349-357.
- (71) Balldin J, Berglund M, Borg S, Mansson M, Bendtsen P, Franck J, et al. A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27(7):1142-1149.
- (72) Baltieri DA, Daro FR, Ribeiro PL, de Andrade AG. Comparing topiramate with naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Addiction* 2008;103(12):2035-2044.
- (73) Chick J, Anton R, Chечinski K, Croop R, Drummond DC, Farmer R, et al. A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. *Alcohol Alcohol* 2000;35(6):587-593.
- (74) Gastpar M, Bonnet U, Boning J, Mann K, Schmidt LG, Soyka M, et al. Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse: results from a German multicenter study. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22(6):592-598.
- (75) Guardia J, Caso C, Arias F, Gual A, Sanahuja J, Ramirez M, et al. A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol-dependence disorder: results from a multicenter clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(9):1381-1387.
- (76) Huang MC, Chen CH, Yu JM, Chen CC. A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol dependence in Taiwan. *Addict Biol* 2005;10(3):289-292.
- (77) Killeen TK, Brady KT, Gold PB, Simpson KN, Faldowski RA, Tyson C, et al. Effectiveness of naltrexone in a community treatment program. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(11):1710-1717.

(78) Kranzler HR, Modesto-Lowe V, Van Kirk J. Naltrexone vs. nefazodone for treatment of alcohol dependence. A placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology* 2000;22(5):493-503.

(79) Krystal JH, Cramer JA, Krol WF, Kirk GF, Rosenheck RA, Veterans Affairs Naltrexone Cooperative Study 425 Group. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *N Engl J Med* 2001;345(24):1734-1739.

(80) Lee A, Tan S, Lim D, Winslow RM, Wong KE, Allen J, et al. Naltrexone in the treatment of male alcoholics—an effectiveness study in Singapore. *Drug Alcohol Rev* 2001;20(2):193-199.

(81) Morris PL, Hopwood M, Whelan G, Gardiner J, Drummond E. Naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Addiction* 2001;96(11):1565-1573.

(82) O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(11):881-887.

(83) 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.

(84) O'Malley SS, Robin RW, Levenson AL, GreyWolf I, Chance LE, Hodgkinson CA, et al. Naltrexone alone and with sertraline for the treatment of alcohol dependence in Alaska natives and non-natives residing in rural settings: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(7):1271-1283.

(85) Oslin D, Liberto JG, O'Brien J, Krois S, Norbeck J. Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5(4):324-332.

(86) Oslin DW, Lynch KG, Pettinati HM, Kampman KM, Gariti P, Gelfand L, et al. A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial intervention. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(7):1299-1308.

(87) Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(11):876-880.

(88) Volpicelli JR, Rhines KC, Rhines JS, Volpicelli LA, Alterman AI, O'Brien CP. Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(8):737-742.

(89) Latt NC, Jurd S, Houseman J, Wutzke SE. Naltrexone in alcohol dependence: a randomised controlled trial of effectiveness in a standard clinical setting. *Med J Aust* 2002;176(11):530-534.

(90) Produktresumé - Adepend (Naltrexon). Opdateret 2013

Link: <http://www.produktresume.dk/docushare/dsweb/GetRendition/Document-28112/html>

Senest hentet: 03-11-2014.

(91) Mason BJ, Ritvo EC, Morgan RO, Salvato FR, Goldberg G, Welch B, et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCl for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18(5):1162-1167.

(92) Mason BJ, Salvato FR, Williams LD, Ritvo EC, Cutler RB. A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(8):719-724.

(93) Anton RF, Pettinati H, Zweben A, Kranzler HR, Johnson B, Bohn MJ, et al. A multi-site dose ranging study of nalmefene in the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24(4):421-428.

(94) Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane database of systematic reviews* 2010;12:CD001867.

(95) Gual A, He Y, Torup L, van den Brink W, Mann K, ESENSE 2 Study Group. A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology* Nov 2013;23(11):1432-1442.

(96) Mann K, Bladstrom A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Extending the treatment options in alcohol dependence: A randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biol Psychiatry* Apr 2013;73(8):706-713.

(97) van den Brink W, Sørensen P, Torup L, Mann K, Gual A, for the SENSE Study Group. Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: A 1-year, randomised controlled study. *Journal of Psychopharmacology* 2014;28(8):733-744.

(98) Selincro (nalmefen). 2013

Link:

http://www.irf.dk/dk/anmeldelser/praeparatanmeldelser/selincro_nalmefen.htm

Senest hentet: 03-11-2014.

(99) van den Brink W, Aubin H, Bladstrom A, Torup L, Gual A, Mann K. Efficacy of As-Needed Nalmefene in Alcohol-Dependent Patients with at Least a High Drinking Risk Level: Results from a Subgroup Analysis of Two Randomized Controlled 6-Month Studies. *Alcohol and Alcoholism* 2013;48(5):570-578.

(100) Stasiewicz PR, Schlauch RC, Bradizza CM, Bole CW, Coffey SF. Pretreatment changes in drinking: relationship to treatment outcomes. *Psychol Addict Behav* 2013;27(4):1159-1166.

- (101) Kamara SG, Van Der Hyde VA. Outcomes of regular vs. extended alcohol/drug outpatient treatment: I. Relapse, aftercare, and treatment re-entry. *Med Law* 1997;16(3):607-620.
- (102) Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2009;70(4):516-527.
- (103) Fitzgerald JL, Mulford HA. An experimental test of telephone aftercare contacts with alcoholics. *J Stud Alcohol* 1985;46(5):418-424.
- (104) O'Farrell TJ, Cutter HSG, Floyd FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy* 1985;16(2):147-167.
- (105) McKay JR. Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction* 2005;100(11):1594-1610.
- (106) Allen JP, Mattson ME, Miller WR, Tonigan JS, Connors GJ, Rychtarik RG, et al. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997;58(1):7-29.
- (107) Lenaerts E, Mathei C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014;135(1):9-21.
- (108) Pelc I, Hanak C, Baert I, Houtain C, Lehert P, Landron F, et al. Effect of community nurse follow-up when treating alcohol dependence with acamprosate. *Alcohol Alcohol* 2005;40(4):302-307.
- (109) O'Farrell TJ, Cutter HSG, Choquette KA, Floyd FJ, Bayog RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy* 1992;23(4):529-549.
- (110) Bennett GA, Withers J, Thomas PW, Higgins DS, Bailey J, Parry L, et al. A randomised trial of early warning signs relapse prevention training in the treatment of alcohol dependence. *Addict Behav* 2005;30(6):1111-1124.
- (111) Hvidtfeldt UA, Blædel Gottlieb Hansen A, Grønbæk M, Tolstrup JS, Center for Alkoholforskning. *Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.
- (112) Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2013;108(9):1562-1578.
- (113) Roerecke M, Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43(3):906-919.

(114) Søgaard Nielsen A, Benjaminsen SE, Nielsen B, Petersen P, Rask PH, Gansmo AP. Forskelle mellem kvindelige og mandlige alkoholmisbrugere i deres behandlingsbehov. Ugeskrift for læger 1999 8;161:1111-1116.

(115) Alkohol i Danmark: voksnes alkoholvaner og holdning i alkoholpolitik : udarbejdet på Center for Alkoholforskning, Statens Institut for folkesundhed, Syddansk Universitet, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Odense: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008.

(116) Sundhedsstyrelsen.: Alkoholbehandlingen i Danmark 2007 (foreløbige tal). København: Sundhedsstyrelsen, 2008.

(117) Medstat.dk. Statens Serum Institut. Data downloadet 6.7.2014
Link: www.medstat.dk

(118) Flensburg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbaek 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):307-314.

(119) Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment. J Nerv Ment Dis 2000;188(2):101-107.

(120) Becker U, Statens Institut for Folkesundhed, Lægeforeningen. Alkoholbehandling i kommunerne. : Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

(121) Sundhedsstyrelsen. Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser. : Sundhedsstyrelsen, 2011.

HØRING

Bilag 1: Baggrund

Sammenlignet med andre nordiske lande har danskerne et højt alkoholindtag. I 2013 drak hver dansker over 14 år i gennemsnit 9,4 liter ren alkohol pr. år (Danmarks Statistik).

Der er i Danmark omkring 140.000 personer med alkoholafhængighed ⁽¹¹¹⁾. Alkoholafhængighed er karakteriseret ved tilstedeværelse af mindst tre af følgende symptomer indenfor det seneste år: Alkoholtrang, kontroltab ved alkoholindtagelse, abstinenser, tolerance (større og større mængder alkohol er nødvendig for at opnå samme virkning), fortsat indtag trods kendt skadevirkning, og at alkohol spiller en dominerende rolle i personens liv (ICD-10).

I Danmark regner man med, at ca. 585.000 personer har et skadeligt forbrug af alkohol ⁽¹¹¹⁾, som er kendetegnet ved, at personen har haft psykiske eller fysiske skader som følge af et stort alkoholindtag indenfor de sidste 12 måneder, men ikke opfylder kriterierne for afhængighed (ICD-10). Nogle personer med skadeligt forbrug af alkohol kan have udbytte af konsultationer i en specialiseret alkoholbehandlingsinstitution og af de behandlinger, der omtales i denne retningslinje.

Personer med alkoholafhængighed har tre til fem gange så stor risiko for død sammenlignet med baggrundsbefolkningen ⁽¹¹²⁾. Alkoholafhængige dør oftere af lever sygdom, ulykker, selvmord og infektioner sammenlignet med baggrundsbefolkningen ⁽¹¹³⁾. Alkoholafhængige har ligeledes ofte ikke diagnosticerede somatiske sygdomme på grund af alkohol og tobak som fx leversygdom, rygerlunger, infektioner og nervebetændelse ⁽¹¹⁴⁾.

Alkoholafhængighed har ofte store sociale konsekvenser for den enkelte som fx arbejdsløshed og skilsmisse, men også for den nære familie ⁽¹¹⁴⁾. Fx har børn i familier med alkoholproblemer en øget risiko for psykisk sygdom, kriminalitet og for selv at blive afhængige ⁽⁴⁾. Knap 10 % af børn under 18 år i Danmark oplever alkoholproblemer i den nære familie ⁽¹¹⁵⁾.

Kun en mindre del af personer med alkoholafhængighed i Danmark behandles. I 2008 blev 7.000 personer set i en specialiseret alkoholbehandlingsinstitution ⁽¹¹⁶⁾, mens knap 21.000 personer indløste en recept på et præparat mod alkoholafhængighed i 2013 (af det samlede mængde af præparater mod afhængighed opgjort i DDD (definerede døgndoser) udgør disulfiram 87 %, acamprosat 9 %, naltrexon 2% og nalmeffen 2% ⁽¹¹⁷⁾).

Godt halvdelen af personer med alkoholafhængighed, der søger behandling i en alkoholbehandlingsinstitution, har udover afhængighed også en anden psykisk sygdom såsom depression, angst eller personlighedsforstyrrelse ⁽¹¹⁸⁾. Det er vigtigt at behandle øvrige psykiske sygdomme hos alkoholafhængige for at mindske risikoen for tilbagefald ⁽¹¹⁹⁾.

En undersøgelse fra 2012 peger på store kvalitetsforskelle og mangler i den specialiserede alkoholbehandling i Danmark ⁽¹²⁰⁾. Målet med denne kliniske retningslinje er at bidrage til processen med at højne og ensarte kvaliteten i den danske alkoholbehandling. Håbet er, at en højere kvalitet vil sikre et større udbytte af behandlingen for de alkoholafhængige og deres familier samt få flere alkoholafhængige og personer med skadeligt forbrug i behandling.

Bilag 2: Implementering

Dette afsnit beskriver, hvilke aktører (organisationer, faggrupper, myndigheder), der har et medansvar for at sikre udbredelsen af kendskab til samt anvendelse af retningslinjens anbefalinger hos det personale, der møder personer med alkoholafhængighed og skal tage stilling til diagnostik, udredning og behandling af denne gruppe. Afsnittet indeholder desuden forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

Kommunerne har en nøgleposition i forhold til udbredelsen og implementeringen af den nationale kliniske retningslinje for alkoholbehandling, da alkoholbehandling er et kommunalt ansvarsområde. Kommunerne kan finde råd til implementeringen i udgivelsen ”Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser”⁽¹²¹⁾.

Regionerne og regionernes sygehuse spiller også en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis.

Anbefalingerne om medicin til alkoholafhængige er særligt relevante for almen praksis.

Hvordan udbredes kendskabet til retningslinjen?

Den nationale kliniske retningslinje udgives i sit fulde format og som en quick guide på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke.

Sundhedsstyrelsen ser meget gerne, at der linkes til quick guiden og den fulde retningslinje for behandling af alkoholafhængighed fx på kommunernes hjemmesider, Alkohol og Samfunds hjemmeside, lægehåndbogen på sundhed.dk og på sociale medier.

De faglige selskaber (Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Selskab for Misbrugspsykologi samt Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi) plus interesseorganisationer (fx Dansk Psykolog Forening, Centerlederforeningen, Alkohol fagligt forum og Alkohol og Samfund) er vigtige aktører i forhold til at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje for alkoholbehandling omtales på de nævnte aktørers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale/organisation og med et link til quick guiden og den fulde version af retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår også, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Der er ligeledes vigtigt, at retningslinjens indhold formidles til de alkoholafhængige. Relevante foreninger (fx Blå Kors, Anonyme Alkoholikere, Hope) kan spille en rolle heri.

Hvordan sikres det, at anbefalingerne implementeres lokalt?

For at understøtte anvendelse af den nationale kliniske retningslinje lokalt er det hensigtsmæssigt, at retningslinjen samstemmes med og integreres i de forløbsbe-

skrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede findes og anvendes i kommunerne, regionerne og i almen praksis.

Efteruddannelse/opkvalificering af personale på alkoholinstitutioner vil også være nødvendig for implementeringen af retningslinjen. Dette gælder specielt retningslinjens anbefalinger om familieorienteret alkoholbehandling, rådgivning til pårørende, CRA, omlægning til behandlingsforløb af kortere varighed og efterbehandling.

Sundhedsstyrelsen ser ligeledes gerne, at evidensbaserede engelsksprogede manualer oversættes og tilpasses til danske forhold. Dette er bl.a. relevant for manualer vedr. CRA og tre måneders behandlingsforløb.

Regionernes praksiskonsulenter kan have en rolle i forhold til den konkrete implementering i almen praksis.

Implementering af den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed er et lokalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. Der er i foråret 2014 publiceret en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

(<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/implementeringshaandbog>). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer.

Bilag 3: Monitorering

Arbejdsgruppen peger på, at følgende indikatorer vil kunne anvendes til at vurdere retningslinjens implementering:

Procesindikatorer

- Antallet af indløste recepter af disulfiram, acamprosat, naltrexon og nalmefen (Lægemiddelstatistikregisteret)
- At personer med alkoholafhængighed kommer tidligere i behandling (NAB)
- Dokumentation for, at de nye behandlingsindsatser (familieterapi, CRAFT, efterbehandling) er indført i de kommunale alkoholbehandlingsinstitutioner (tilsynsrapporter)

Effektindikatorer

- Flere personer behandles for alkoholafhængighed (NAB)
- Flere personer afsluttes som færdigbehandlede for alkoholafhængighed (NAB)
- Mindre dødelighed og sygelighed blandt alkoholafhængige (LPR)

Datakilder

Data kan hentes fra Lægemiddelstatistikregisteret, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og Landspatientregisteret (LPR). Desuden kan man anvende data fra de fremtidige tilsyn med alkoholbehandlingsinstitutioner.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres tre år efter udgivelsesdatoen, medmindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Der var sparsom litteratur om randomiserede kliniske studier af psykosociale indsatser til behandling af alkoholafhængighed, behandlingsvarighed og behandling med disulfiram og nalmefen, mens der var en del litteratur om behandling med naltrexon og acamprosat.

Nedenfor er Sundhedsstyrelsen forslag til emner for forskning opdelt efter deres tilknytning til retningslinjen.

Forskningsemner, der udspringer direkte af denne retningslinje:

- Studier af effekten af familierapi, der inkluderer hele familien (inddrager børn).
- Studier af gruppebehandling versus individuel behandling til personer med alkoholafhængighed.
- Studier, der undersøger, hvilke personer med alkoholafhængighed der har bedst udbytte af henholdsvis ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling.
- Studier af indsatser rettet mod pårørende til alkoholafhængige.
- Studier af CRA til socialt udsatte.
- Studier af den optimale behandlingsvarighed af et gennemsnitligt alkoholbehandlingsforløb.
- Studier af effekten af tidsbegrænsede manualbaserede tilgange til alkoholbehandlingen.
- Studier af effekten af efterbehandling til alkoholafhængige.
- Pragmatiske studier på en række områder, fx studier af effekten af disulfiram kombineret med struktureret samtalebehandling, studier af effekten af nalmefen versus placebo (evt. med og uden samtalebehandling) og studier af farmakologisk behandling i almen praksis. Med pragmatiske studier menes studier, hvor populationen ligner den almindelige population af alkoholafhængige, det vil sige studier uden skrappe eksklusionskriterier.

Forskningsemner, der ligger udenfor de direkte behandlede emner i retningslinjen:

- Studier af selvhjælpsmateriale (fx web-baseret) til personer med alkoholafhængighed og pårørende til alkoholafhængige.
- Studier, der ser på, hvordan alkoholbehandling spiller sammen med øvrige livsstilsændringer (fx rygning og motion).
- Studier af effekten af alkoholbehandlingen på dødelighed mv.
- Implementeringsforskning.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer. Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/metode>).

Fortolkning af effektestimater

Effektestimater er vurderet statistisk signifikante, hvis $p < 0,05$. Signifikansniveauet kan også aflæses ud fra, hvorvidt 95 % konfidensintervallet indeholder værdien for ingen effekt. For effektmålene relativ risiko og odds ratio vil dette være 1, for gennemsnitlige forskelle og standardiserede gennemsnitlige forskelle vil dette være 0.

Effektestimater er også vurderet med hensyn til, om de er klinisk relevante. I de tilfælde, hvor der er anvendt en standardiseret gennemsnitlig forskel, er følgende vejledning anvendt: 0,2 lille effekt, 0,5 mellem effekt og 0,8 stor effekt. Effekter under 0,3 er ikke blevet anset som klinisk relevante.

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

Såfremt der er medtaget andre outcomes end først planlagt (typisk på grund af manglende evidens for det planlagte outcome), fremgår det nederst i listen af outcomes for det relevante fokuserede spørgsmål nedenfor.

Fokuseret spørgsmål 1:

Er der bedre effekt af familieorienteret alkoholbehandling end individuel behandling af den afhængige?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Familieorienteret behandling
<i>Sammenligning/referencestandard</i>	Individuel behandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Familiefunktion 3 måneder efter påbegyndt indsats (kritisk)
	Trivsel hos partner 3 måneder efter påbegyndt indsats (kritisk)
	Trivsel hos børn (hvis relevant) 3 måneder efter påbegyndt indsats (kritisk)
	Vold 3 måneder efter påbegyndt indsats (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 2:

Indebærer professionel rådgivning/vejledning af pårørende, at den alkoholafhængige kommer tidligere i behandling, og øger det trivslen hos de pårørende/i familien?

<i>Population</i>	Pårørende til personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Rådgivning/vejledning
<i>Sammenligning/referencestandard</i>	Ingen rådgivning eller selvhjælpsgrupper.
<i>Outcome</i>	<p>Påbegyndelse af alkoholbehandling 3 måneder efter påbegyndt indsats (kritisk)</p> <p>Påbegyndelse af alkoholbehandling 6 måneder efter påbegyndt indsats (vigtig)</p> <p>Påbegyndelse af alkoholbehandling 12 måneder efter påbegyndt indsats (vigtig)</p> <p>Hvor mange pårørende stopper før tid af forskellige årsager (vigtig)</p> <p>Familiefunktion 3 måneder efter påbegyndt indsats (vigtig)</p> <p>Trivsel hos partner 3 måneder efter påbegyndt indsats (kritisk)</p> <p>Trivsel hos børn (hvis relevant) 3 måneder efter påbegyndt indsats (vigtig)</p> <p>Andel ædru/afholdende dage 3 måneder efter påbegyndt rådgivningsindsats (vigtig)</p> <p>Konsum pr. drikkeepisode 3 måneder efter påbegyndt rådgivningsindsats (vigtig)</p>

Fokuseret spørgsmål 3

Hvad har bedst effekt: Samtalebehandling i grupper eller individuel samtalebehandling?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Individuel struktureret samtalebehandling
<i>Sammenligning</i>	Struktureret samtalebehandling i grupper.
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
<i>Også medtaget</i>	Afholdende/moderate rate (<20 genstande/uge), 3-9 måneder efter behandlingen
	Gennemsnitligt alkoholindtag, genstande/uge efter 7 måneders opfølgning

Fokuseret spørgsmål 4

Hvad har bedst effekt: Døgnbehandling eller dagbehandling?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Døgnbehandling
<i>Sammenligning</i>	Dagbehandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Social funktionsevne 12 måneder efter behandlingsstart

Fokuseret spørgsmål 5

Er der bedre effekt af CRA end standardbehandling/struktureret samtalebehandling til alkoholafhængige, der er socialt udsatte?

<i>Population</i>	Socialt udsatte med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	CRA
<i>Sammenligning</i>	Standardbehandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Addiction severity score 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tilknytning til arbejdsmarkedet 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Social funktionsevne 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 6

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med disulfiram end af samtalebehandling alene?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Disulfiram og struktureret samtalebehandling
<i>Sammenligning</i>	Placebo og struktureret samtalebehandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
<i>Også medtaget</i>	Genstande pr. uge, opgjort efter 6 måneders behandling

Fokuseret spørgsmål 7

Er der bedre effekt af en behandling, der indeholder et struktureret samtaleforløb og superviseret behandling med disulfiram end af superviseret behandling med disulfiram alene?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention/indextest</i>	Superviseret disulfiram og struktureret samtaleforløb
<i>Sammenligning/referencestandard</i>	Superviseret disulfiram
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 8

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med acamprosat end af samtalebehandling alene?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Acamprosat og struktureret samtalebehandling
<i>Sammenligning</i>	Placebo og struktureret samtalebehandling
<i>Outcome</i>	<p>Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)</p> <p>Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)</p> <p>Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)</p> <p>Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)</p> <p>Tid til recidiv (vigtig)</p> <p>Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)</p> <p>Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)</p> <p>Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)</p>

Fokuseret spørgsmål 9

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med naltrexon end af samtalebehandling alene?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Naltrexon og struktureret samtalebehandling
<i>Sammenligning</i>	Placebo og struktureret samtalebehandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 10

Er der bedre effekt af samtalebehandling kombineret med medicinsk behandling med nalmefen end af samtalebehandling alene?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Nalmefen og struktureret samtalebehandling
<i>Sammenligning</i>	Placebo og struktureret samtalebehandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk) Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig) Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk) Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig) Tid til recidiv (vigtig) Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig) Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig) Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
<i>Også medtaget</i>	Ændring i alkoholindtag (g/dag), efter behandlingen

Fokuseret spørgsmål 11

Har et længere ambulant behandlingsforløb større effekt end et kortere ambulant behandlingsforløb?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	3 måneders ambulant behandling
<i>Sammenligning/referencestandard</i>	Mere end 3 måneders ambulant behandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
<i>Også medtaget</i>	Efficacy (oftest ”dage abstinent”)
	Brug af alkohol de sidste 3 måneder opgjort efter 6 måneders follow-up

Fokuseret spørgsmål 12

Er der en positiv effekt af efterbehandling efter afsluttet ambulant alkoholbehandling?

<i>Population</i>	Personer med alkoholafhængighed
<i>Intervention</i>	Efterbehandling
<i>Sammenligning</i>	Ingen efterbehandling
<i>Outcome</i>	Frafald af alle årsager ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Andel afholdende/ædru dage 12 måneder efter behandlingsstart (kritisk)
	Andel afholdende/ædru dage mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Tid til recidiv (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode 12 måneder efter behandlingsstart (vigtig)
	Konsum pr. drikkeepisode mindst 24 måneder efter behandlingsstart (vigtig)

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Det giver følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Giv/brug/anvend...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Evidens af høj kvalitet
- Stor tilsigtet effekt og ingen eller få utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede til fordel for interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil ordinere interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Overvej at...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

- Evidens af lav kvalitet
- Den tilsigtede effekt ved interventionen vurderes at være marginalt større end de utilsigtede skadevirkninger
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen, men en væsentlig del vil også afstå fra den

- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom ...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Evidens af lav kvalitet
- Usikker effekt ved interventionen
- Usikre skadevirkninger ved interventionen
- De utilsigtede skadevirkninger ved interventionen vurderes at være marginalt større end den tilsigtede effekt
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil afstå fra interventionen, men en del vil ønske den
- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Evidens af høj kvalitet
- Den tilsigtede effekt af interventionen er lav
- Visse eller betydelige utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ikke ønske interventionen.
- Klinikere vil typisk ikke ordinere interventionen

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefalinger svagere end de evidensbaserede, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow charts

Søgebeskrivelse

Litteratursøgningen til denne kliniske retningslinje er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i metodehåndbogen.

Der er foretaget tre systematiske søgninger: 1) En søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen); 2) en opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og meta-analyser); 3) en opfølgende søgning efter supplerende primærlitteratur til og med maj 2014. Hvor der ikke er fundet sekundær litteratur, er der udelukkende søgt primærstudier 2004-14, hvis ikke andet er angivet. Søgningerne er foretaget af Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Gro Askgård. Søgeprotokollerne med søgestrategier for de enkelte databaser er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/>

Generelle søgetermer

Engelske: alcohol abuse; alcohol-related disorders; alcohol-induced disorders; sobriety; alcoholism; alcoholic*; alcohol ... abstinence*/abstain*/abus*/addict*/attenuat*/binge*/crav*/dependen*/detox*/disease*/disorder*/excessiv*/harm*/hazard*/heavy/high risk/intoxicat*/misus*/overdos*/over dos*/problem*/rehab*/reliance/reliant/relaps*/withdraw*

Danske: alkoholmisbrug, misbrug ... alkohol; alkoholfrembragt/e sygdom/me, alkohol-overforbrug, overforbrug ... alkohol, alkoholmisbruger/e, alkoholisme, alkoholisk hjertesygdom, alkoholisk kardiomyopati, alkoholabstinens*, abstinens* ... alkohol*, delirium, alkoholafhængig*, afhængig* ... alkohol, alkoholafgiftning, afgiftning ... alkohol, alkoholforgiftning, alkoholproblem/er, problem/er ... alkohol, alkoholskade/r, skadelig ... alkohol, alkoholrehabilitering, alkoholbehandling

Norske: Alkoholmisbruk; Alkohol misbruk; Alkoholprodusert/e; Alkoholforårsakat/de; Alkoholmisbruker/e; Alkoholisme; Alkoholisk hjertesygdom; Alkoholisk kardiomyopati; Alkoholabstinens/er; Abstinens/er ... alkohol; Delirium; Alkoholavhengig/hed; Avhengig/hed ... alkohol; Alkoholafgiftning; Alkoholforgiftning; Alkoholproblem/er; Alkoholskade/r; Skadelig ... alkohol; Alkoholrehabilitering; Alkoholbehandling; Rus*

Svenske: Alkoholmissbruk; Alkohol missbruk; Alkoholorsakad/e; Alkoholmissbrukar/e; Alkoholism; Alkoholpsykos; Alkoholhallucinos; Alkohol delirium; Alkoholberoende; Beroende av alhokol; Alkoholavgiftning; Alkoholförgiftning; Alkoholavgiftning; Alkoholproblem/er; Problem/er ... alkohol; Alkoholskada/or; Skadlig ... alkohol; Alkoholrehabilitering; Alkoholbehandling

For de opfølgende søgninger er der søgt med individuelle søgetermer for hvert fokuseret spørgsmål (PICO-spørgsmål) (se søgeprotokollen for den opfølgende søgning).

Generelle søgekriterier

Publikations år: 2004 – maj 2014 (ældre for visse PICO-spørgsmål)

Sprog: Engelsk, tysk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, practical guidelines, MTV, HTA, systematiske reviews, metaanalyser, kohorte-studier, follow-up studier, RCT

Guidelines-søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget 28.2 – 4.3.2014 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), CRD/HTA database, The Cochrane Library, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Helsebiblioteket (Norge), Swemed+, Medline, Embase, PsycInfo, Cinahl samt Netpunkt, der tilbyder de skandinaviske biblioteksdatabaser.

Endvidere er der søgt efter retningslinjer og MTV'er på hjemmesiden for WHO (World Health Organization) og på hjemmesider for de relevante danske, nordiske og internationale selskaber.

Der blev identificeret 851 guidelines og retningslinjer og MTV'er.

Den opfølgende søgning

Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og meta-analyser blev foretaget 29. april – 6. maj 2014. I søgningen indgik søgestrategier for hvert enkelt PICO-spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl og PsycInfo. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter sekundærlitteratur på: <http://sundhedsstyrelsen.dk>

Der blev identificeret 899 systematiske reviews og metaanalyser.

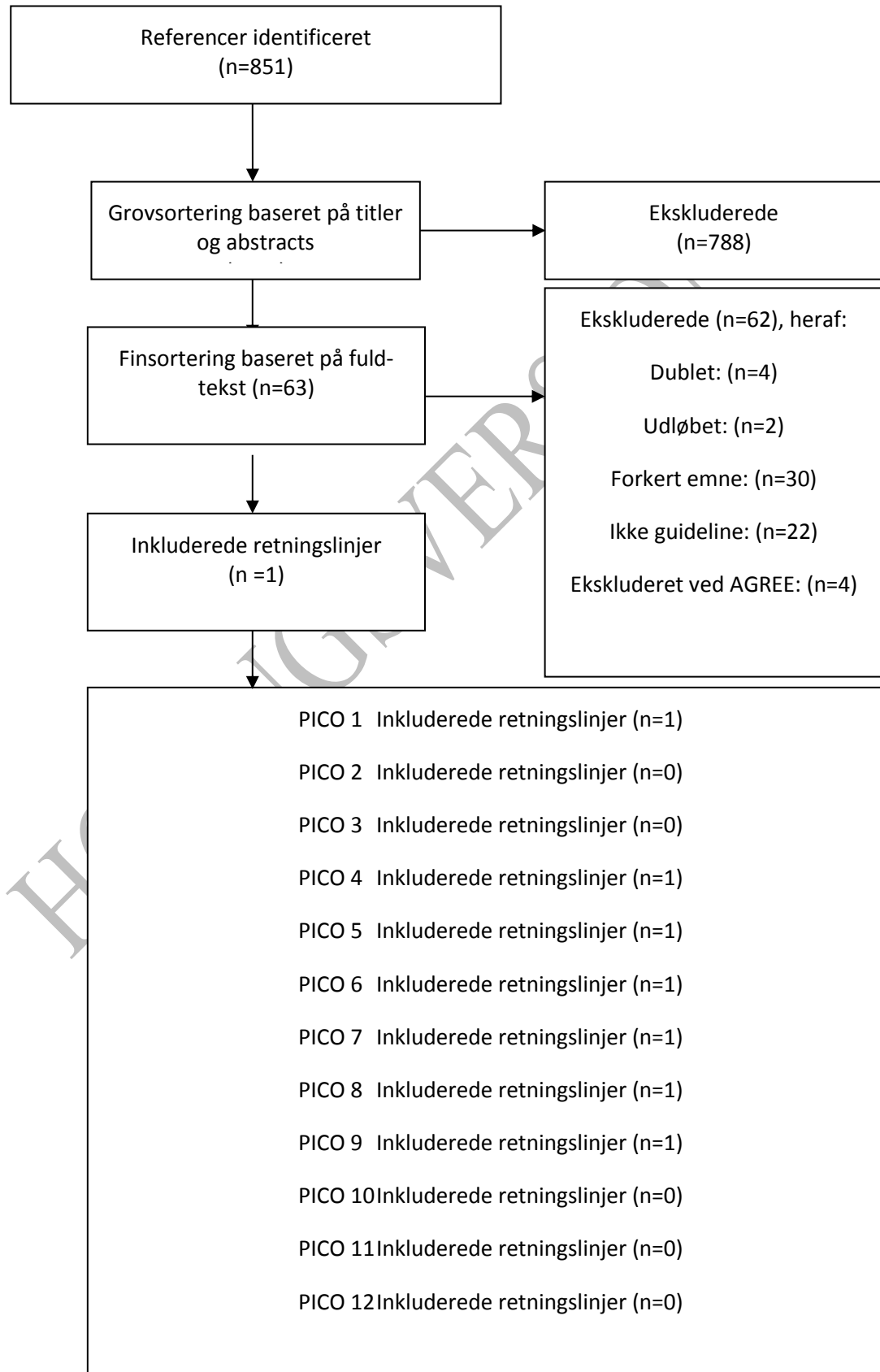
Søgning efter primære studier

Søgningen blev foretaget 23. maj -5. juni 2014 i databaserne Medline, Embase, Cinahl og PsycInfo.

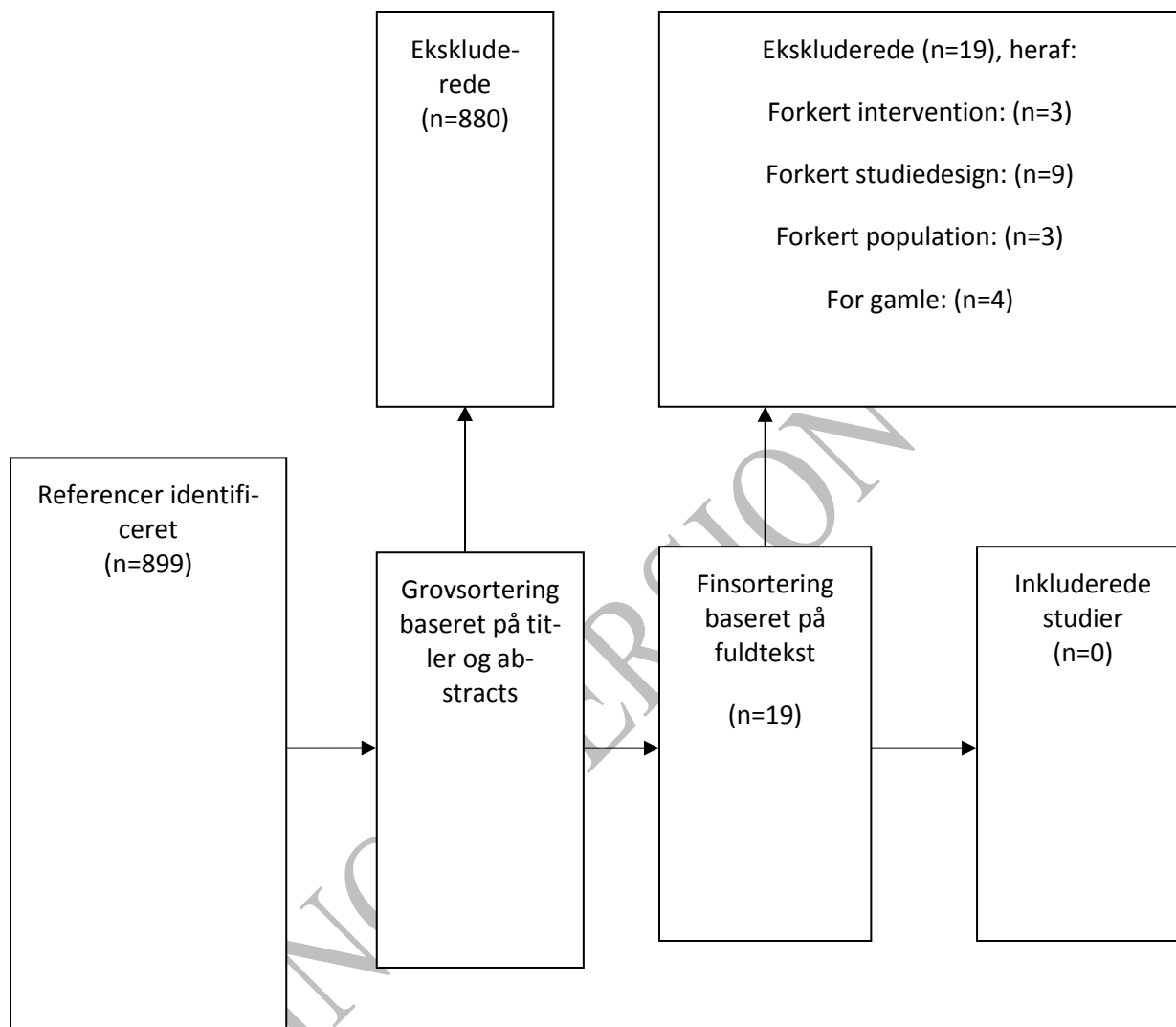
Der blev identificeret 1115 RCT'er, kohorte-studier og follow-up studier samt anden primærlitteratur.

Flow charts

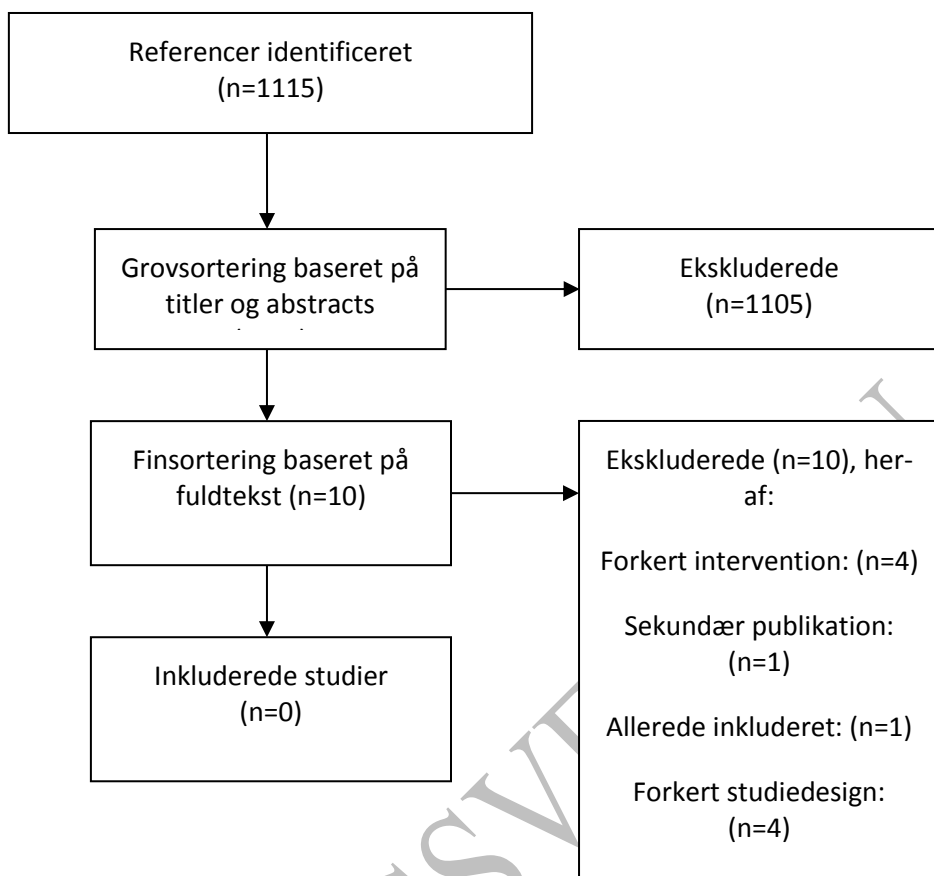
Figur 1. Flow chart - søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen)



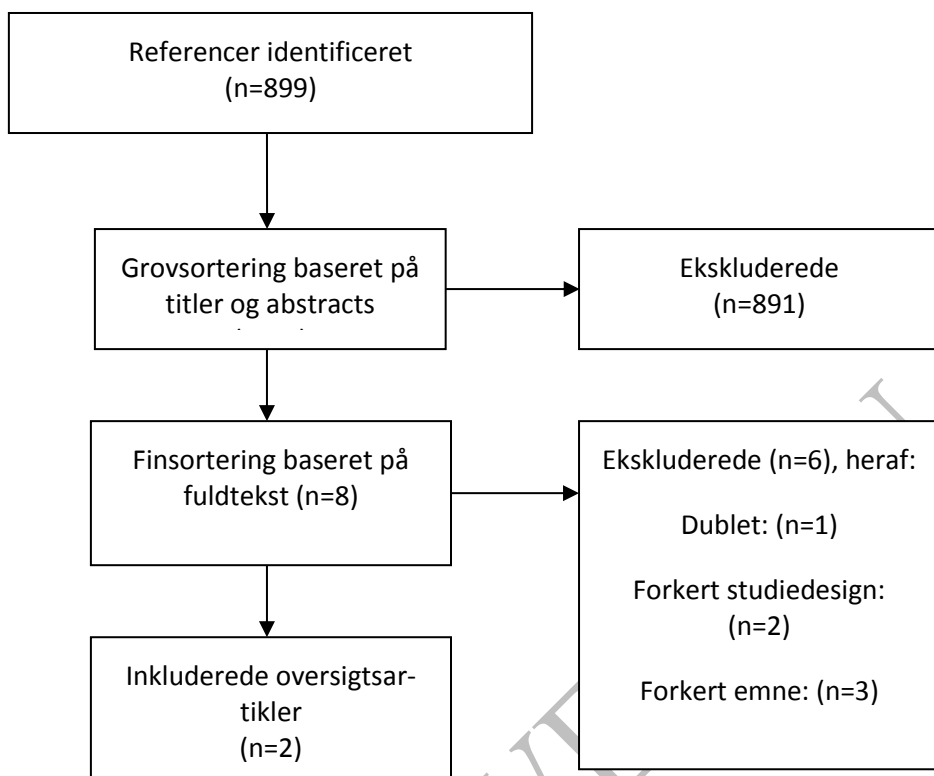
Figur 2. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 1



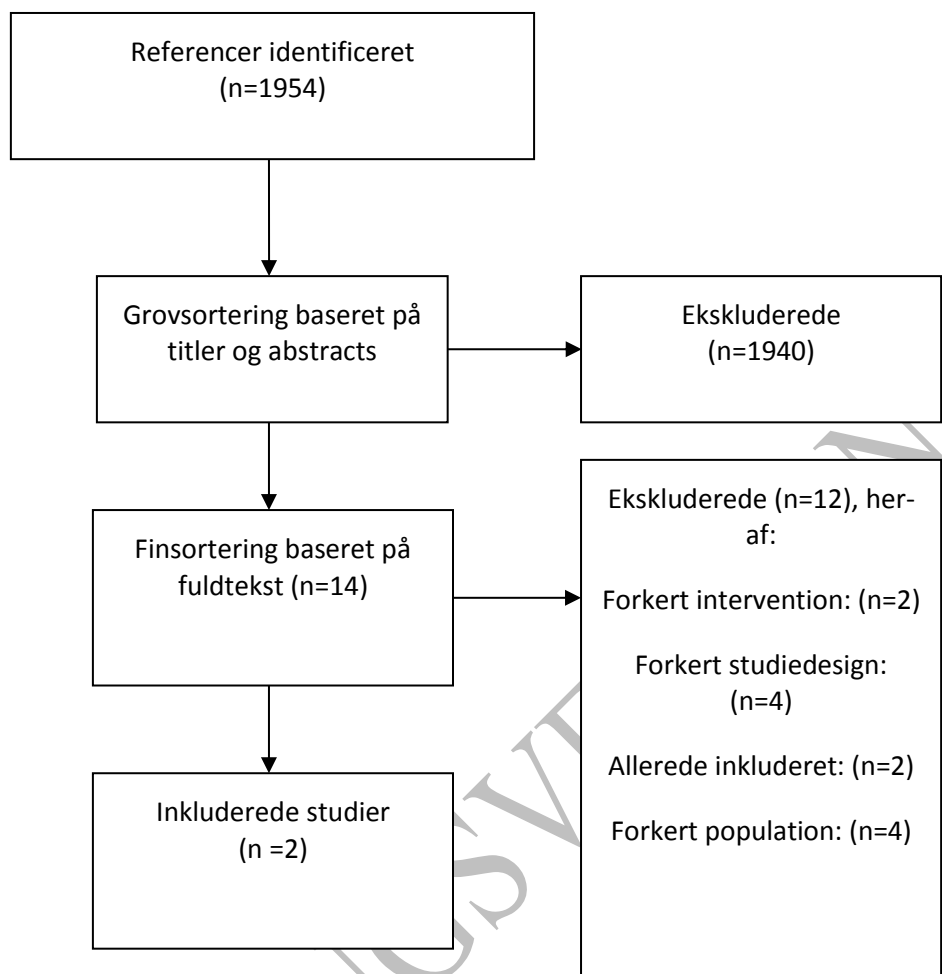
Figur 3. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 1



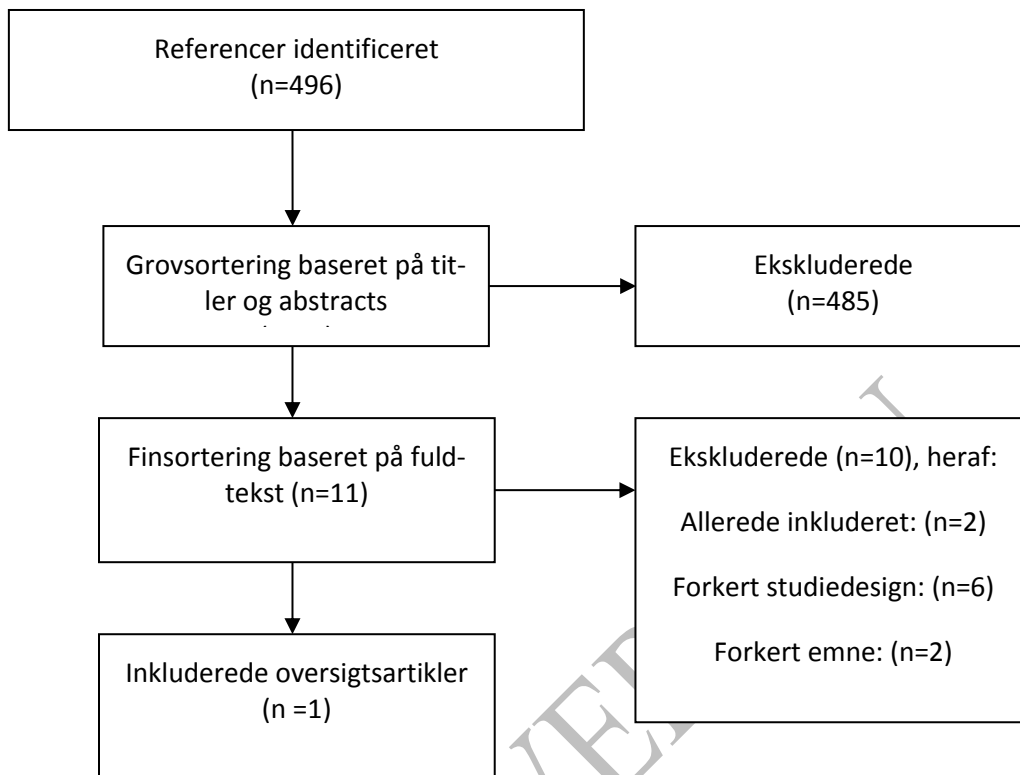
Figur 4. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 2



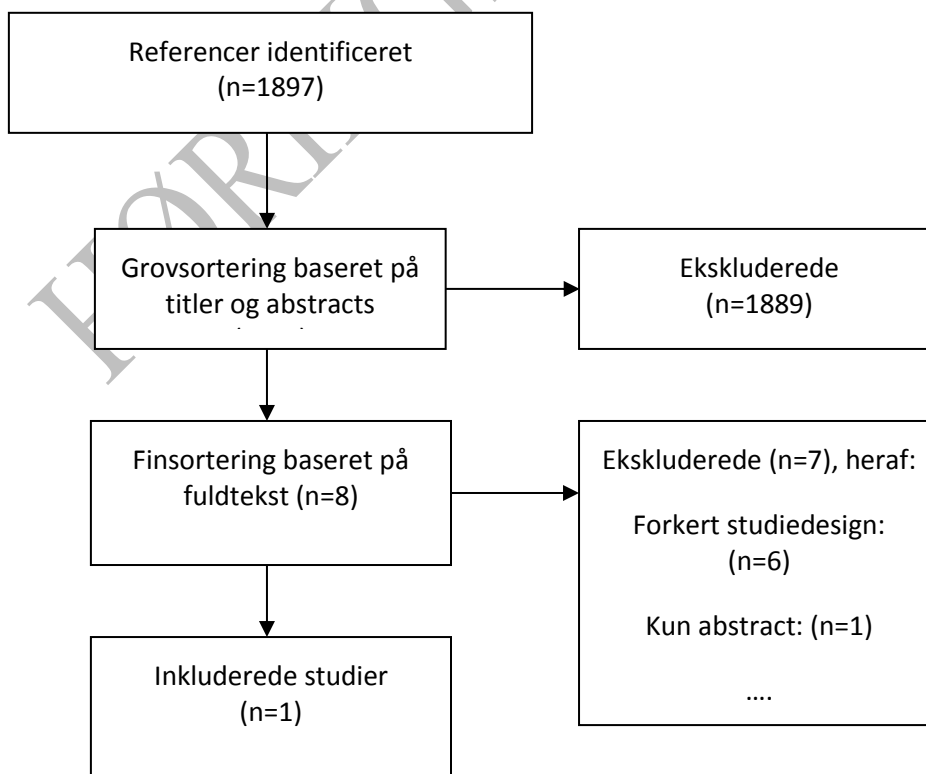
Figur 5. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 2



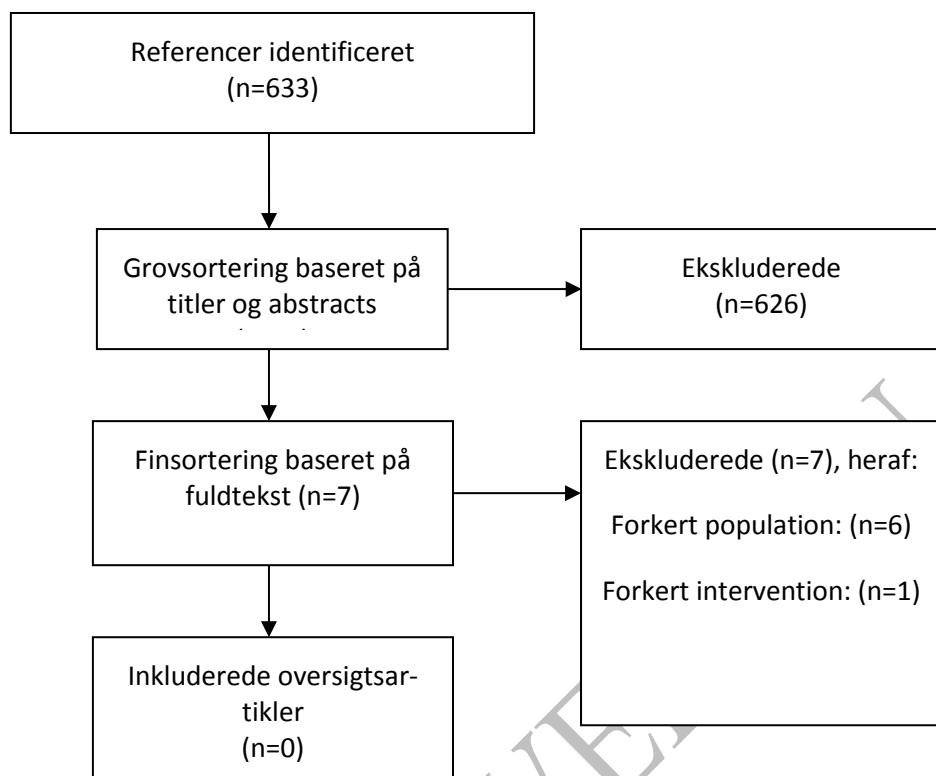
Figur 6. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 3



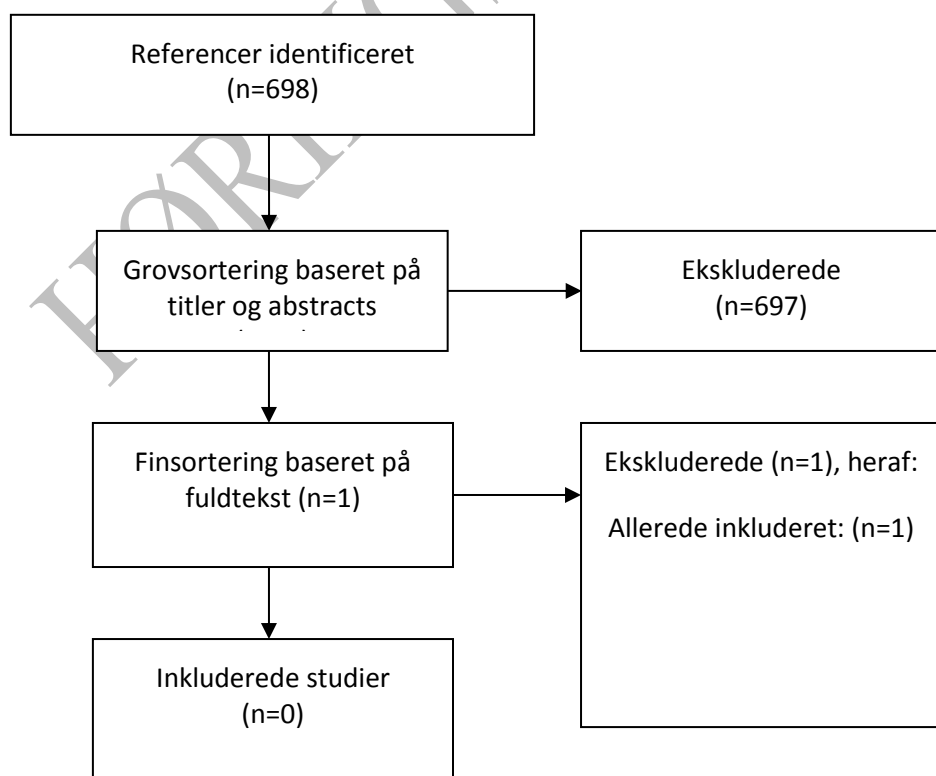
Figur 7. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 3



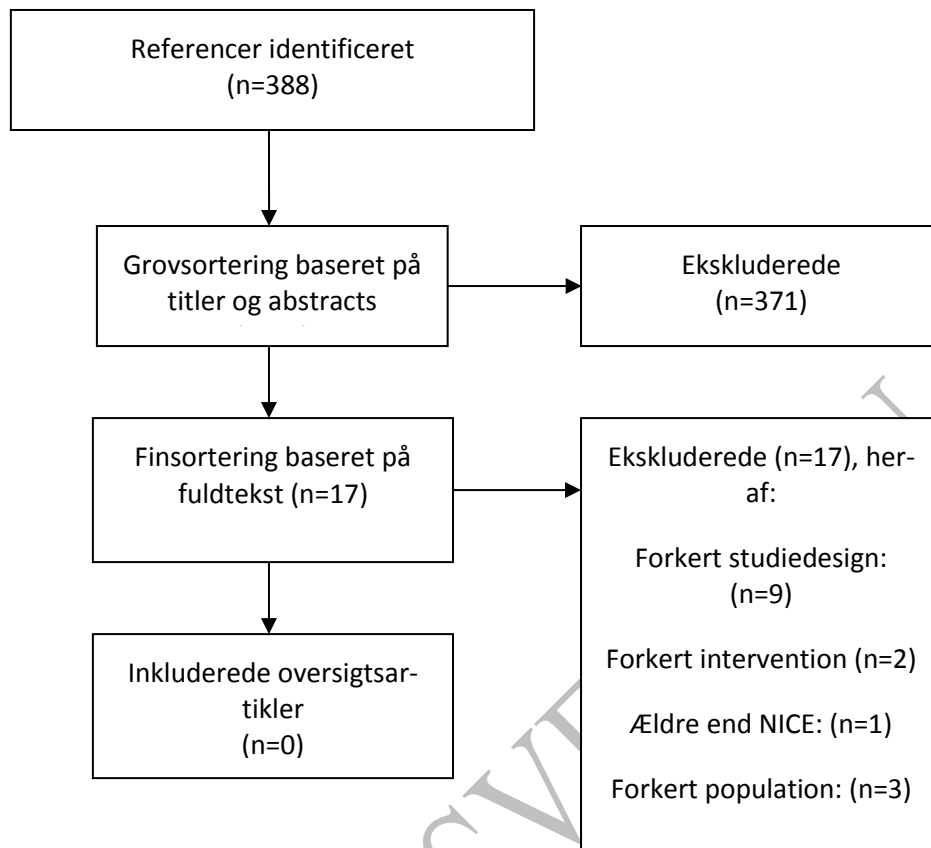
Figur 8. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 4



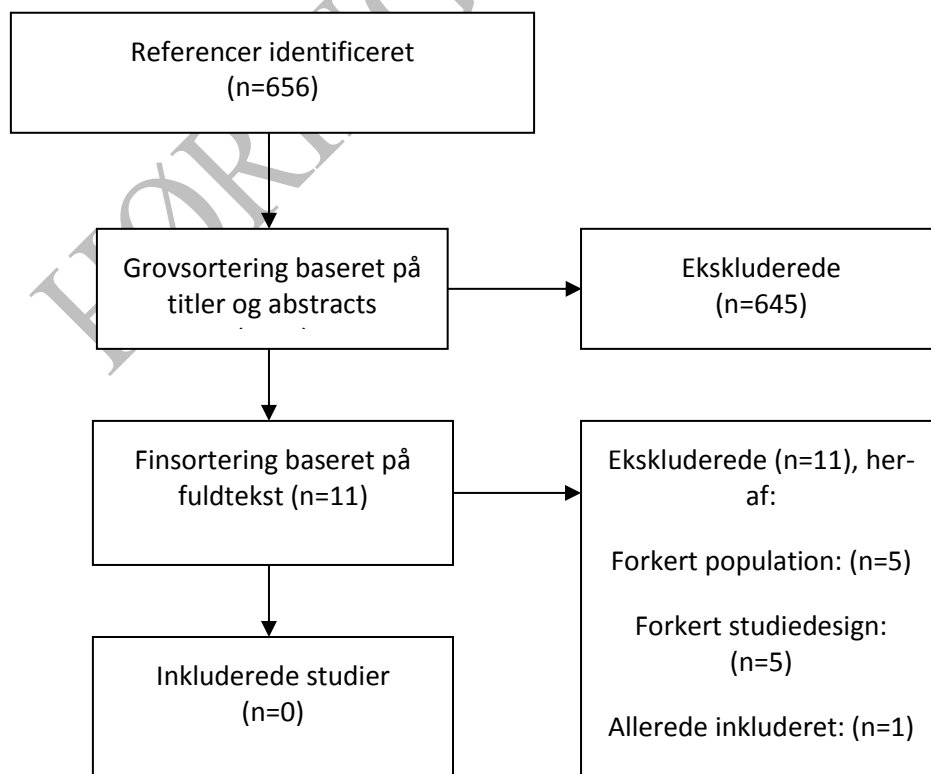
Figur 9. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 4



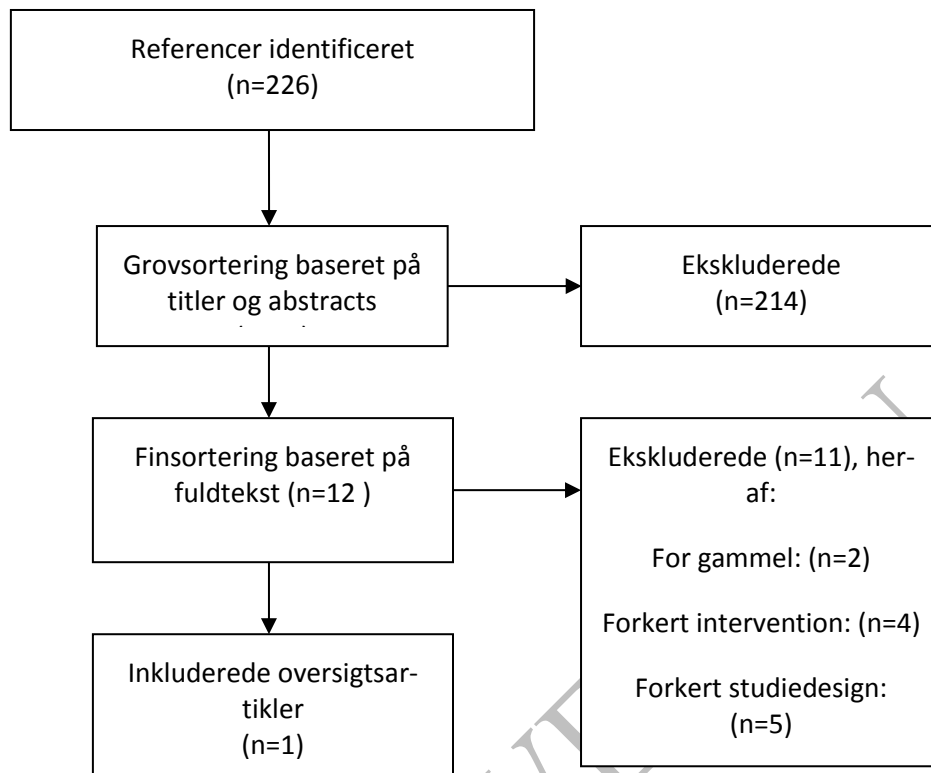
Figur 10. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 5



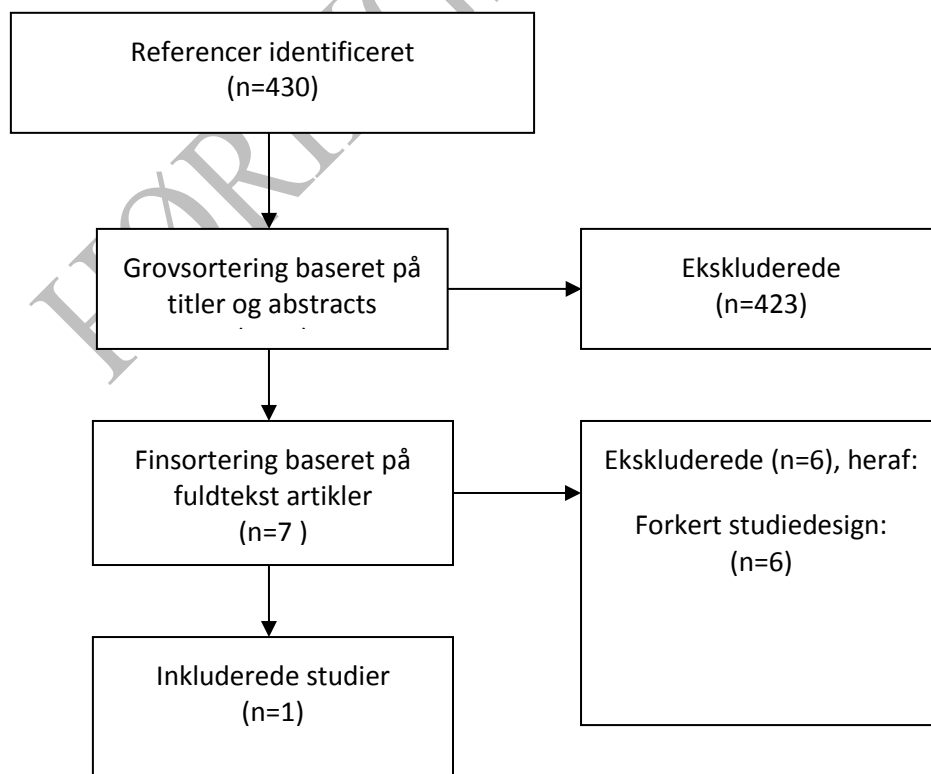
Figur 11. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 5



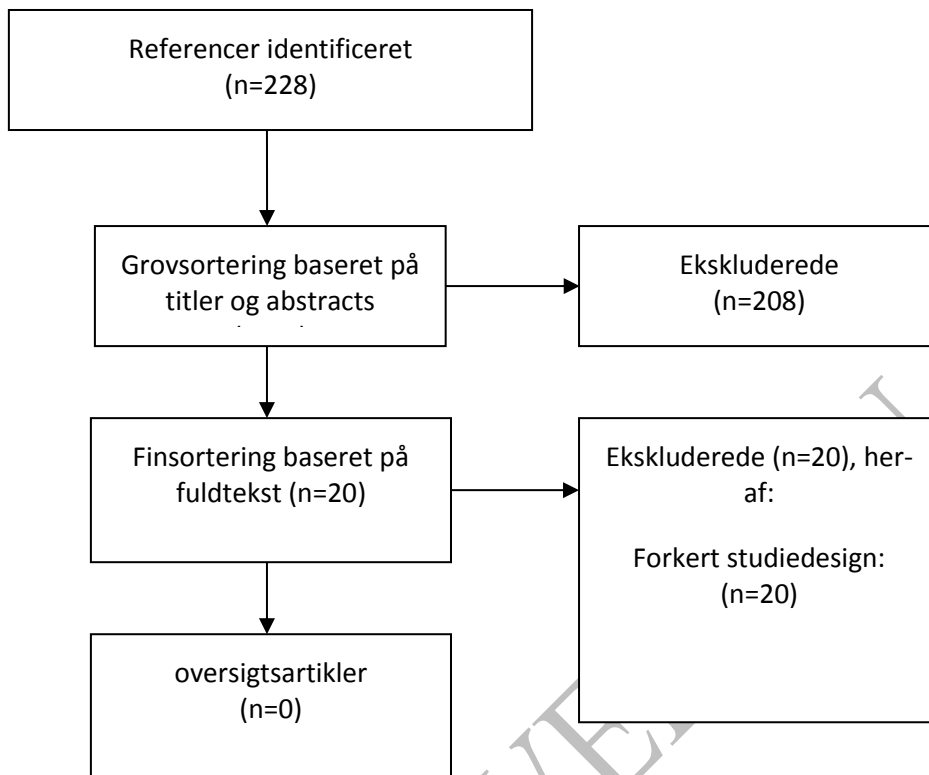
Figur 12. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 6



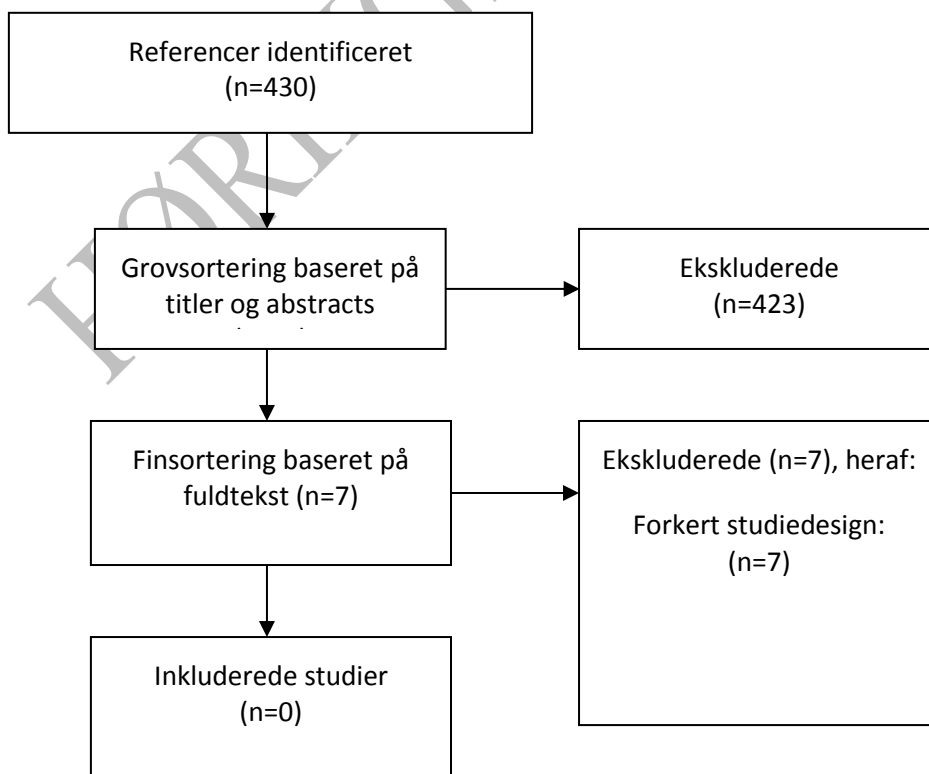
Figur 13. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 6



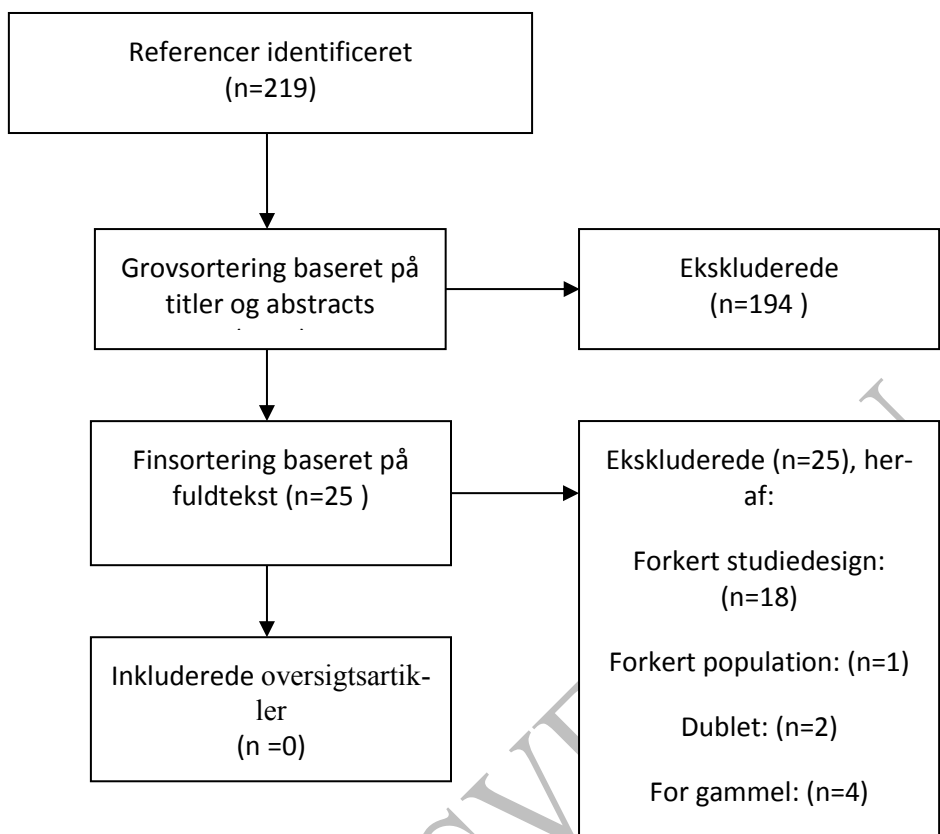
Figur 14. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 7



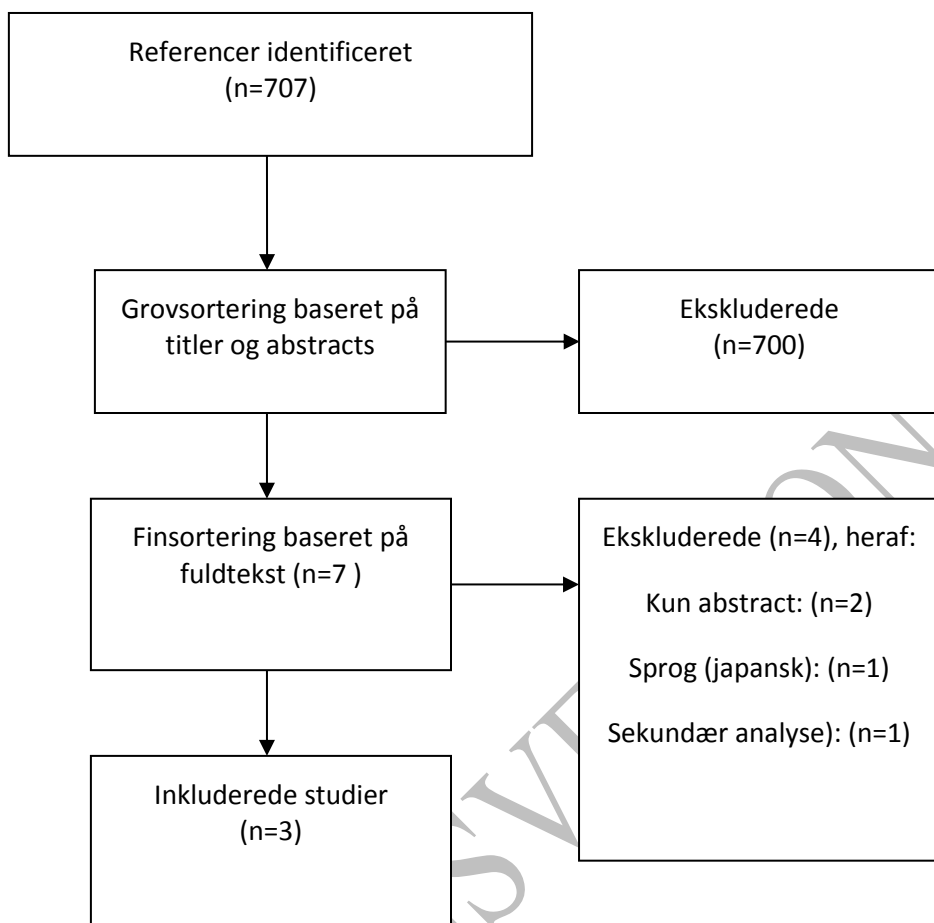
Figur 15. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 7



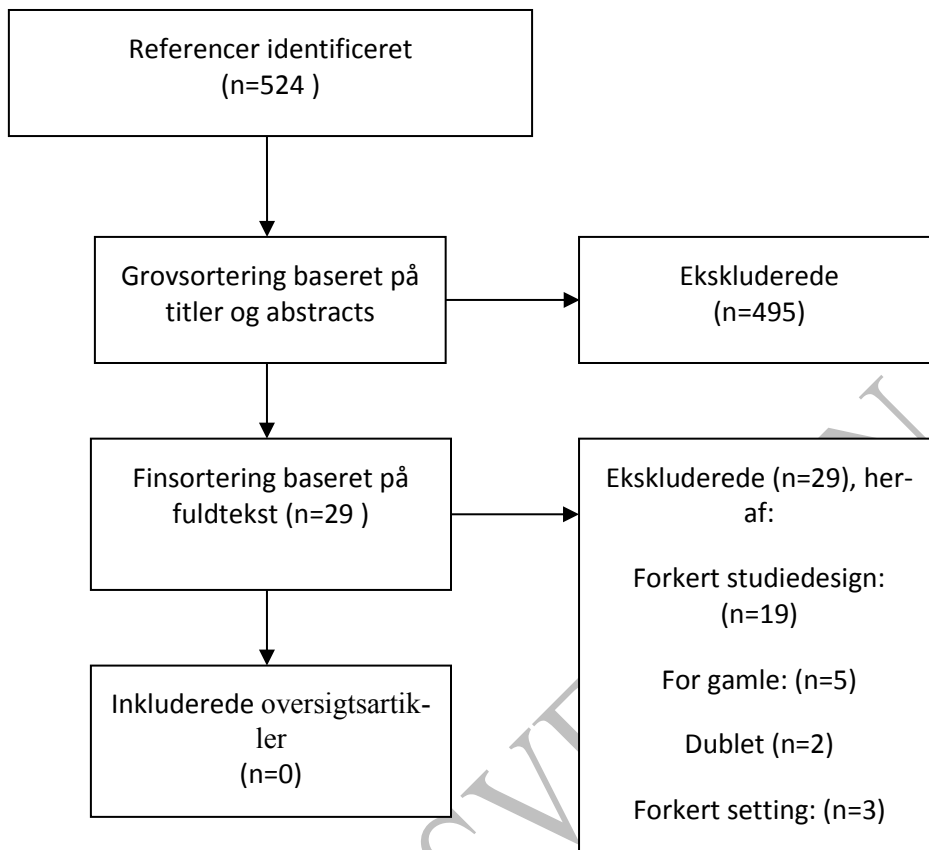
Figur 16. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 8



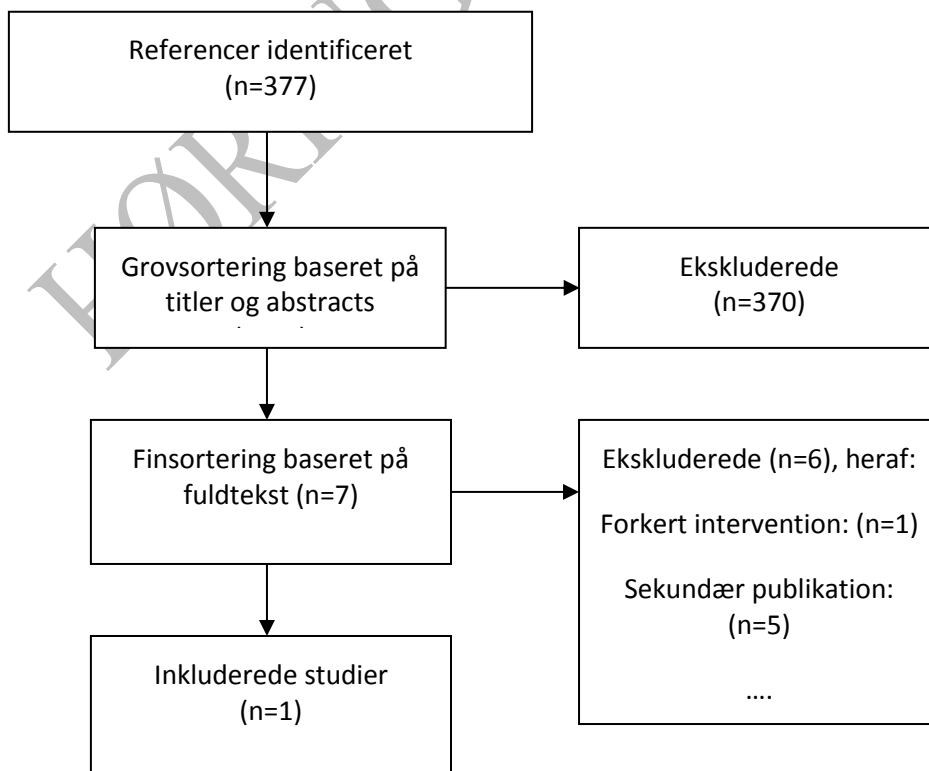
Figur 17. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 8



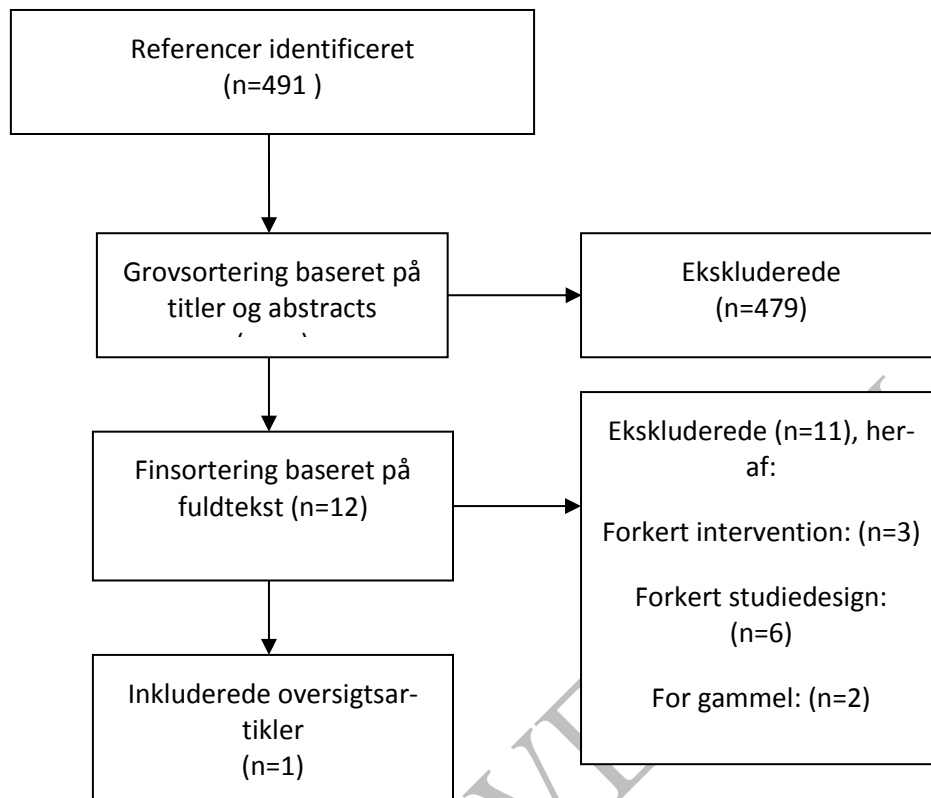
Figur 18. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 9



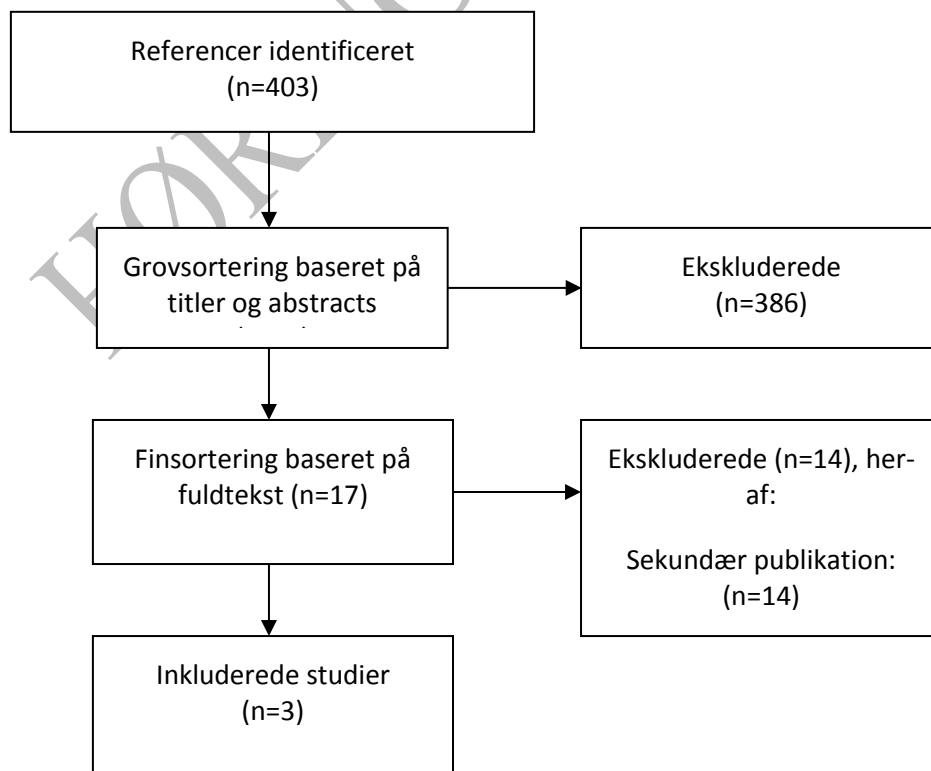
Figur 19. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 9



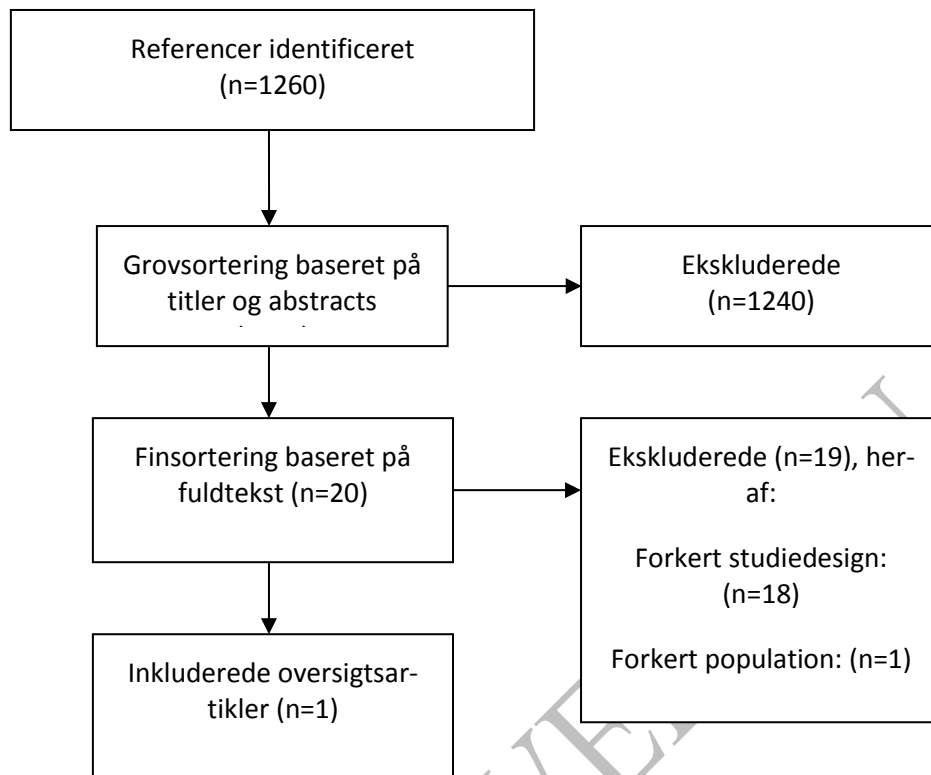
Figur 20. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 10



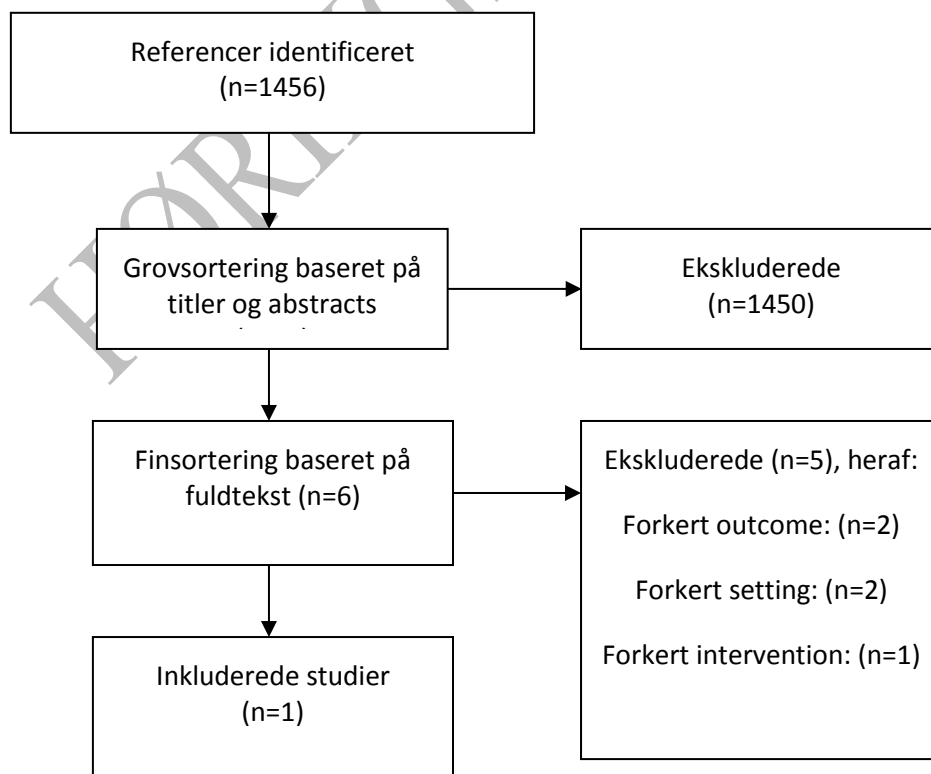
Figur 21. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 10



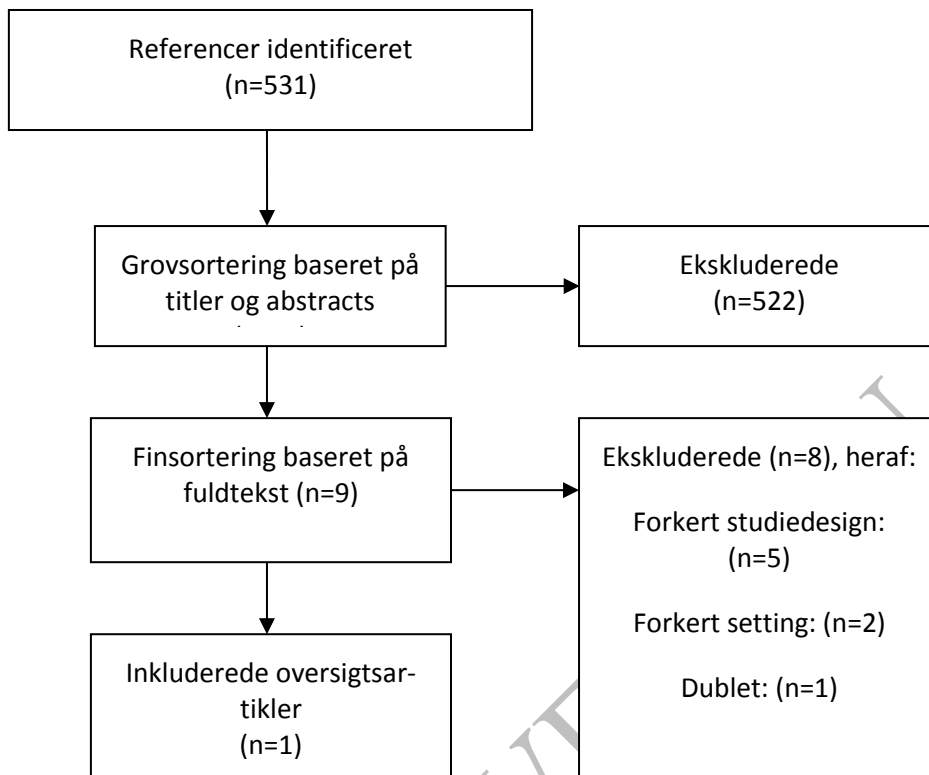
Figur 22. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 11



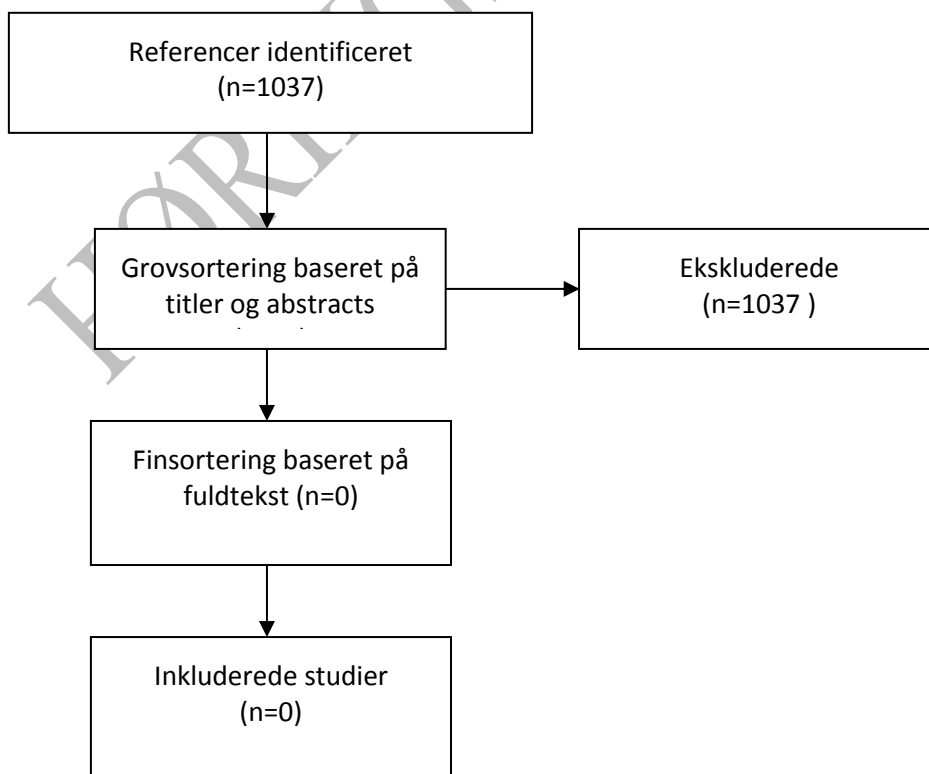
Figur 23. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 11



Figur 24. Flow chart – opfølgende søgning efter sekundærlitteratur for PICO 12



Figur 25. Flow chart – opfølgende søgning efter primærlitteratur for PICO 12



Bilag 9: Evidensvurderinger

Evidensprofiler findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/igangvaerende/alkoholbehandling>).

HØRINGSVERSION

Bilag 10: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed består af følgende personer:

- Anette Søgaard Nielsen (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, projekt-direktør og adjunkt ved Forskningsenheden for klinisk alkoholforskning, Syddansk Universitet
- Ulrik Becker, udpeget af Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi, overlæge, dr.med., Gastroenheden, Hvidovre Hospital, og professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Helle Lindgaard, udpeget af Dansk Psykolog Forening, privatpraktiserende psykolog
- Helle Kjær, udpeget af Dansk Psykolog Forening, centerleder på Blå Kors Behandlingscenter Taastrup
- Jeppe Krat Perrild, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, 1. reservelæge hos Psykiatrisk Center København
- Helene Bygholm Risager, udpeget af Alkoholfagligt Forum, leder af Alkoholbehandlingen i Århus Kommune

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag.

Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os/maal-og-opgaver/habilitet/habilitetserklaeringer/~media/983F2A9FB58C4734B47C70C18D6AE1E3.ashx>).

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed består af følgende personer:

- Rene Kofoed Andersen, udpeget af Danske Regioner, ledende overlæge, Psykiatrien i Region Syddanmark

- Rafai Atia, udpeget af KL, konsulent
- Mie Carstensen (afløst af Clara Dawe), udpeget af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, specialkonsulent
- Dorrit Christensen, udpeget af KKR Hovedstaden, behandlingsansvarlig overlæge, Alkoholenheden, Københavns Kommune
- Palle Havskov Jensen (afløst af Michael Ries), udpeget af Centerlederforeningen, centerleder, Rusmiddelcenter Silkeborg
- Birthe Povlsen, udpeget af Socialstyrelsen, socialfaglig konsulent
- Lisbeth Windeballe Rasmussen, udpeget af KKR Syddanmark, teamleder, Kerteminde Kommune
- Simon Schøneberg, udpeget af KKR Nordjylland, behandlingsledende psykolog, Region Nordjyllands Misbrugscenter
- Dorte Skov, udpeget af KKR Sjælland, centerleder, Misbrugscentret, Vordingborg kommune
- Dennis Pihl Thomsen, udpeget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, fuldmægtig

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper.:

- Gro Askgaard, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Kit Broholm, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Marie Jakobsen, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Britta Tendal, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Alkohol-fagligt Forum
- Alkohol og Samfund
- Centerlederforeningen
- Danske Patienter
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Danske Regioner
- Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi
- KKR Hovedstaden
- KKR Midtjylland

- KKR Nordjylland
- KKR Sjælland
- KKR Syddanmark
- KL
- Ministeriet for Børn Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Socialstyrelsen

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Anders Bergmark, professor ved Institutionen för socialt arbete - socialhögskolan, Stockholm Universitet
- Bent Nielsen, forskningsleder ved Forskningsenheden for klinisk alkohol-forskning, Syddansk Universitet

HØRINGSVERSION

Bilag 11: Forkortelser og begreber

CRA:	Community Reinforcement Approach
CRAFT:	Community Reinforcement Approach and Family Training
ICD-10:	International Classification of Diseases no. 10
LPR:	Landspatientregisteret
NAB:	Det Nationale Alkoholbehandlingsregister

HØRINGSVERSION