

## **Høringssvar til National klinisk retningslinje om udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse**

1. Carsten Hjorthøj
2. Thomas Alber
3. Socialstyrelsen
4. Landsforeningen Lænken
5. Socialpædagogerne
6. Danske Regioner
7. Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje
8. Dansk Psykiatrisk Selskab
9. KL
10. ADHD-foreningen
11. DASYS
12. Social- og Indenrigsministeriet

### Peer Review

- Claudia Fahlke, Professor, Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, Sverige
- Lars Linderøth, Specialist i psykiatri, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet, Norge.

## Høringssvar vedrørende National klinisk retningslinje om udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse

Jeg er ansat som seniorforsker ved Psykiatrisk Center København, hvor mit primære fokus-område er dobbeltdiagnoser, altså psykisk sygdom kombineret med misbrug. Jeg skal dog præcisere, at jeg i denne forbindelse svarer på høringen som privatperson, hvorfor mine kommentarer ikke nødvendigvis kan fortolkes som værende delt af Psykiatrisk Center København. Jeg har følgende kommentarer til høringen:

I kapitel 1.3 skrives det, at "SST anbefaler validerede opsporingsværktøjer..." Det ville være brugbart at kommentere nærmere på dette – selv hvis kommentaren, i fraværet af randomiserede studier, måske vil være, at det ikke er belyst, hvilke værktøjer der er bedst hertil. Som minimum kunne disse nævnes (fx SCAN og SCID til generel psykiatrisk diagnostik, samt mere fokuserede opsporingsværktøjer). Fraværet af en sådan præcisering kan føre til utilsigtede praksisser, hvor komorbiditeten alligevel overses.

I kapitel 2.3 står nogenlunde samme formulering. Igen er min kommentar, at det ville være brugbart at kommentere nærmere på dette – selv hvis kommentaren, i fraværet af randomiserede studier, måske vil være, at det ikke er belyst, hvilke værktøjer der er bedst hertil. Som minimum kunne disse nævnes (fx SCAN og SCID til generel psykiatrisk diagnostik, samt mere fokuserede opsporingsværktøjer). Fraværet af en sådan præcisering kan føre til utilsigtede praksisser, hvor komorbiditeten alligevel overses.

PICO 5: Det er problematisk, at der kun er undersøgt evidens for dialektisk adfærdsterapi og skema-terapi. I særdeleshed mangler der en gennemgang af litteraturen vedrørende mentaliserings-baseret terapi, der er en af de mest undersøgte, etablerede og anvendte behandlinger for i hvert fald borderline. Det er yderst risikabelt for det kliniske arbejde, hvis dette ikke inkluderes i NKR, eller på anden måde omtales. Det kan i yderste konsekvens føre til, at en potentielt effektiv behandling fravælges på et ufagligt grundlag.

Endvidere er det problematisk, at varigheden af DAT eller skema-terapi ikke omtales. Der er indikationer i den internationale litteratur, og mere undervejs, på at for kort forløb af DAT kan være virkningsløst eller ligefrem skadeligt.

Endvidere finder jeg det problematisk, at kun personlighedsforstyrrelser er undersøgt som individuel psykiatrisk diagnose tilstødende alkohol-misbrug. Jeres NKR nævner selv fx psykoser som værende stærkt associeret med misbrug, og her kunne det også have været yderst relevant at undersøge specifikke spørgsmål, fx diverse antipsykotika. Fraværet af denne slags sondringer kan føre til, at visse grupper af mennesker med psykisk sygdom for suboptimal behandling, hvilket kan være yderst svært at rette op på, hvis først denne behandling er skrevet ind i en national klinisk retningslinje.

Endelig er der behandlingsformer, der slet ikke er undersøgt, hvilket også er problematisk. Jeg accepterer, at I ikke undersøger effekten af kognitiv adfærdsterapi og motivational interviewing, da der allerede foreligger en NKR på disse punkter. Men I burde have undersøgt evidensen af andre interventioner, fx contingency management (hvor der mig bekendt findes noget evidens, om end jeg er usikker på om det er specifikt for alkohol), akupunktur (der næppe har en direkte effekt på misbrug, men som efterspørges af mange misbrugere og således kan facilitere, at de møder til behandling, der så også kan indeholde mere evidens-baserede interventions-modaliteter), samt andre former for psykosociale interventioner, såsom

psykoedukation, psykodynamisk terapi osv. Ved ikke at inkludere disse behandlingsformer i jeres retningslinje kommer I til at bidrage til, at behandlingen af disse dobbelt-diagnosticerede mennesker kommer til at ske på et mangelfuldt grundlag, og dermed risikerer at blive suboptimal, til trods for at den er anbefalet i jeres NKR.

Med venlig hilsen

Carsten Hjorthøj

November 2015

**Høringssvar National klinisk retningslinje om udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse**

Dejligt at den kom, for der er mange eksempler på at de patienter falder mellem to stole. Kunne I ikke lave en lignende klinisk vejledning for hashbrug eller ligestille hash og alkohol, da det er samme problemstilling med dem der bruger hash, ofte med underliggende psykisk lidelse som f.eks ADHD! De bliver også afvist af psykiatrien.

Venlig hilsen

Praktiserende læge  
Thomas Alber

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab

Mail: [NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C

Tlf. +45 72 42 37 00  
[socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Center for Udsatte Voksne  
D. 20. november 2015  
Sagsnr. 15/57551  
sli

## **Socialstyrelsens høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse**

Socialstyrelsen takker for modtagelsen af Sundhedsstyrelsens høringsversion af National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Socialstyrelsen anerkender det grundige arbejde Sundhedsstyrelsen har lagt i udarbejdelsen af retningslinjen.

Socialstyrelsen har kun få generelle bemærkninger til National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, idet Socialstyrelsen har været løbende inddraget i at udarbejde og kvalitetssikre retningslinjen via deltagelse i referencegruppen. Socialstyrelsen ser positivt på, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af Socialstyrelsens input blandt andet har medtaget et spørgsmål vedrørende effekten af opfølgende/udgående indsatser, jf. PICO 7.

### **Generelle bemærkninger**

Socialstyrelsen anerkender den omfattende litteraturgennemgang, som Sundhedsstyrelsen har forestået med henblik på at udarbejde retningslinjen, om end Socialstyrelsen konstaterer, at der kun er fundet få studier af tilstrækkelig høj kvalitet, som besvarer de fokuserede PICO spørgsmål. På den baggrund finder Socialstyrelsen det forståeligt, at retningslinjen udelukkende består af 'god praksis'-anbefalinger samt anbefalinger baseret på 'meget lav' evidensgrad.

Anbefalingerne har karakter af "både-og" formuleringer, hvilket Socialstyrelsen er opmærksom på, at der er mulighed for i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer. "Både-og" formuleringerne skal ifølge Sundhedsstyrelsens koncept for nationale kliniske retningslinjer ledsages af en pil op eller ned. Socialstyrelsen finder det i nogen grad ulogisk, at en "både-og" formulering skal

ledsages af en pil op eller ned, da man kan argumentere for, at det ville være mest konsekvent at udelade en pil i forbindelse med en "både-og" formulering. Alternativt kunne man operere med en flad streg, der ikke i samme omfang signalerer klar anbefaling, som i tilfældet med en pil opad.

Socialstyrelsen finder det relevant, at Sundhedsstyrelsen via publiceringen af National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse skaber opmærksomhed omkring, at der mangler evidens på området og dermed påpeger behovet for øget forskning indenfor feltet. Der er i praksis behov for mere evidensbaseret viden om, hvordan denne målgruppe udredes og behandles mest effektivt.

Socialstyrelsen vurderer alt i alt, at National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse giver et godt samlet overblik over aktuel bedste viden inden for området og aktuelle udfordringer, som er Sundhedsstyrelsens sigte.

Socialstyrelsen vil afslutningsvis takke for, at Sundhedsstyrelsen i retningslinjen henviser til Socialstyrelsens Vidensportalthema om mennesker med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, der blev publiceret den 18. november 2015.

### **Specifikke kommentarer**

Nedenfor gennemgås en række kommentarer ift. hvert afsnit:

#### **0.1.**

- Der mangler en indledende definition på forskellige centrale begreber, eller blot en henvisning til, at udvalgte begreber forklares yderligere i bilag 10: *Forkortelser og begreber*. Relevante begreber er bl.a. opsporing og parallel behandling.
- Der er en gennemgående udfordring med at forstå differentieringen mellem begreberne opsporing og udredning. Begreberne opsporing og udredning bruges flere steder synonymt fx på side 8, hvor det beskrives, hvordan målgruppen udredes og behandles mest effektivt. I de to første afsnit på side 8 anvendes begrebet systematisk opsporing af psykisk lidelse og systematisk opsporing af alkoholafhængighed. Men betydningen af de to begreber i begge afsnit synes at være næsten identisk. Det fremstår således uklart, hvilken forskel, der er på de to begreber.
- Anvendelsen af begrebet opsporing i retningslinjen vurderes at være problematisk, da opsporing i praksisfeltet ofte forstås som en aktiv opsporende og undersøgende aktivitet med henblik på at finde udvalgte målgrupper. Der kan alternativt

opereres med begrebet screening/udredning ift. enten psykiske lidelser eller alkoholafhængighed

0.2.

- Der kan med fordel også henvises til en kort definition på skadeligt forbrug. Dette gør sig også gældende for bilag 1: *Baggrund*
- Ift. afsnittet om Socialstyrelsens Vidensportalema, så omhandler temaet mennesker med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

0.4.

- I sidste afsnit der indledes med "De nationale retningslinjer....", kunne man med fordel henvise til Sundhedsstyrelsens tidligere publikation *Kvalitet i alkoholbehandling (2008)*, der netop forholder sig til visitation og organisering.

1.4.

- Afsnittet begyndende med "Opsporing er forskellig fra diagnosticering...", på side 12, kan med fordel rykkes frem til afsnit 1.3.
- I beskrivelsen af NICE guidelines undersøgelse af evidens på side 13 opereres også med begrebet udredning frem for opsporing, hvilket er forvirrende.

3.4.

- I afsnittet Baggrund for valg af spørgsmål på side 18 vil det være hensigtsmæssigt at indsætte kildehenvisning ift. definition af integreret/koordineret behandling.

3.7.

- Forståelsen af begrebet parallel behandling kan med fordel uddybes, evt. også i bilag 10: *Forkortelser og begreber*.

4.4.

- I afsnittet der indledes med "En norsk retningslinje...", på side 22, hvor der henvises til den norske anbefaling om, at døgnbehandling overvejes som supplement til udgående/opsøgende indsatser, vil det være fordelagtigt at sikre kongruens i forhold til anvendelsen af begreberne udgående/opsøgende.

6.

- Socialstyrelsen finder det problematisk, at anbefalingen af familie-/netværksorienteret behandling er baseret på studier, hvor denne type behandling indgår som en del af en samlet

integreret behandling, der også indbefatter kognitiv adfærdsterapi (CBT) og motivational interviewing (MI). Dette faktum, sammenholdt med at studiet kun er baseret på forløb med 32-36 borgere, resulterer i en meget begrænset viden. Det er med andre ord vanskeligt at fastslå, om det er CBT, MI eller familiebehandlingen, der udgør det effektive element i det studie, som anbefalingen er baseret på.

#### 7.3.

- I afsnittet som indledes med "Udgående opsøgende indsatser...", kan det med fordel uddybes, at behandleren udover at sikre omsorg også gerne skal understøtte personens udvikling gennem den opsøgende/udgående tilgang.

#### 7.4.

- Det kan med fordel tydeliggøres, at opsøgende/udgående indsatser i denne sammenhæng er rettet mod personer, der allerede er i behandling. Dette kan fx fremhæves ved, at dette forhold beskrives først frem for at indlede med beskrivelsen af den målgruppe, det ikke omfatter.

Venlig hilsen

Sara Lindhardt  
Specialkonsulent  
Center for Udsatte Voksne  
sli@socialstyrelsen.dk  
tlf. 41932595





---

## Landsforeningen Lænken

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

23. november 2015

### Høringssvar fra Landsforeningen Lænken vedrørende: NKR for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Landsforeningen Lænken hilser overordnet retningslinjen velkommen. Mange af Lænkens medlemmer og frivillige er blandt de ca. 70.000 personer, som skønnes at have en alkoholafhængighed samtidig med en psykisk lidelse. Det er derfor af stor betydning for os, at behandlingssystemerne er gearret til at tilbyde relevant udredning og behandling. Vi mener også, at vi kan tilføre retningslinjen et værdifuldt bidrag i forhold til patientpræferencer.

I den forbindelse noterer vi, at patient- og interesseorganisationer så som SIND, Psykiatrifonden, Bedre Psykiatri og LAP har været inddraget i referencegruppen. Som interesseorganisation for alkoholramte kunne vi ønske, at Sundhedsstyrelsen også havde henvendt sig til Landsforeningen Lænken for at kommentere afgrænsning og det faglige indhold i retningslinjen fra et bruger/patientperspektiv.

I forhold til anbefalingerne har vi fra Lænkens side kommentarer på følgende områder:

### 1 og 2 Opsporing

Det anbefales på side 12:

*"at en person ikke bør afvises fra alkoholbehandling, fordi vedkommende også har en psykisk lidelse"*

og omvendt på side 15:

*"at en person ikke bør afvises fra behandling af den psykiske lidelse eller få afbrudt denne, fordi vedkommende også har en alkoholafhængighed."*

Landsforeningen Lænken foreslår, at det er god praksis, at en person **ALDRIG** afvises fra behandling.

## 6 Familie-/netværksorienteret behandling

I både alkoholbehandlingen og i behandling af psykisk lidelse er der evidens for gode erfaringer med at inddrage familie/netværk. I Landsforeningen Lænken har vi erfaring for, at inddragelse af familien og/eller tilknytning til et støttende netværk, såsom Lænken, har meget stor betydning for behandlingens succes. For personer uden familie eller socialt netværk er etablering af tilknytning til et sådant netværk specielt vigtig. Denne erfaring er relevant i betragtning af, at der eksisterer meget lidt evidens på området.

## 7. Udgående/opsøgende indsatser

Det kan være relevant at inddrage andre støttenetværk. Fra Landsforeningen Lænken har vi erfaring for, at personer gerne tager imod tilbud fra ligesindede frivillige om støtte til at benytte professionelle behandlingstilbud.

## 8. Efterbehandling /opfølgning

Det kan være relevant at involvere sociale netværk i opfølgning/efterbehandling. Fra Landsforeningen Lænken har vi erfaring for, at den personlige kontakt fra ligesindede i foreningerne er med til at forebygge tilbagefald og/eller støtte ved tilbagefald. Det er det sociale netværk i de lokale foreninger, der ofte har den første kontakt og viden, om en person er i fare for tilbagefald. Deres indsats er et vigtigt supplement til den professionelle efterbehandling/opfølgning.

## Bilag 2. Implementering

Vi håber, at den endelige retningslinje vil indeholde tilføjelser om den vigtige rolle frivillige sociale netværk kan spille i forhold til udredning og behandling, og at dette derfor også bliver formidlet til fagprofessionelle, som beskrevet på side 51.

## Bilag 4. Opdatering og videre forskning

Vi noterer, at der eksisterer meget lidt evidens på effekterne af inddragelse af sociale netværk i opsporing og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

I Landsforeningen Lænken stiller vi os meget gerne til rådighed specielt på de nævnte forskningsområder:

- Forskning i inddragelse af familie/netværk i behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.
- Forskning i efterbehandling/opfølgning til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.
- Forskning i patientoplevelse.

Vi ser frem til, at Sundhedsstyrelsen overvejer at tage høringssvaret til efterretning i den endelige retningslinje.

Venlig hilsen



Lis Isdal

Formand

Landsforeningen Lænken

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab

Til: [NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

Girokonto 402-3951

Ref. MFG/lh  
Dok.nr. 2657358

Sag.nr. 2015-SLCSFA-  
02032

23. november 2015

### **Høringssvar, national klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse**

Sundhedsstyrelsen har den 3. november 2015 bedt Socialpædagogernes Landsforbund om eventuelle bemærkninger til udkast til national klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse i høring.

De nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale. Retningslinjerne behandler udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper. Formålet med nærværende retningslinje er at beskrive den foreliggende evidens og komme med anbefalinger for udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Socialpædagerne kan notere sig, at der er relativt få anbefalinger, som beror på evidens. Socialpædagerne mener, at dette bør give Styrelsen anledning til overvejelser, om der er behov for en større forskningsindsats på de givne områder. Socialpædagerne mener ligeledes, at en helhedsorienteret indsats er vigtig, hvorfor det med anbefalingerne bør sikres, at de nødvendige tilbud og pladser samt kompetencer, herunder socialpædagogiske, er til stede.

Venlig hilsen



Verne Pedersen  
Forbunds næstformand



23-11-2015

Sag nr. 15/1692

Dokumentnr. 58478/15

Malte Harbou Thyssen

Tel. 35 29 84 45

E-mail: Mht@regioner.dk

## **Danske Regioners høringssvar vedr. NKR for alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse**

Danske Regioner hilser NRK for udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse velkommen.

Området er velundersøgt, forstået således at relevant forskning er taget i betragtning. Der er dog en udfordring med manglende evidens, hvilket resulterer i vage, sparsomt anvendelige anbefalinger.

Der er i retningslinjen ikke beskrevet, hvilke aktører der har hvilket ansvar for patienten. I forbindelse med behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse er der behov for koordinering herunder definition og afgrænsning af opgaverne mellem de relevante aktører. Det er kommuner der står for behandling af misbrug, mens det er regionerne, der har ansvaret for behandling af psykisk lidelse.

### **Konkrete bemærkninger**

#### *Dobbeltbelastede*

I national klinisk retningslinje vedr. udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse bruges betegnelsen ”dobbeltbelastede” **ikke**. Derfor undrer det, at den bruges i bilagene.

I rapporten ”Den offentlige indsats på alkoholområdet” udarbejdet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen i 2002, defineres personer med dobbeltbelastning som: ”personer, som ud over deres alkoholmisbrug også har en personlighedsforstyrrelse”. I national klinisk retningslinje vedr. udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse afgrænses patientgruppen til at omhandle:

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

”behandling af voksne over 18 år med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Side 2

Retningslinjen, som vi hermed indgiver høringssvar på, retter sig mod en bred gruppe af psykiske lidelser, heriblandt affektive lidelser, angstlidelser, psykotiske lidelser, adfærdsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser”. Vi mener derfor ikke, det er korrekt at bruge betegnelsen ”dobbeltbelastede”.

#### *Fokus på børn og unge*

Det vil være hensigtsmæssigt, såfremt det er muligt indenfor rammerne af retningslinjen, at give specifikke anbefalinger til børn og unge under 18 år. Alkoholafhængighed og psykisk lidelse er jævnligt forekommende i ungdomsårene, og perioden er vigtig i fht. tidlig opsporing og intervention.

#### *Behov for mere forskning*

Det er gennemgående vedr. evidens for behandlingen, at "kvaliteten af evidensen er meget lav" eller ”der er ikke fundet evidens for det fokuserede spørgsmål”.

Det er derfor væsentligt, at retningslinjen lægger vægt på, at der er behov for mere forskning på området.

Med venlig hilsen

Malte Harbou Thyssen

## Kommentar til høringsversion 1.0 af "National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse", Sundhedsstyrelsen 2015 :

**Anerkendelse:** Vigtigt område

### Kritikpunkter:

1. **Tema:** *Organisation af behandlingstilbud er grundlaget for at behandling kan implementeres, den aktuelle organisering er en forhindring. Retningslinjen tager ikke højde for dette på trods af at der er mange internationale (UK, Scotland, Norge), retningslinjer der gør.*

Forudsætning for at kliniske retningslinjer for udredning og behandling kan implementeres er organisation af disse. Aktuelt modvirker opsplitningen af behandlingen mellem kommunen(alkoholbehandlingen) og regionen (behandlingspsykiatrien) implementering af integreret behandling. Implementeringsovervejelser i Retningslinjen er ikke tilstrækkelig konkrete specielt gør man sig ikke organisatoriske overvejelser. En af de tungtvejende referencer for Retningslinjen, den norske retningslinje (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, Helsedirektoratet 2012. I den norske retningslinje fokuseres i høj grad på organisationsovervejelser som baggrund for kliniske retningslinjer.

2. **Tema:** *Metoderne for at afklare evidens/foreslå handleplaner er utilstrækkelige og fokuserer for meget på kvalitetskriterier som egner sig til medicinaprøvninger hvilket resulterer i at man anbefaler metoder hvor der "ikke er nogen evidens"*

Undersøgelsen af specielt de meget organisatorisk relevante hovedfoci for Retningslinjen, Systematisk opsporing af psykisk lidelse hos alkoholafhængige/skadeligt brugende, systematisk opsporing af alkoholafhængighed hos mennesker med psykisk lidelse, integreret/koordineret behandling eller sekventiel behandling for "rusmiddelpsykiatriske" problematikker, ambulant eller stationær/døgnbehandling, familie /netværksorienteret behandling, udgående/opsøgende indsatser, efterbehandling og opfølgning er alle endt med konklusion om at der ikke er fundet evidens eller at kvaliteten af evidensen er meget lav.

Er det ikke en misforståelse at basere en klinisk retningslinje på anbefalinger hvor der ikke er nogen som helst evidens?

Eller er metoderne for at underbygge de såkaldte kliniske retningslinjer ikke forkert valgt? Hvis randomiserede kliniske studier på individniveau er golden standard for evidens på disse områder så vil de aldrig opnå nogen evidens. Der er en betydelig mængde publicerede studier vedrørende området med overvejelser om organisation og implementering som ikke er medtaget /refereret til. Der er også afsat satspuljemidler til flere delvis organisatoriske indsatser vedrørende dette område hvor der er lagt alt for lidt vægt på en evidensskabende evaluering og formidling af konklusioner.

3. **Tema:** *Der er få konkrete forslag til hvordan en opsporing kunne gå til /en opsporingsmodel(hvis man altså anbefaler dette på trods af manglende evidens). Der refereres til Den Norske retningslinje)*

De Norske retningslinjer fokuserer (udover på organisatoriske aspekter og forslag) også som anført i de danske retningslinjer også på forslag til "opsporings"- eller udredningsinstrumenter sådan at en metode (af mange mulige) kunne afprøves . Når man i den danske retningslinje ikke har fundet nogen som helst evidens for at opsporing eller foreslået en opsporingsmetodologi nytter

konkluderer man at det at overse psykisk lidelse eller alkoholafhængighed/skadelig virkning jo "bryder med god klinisk praksis".

4. **Tema:** *Der er ikke forsøgt at indhente erfaringer/resultater vedrørende opsøgende virksomhed udover enkelte ældre amerikanske studier. Organisation af behandlingen i USA er meget forskellig fra DK.*

Der er (også i DK) og udlandet adskillige erfaringer af opsøgende virksomhed i forhold til psykoser og i forhold til mennesker med komplekse problemstillinger, herunder psykiske lidelser, misbrug og sociale problemer /hjemløshed hvor udgangspunktet er at komorbiditeten mindsker mulighed for støtte og behandling. Konklusionen i retningslinjen er at det måske er sværere at påvise effekt da en del af populationen er hjemløse?

5. **Tema:** *Der er ikke gjort overvejelser over/eller forslag om tolkning af de diagnostiske kriterier for samspil mellem psykisk lidelse og alkohol på trods af at fortolkninger af dette igennem mange år har haft indflydelse på adgangen til udredning og behandling af komorbide lidelser i grænseområdet mellem alkohol og psykiske lidelser.*

Der foreslås at man i Retningslinjen fremfører overvejelser /forslag om hvordan man skal fortolke samspillet mellem psykiske lidelse og alkohollidelser ifølge ICD-10 (DSM-5) da dette fortsat har en stor indflydelse på samarbejdet mellem de forskellige sektorer i forhold til målgruppen.

Lars Bertil Merinder Overlæge, PhD  
Afd. Q, AUHR, Medlem af specialistrådet, RM

24. november 2015

**Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.**

Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje takker for høringen og vurderer overordnet den kliniske retningslinje som positivt. Det anses som afgørende vigtigt, at også mennesker med samtidig psykisk lidelse og alkoholafhængighed tilbydes relevant og effektiv behandling.

Arbejdet med nærværende nationale kliniske retningslinje bærer tydeligt præg af en grundig og systematisk gennemgang af forskning og publikationer på området, hvilket vurderes som en styrke i retningslinjen.

Retningslinjen stemmer godt overens med andre retningslinjer og indsatser, der i forvejen fungerer på området, hvilket ligeledes anses som positivt.

Det anses som særlig positivt at den systematiske screening for hhv alkoholafhængighed og psykisk lidelse i hhv psykiatrisk og alkoholbehandlingsregi bliver pointeret som god praksis. Ligesom tilbud om udgående/opsøgende indsatser med Fagligt Selskab for Addiktiv Sygeplejes erfaringer vurderes, at udgøre et vigtigt element i effektiv behandling af denne målgruppe.

Dog må det konstateres, at der ikke foreligger materiale, der kan give entydige, evidensbaserede svar på, hvad der er virksom behandling for målgruppen. Det betyder, at anbefalingernes evidenskvalitet højst tæller som meget lav, og dermed bliver anbefalingernes styrke maksimalt ”svag/betinget anbefaling for”. Det må opfordre til, at man til stadighed øger fokus på forskning og undersøgelse af best practice inden for området.

Med venlig hilsen

Astrid Bay, bestyrelsesmedlem i Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje på vegne af:

Nina Brünés, formand for Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje



Risskov den 23. november 2015

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Retningslinjen fastslår med rette at det er god praksis at opspore psykisk lidelse i forbindelse med udredning og behandling af alkoholafhængighed, og omvendt alkoholafhængighed ved psykisk lidelse. Endvidere fastslås at det er god praksis at tilbyde integreret/koordineret behandling ved komorbiditet. Man kunne have ønsket sig et klarere svar hvad angår måder hvorpå dette kan organiseres og implementeres. Der foreligger en betydelig mængde publicerede studier på dette område, men formentlig tillader den metode der benyttes ved NRK ikke at disse inddrages. Hvad angår behandling forholder man sig specifikt til personlighedsforstyrrelser, men taler derudover kun om psykisk lidelse i almindelighed. Også her kunne man have ønsket sig et klarere og mere differentieret svar da psykiske lidelser som eksempelvis bipolaritet og angst jo er hyppigt forekommende hos alkoholafhængige og kræver forskellig tilgang. Det hilses velkomment at man kan overveje at tilbyde acamprosat eller naltrexon som tillæg til samtalebehandling ved dobbeltdiagnose i almindelighed.

Med venlig hilsen

Knut Løkke, Overlæge, Retspsykiatrisk Amb, Risskov, medlem af DPS's bestyrelse.



**Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S**

## **Høringssvar kliniske retningslinjer alkohol og psykisk lidelser**

KL har modtaget udkast til Nationale kliniske retningslinjer på alkoholområdet fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen udebeder sig KL's bemærkninger.

Grundet den korte tidsfrist har det ikke været muligt at nå en politisk behandling af retningslinjerne. KL tager derfor forbehold for eventuelle efterfølgende politiske bemærkninger.

Det er derfor glædeligt, at der nu foreligger nationale kliniske retningslinjer på alkoholområdet, både i forhold til den generelle alkoholbehandling og nu også i forhold til borgere der udover en alkoholafhængighed samtidigt har en psykisk lidelse.

KL bemærkede i sit høringsbrev i forbindelse med offentliggørelse af retningslinjer for den generelle alkoholbehandling, at retningslinjen ikke er blevet så klar, som håbet. Det samme kan siges om denne retningslinje.

Set i lyse af den debat kommunernes alkoholbehandling er udsat for med påstand om manglende brug af evidensbaseret metoder, er det bemærkelsesværdigt, at begge retningslinjer bygger på så ringe grad af evidens.

KL vil derfor opfordre Sundhedsstyrelsen til, at understøtte forskning, der kan tilvejebringe den nødvendige evidens i forhold til psykosociale behandlingsmetoder i alkoholbehandlingen.

Med venlig hilsen

Christian Harsløf

Dato: 25. november 2015

Sags ID: SAG-2013-01147  
Dok. ID: 2118795

E-mail: RAF@kl.dk  
Direkte: 3370 3486

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 1 af 1

**Sundhedsstyrelsen**

Odense d. 24.11.2015

**National klinisk retningslinje om udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse**

ADHD-foreningen er ikke indbudt af Sundhedsstyrelsen til at indgive høringssvar på den Nationale klinisk retningslinje om udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Vi bemærker samtidigt at ADHD-området ikke er bearbejdet i processen, ej heller er eksperter på området involveret. Vi er meget forbavsede, over at ADHD-området ikke er taget i betragtning ved udarbejdelse af retningslinjen og tillader os derfor at sende et par korte kommentarer.

Vi kan ved en hurtig gennemgang konstatere, at der ikke specifikt anbefales screening for ADHD i retningslinjen. Det undrer os meget, fordi vi ved, at ADHD ofte er forbundet med misbrug af både stoffer og alkohol:

- Unge med ADHD påbegynder misbrug af alkohol og stoffer tidligere end den generelle befolkning (Wilens et al, 1997)
- Ved alkohol og/eller stofafhængighed er et konservativt estimat af prævalens for ADHD 20-30% i Holland og USA (Glind et al, 2004; Goossensen et al, 2006; Schubiner et al, 2000; Wilens, 2007; Wilens et al, 1994, 2007; wood et al, 1983)

Da ADHD-foreningen ikke er inviteret til at indgive høringssvar, vil vi ikke kommentere i detaljer og svare udførligt. Vi opfordrer dog til, at ADHD nævnes sammen med de andre diagnoser, og at der bliver en anbefaling til screening for ADHD også. Vi håber på, at I vil tage argumenterne med i jeres overvejelser og tilretningen og I er meget velkomne til at kontakte os hvis vi kan være behjælpelige.

Med venlig hilsen  
ADHD-foreningen

Jette Myglegaard  
Formand

Vedlagt: Uddrag fra "Adult ADHD, diagnostic Assessment and Treatment, J.J. Sandra Kooij, 2010

**ADHD-foreningen**

Rugårdsvej 101 | 5000 Odense C  
Tlf. 70 21 50 55 | Fax: 63 13 42 60  
e: info@adhd.dk | www.adhd.dk  
CVR: 12771975 |

Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab  
NKRsekretariat@sst.dk

Odense den 24. november 2015

## **Høringssvar fra DASYS vedr. NKR for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DASYS har været repræsenteret i arbejdsgruppen, og vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og modtaget nedenstående svar fra Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker:

Behandlingssystemet har haft vanskeligt ved at give personer, der både har alkoholafhængighed og psykisk lidelse, relevante behandlingstilbud. I det psykiatriske behandlingssystem kan alkoholafhængigheden opleves som en barriere for behandling af den psykiske lidelse. På samme måde kan personer med psykisk lidelse opleves som vanskelige at behandle i alkoholbehandlingsinstitutioner.

Det der opleves i psykiatriske afdelinger er, at alkohol eller andre rusmidler og psykisk lidelse går ofte hånd i hånd, da alkoholen anvendes som middel for at mindske de symptomer, man har af den psykiske lidelse.

Denne kategori af patienter betegnes patienter med dobbelt diagnose.

Ifølge overlæge ved Psykiatrisk Center Hvidovre, er det en forståelse for, hvad der sker metabolisk i hjernen, der skal til for at opnå en bedre forståelse for, hvorfor psykiatriske patienter ofte ender i et misbrug af alkohol eller rusmidler. Med en bedre forståelse kan der opnås en bedre medicinsk behandling.

Ifølge Anne Lindhardt, centerchef, Psykiatrisk Center København, formand for Psykiatrifonden, er det koordineringen af indsatsen til mennesker med dobbeltdiagnoser, der er for ringe. Behandlingen går på alkoholismen eller den psykiatriske lidelse. Anne Lindhardt konkluderer, at Shared-Care mellem psykiatrien og almen praktiserende læge giver mulighed for at overkomme barrieren i behandlingen.

Mennesker med dobbelt diagnose har, som Anne Lindhardt påpeger, ofte mange kontakter i systemet. Det kan være behandlingspsykiatrien, misbrugscenter, egen læge, lokal psykiatri og kommunale sagsbehandlere.

I fænomenet relationel koordinering har den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittell forsket specielt i den offentlige sektor, og specielt i sundhedsvæsenet. Hendes forskning har fokus på produktivitet, effektivitet og kvalitet, og især øgning af kvaliteten ved relationel koordinering blev et af de positive resultater, som Gittell fik ud af sin forskning. Relationel koordinering handler om teamdannelse, fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Også kommunikationen skal fokusere på hyppighed, rettidig præcis og problemløsende.

**Konklusion:** Det anbefales at se alkoholafhængighed og psykisk lidelse som en helhed og ikke som to forskellige lidelser. Behandlingen bør foregå i teams med relationel koordinering som fokus, i tæt samarbejde. At mennesker med dobbeltdiagnose har mange kontakter af forskellige grader kræver netop, at man ikke slipper den enkelte, før den næste behandler har godt fat.

Skulle høringsvaret give anledning til spørgsmål står DASYS og Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen  
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bent Hoeck  
Medlem af bestyrelsen

Til Sundhedsstyrelsen

Social- og Indenrigsministeriet har ikke bemærkninger til den fremsendte høring over national klinisk retningslinje om udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Mvh.

**Maria Schultz**

Fuldmægtig

Lovkoordinering og Internationale forhold



Till  
Sundhedsstyrelsen  
Projektledare Marie Jakobsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København 5  
Denmark

## **Peer review av National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse**

Jag har av Sundhedsstyrelsen fått det hedersamma uppdraget att granska utkastet om riktlinjer för utredning och behandling vid samtidig alkoholberoende och psykisk ohälsa.

Vi vet i dag att det är vanligt förekommande att personer med alkoholberoende kan ha samtidiga svårigheter med olika former av psykisk ohälsa och personer med psykisk ohälsa oftare än andra utvecklar problem med alkohol. En vanlig fråga som ställs är vilket tillstånd som föregår det andra. Forskningen ger stöd för flera förklaringsmodeller. Hos en del personer kan t.ex. alkoholproblemet i sig vara en anledning till att psykisk ohälsa har utvecklats, medan hos andra föregår psykisk ohälsa missbruket, och hos ytterligare andra finns ett samspel mellan dem båda som leder till att de förstärker varandra växelvis.

Det komplexa förhållandet mellan alkoholproblem och samtidiga psykiska sjukdomstillstånd innebär också att det finns en ökad risk för utveckling av ett sämre förlopp, där såväl missbruket som den psykiska ohälsan accelererar. Människor som har ett skadligt bruk/beroende av alkohol och samtidigt lider av psykisk ohälsa hör till en av samhällets mest utsatta grupper. Det är därför av största vikt att personer med den här typen av problematik *uppmärksammas tidigt* och att de erbjuds *samtidig* och *samordnad* behandling som inbegriper insatser för såväl missbruket som den psykiska ohälsan.

Sundhedsstyrelsen riktlinjer fyller således en mycket viktig funktion i arbetet med att upptäcka, utreda och behandla personer med samtidig alkoholberoende och psykisk ohälsa. Genom riktlinjerna får vi kunskap om evidensbaserade metoder och insatser och på så sätt kan kvalitén inom vård och behandling höjas för personer med samtidig alkoholberoende och psykisk ohälsa.

Arbetsgruppen som har utarbetat utkastet till riktlinjerna har varit väl sammansatta med bred kompetens inom området för alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Man har valt att göra några avgränsningar som t.ex. att rekommendationerna ("anbefalinger") gäller vuxna från 18 år och att inte inkludera studier med beroende av andra substanser (narkotika och beroendeframkallande läkemedel).

I arbetet med riktlinjerna har en referensgrupp getts möjlighet att granska utkastet. Även den har varit brett sammansatt med gedigen kompetens och/eller erfarenhet inom området alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

## **Styrka med riktlinjerna**

### *Från opsporing till behandling*

Ett av de kanske vanligaste problemen inom området alkoholafhængighed og psykisk lidelse är att patienter ”faller mellan stolarna”. Därför är det mycket uppskattat att man i detta arbete har undersökt evidensläget för opsporing, dvs. att man bör uppmärksamma och utreda om en person lider av psykisk ohälsa i samband med utredningen för alkoholproblemet. Och vice versa, vid psykisk ohälsa bör man undersöka om det finns ett samtidigt alkoholproblem. Det finns inga studier att utgå ifrån men konsensus i frågan har lätt till att Sundhedsstyrelsen menar att det ska vara en god praxis att göra samtidig utredning.

Likaså finns det ingen vetenskaplig evidens för integrerad/koordinerad behandling men Sundhedsstyrelsen ger rekommendationen att det är god praxis att ge samtidig och samordnad behandling till personer med alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Denna rekommendation är i enlighet med vad som rekommenderas i andra nationella riktlinjer, t.ex. i de norska och svenska riktlinjerna.

Det är också en styrka att man har undersökt vissa specifika insatser, som t.ex. dialektisk beteendeterapi, schematerapi och familj- och nätverksterapi som möjliga insatser vid samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Vidare har man prövat evidensen för att erbjuda efterbehandling/uppföljning. Det är föredömligt av Sundhedsstyrelsen att pröva frågan eftersom den kliniska erfarenheten ofta pekar åt det hållet men hur ser evidensläget ut egentligen.

I riktlinjerna har man valt att inkludera farmakologisk behandling och har då sökt evidens för om acamprosat eller naltrexon ska ges som tillägg till samtalsbehandlingen. Evidensläget är inte starkt men det är klokt av Sundhedsstyrelsen att ge en rekommendation att man ska överväga att ge någon av dessa läkemedel då det finns god evidens för att dessa läkemedel har god effekt på alkoholberoende.

Det är alltså föredömligt att man i riktlinjerna har undersökt evidensläget för opsporing, icke-farmakologisk behandling och farmakologisk behandling vid samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse och att man också undersökt evidensläget för efterbehandling/uppföljning.

### *Litteratursökning*

Av de bilagor jag erhållit är det tydligt att Sundhedsstyrelsen har gjort en gedigen och kvalificerad sökning av litteraturen för de aktuella frågor man ställt.

### *Evidens och rekommendationer*

Det är en styrka att man har använt sig av det internationella systemet GRADE för att undersöka evidensens styrka och kvalitet. Det underlättar läsningen och förståelsen av hur evidensen är framtagen och det kan enkelt relateras till andra länders riktlinjer. På sida 6 ges en beskrivning av de olika nivåerna av evidensen och av de rekommendationerna man ger. Detta illustreras med olika symboler (fyllda/ej fyllda ringar och pilar) vilket är mycket pedagogiskt. Lätt att förstå.



### *Centrale budskaber (s. 7)*

Sammanfattningen av de centrale budskaber är tydligt och klart.

### *Inledningen (s. 8-11)*

Den inledande texten under rubriken "Foremål" är bra. Den ger en tydlighet av vad som är målet (och behovet) med att ta fram dessa riktlinjer. Vidare sammanfattas det på ett tydligt sätt vilka avgränsningar som gjorts i arbetet med riktlinjerna och vem som är målgruppen för riktlinjerna. Det är en styrka att man vill nå ut till en bred grupp; t.ex. sjukvården, kommunens behandlingsinstitutioner, privatpraktiserande psykologer/psykiatriker, beslutsfattare men också till brukarna som söker information.

### *Bilagor (nr 1-10)*

Utmärkt att dessa finns med, ger en ökad tydlighet.

## **Oklarheter/svagheter med manuskriptet samt förslag på tillägg/ändringar**

### *Processen*

Jag saknar en text som beskriver processen med att ta fram riktlinjerna. Det finns omnämnt här och där i utkastet men inte samlat. Jag tolkar det som att det är arbetsgruppen som har gjort allt: från att bestämma vilka frågor som ska besvaras, avgränsningar, litteratursökningen, analys av artiklar, gjort PICO och GRADE, och sammanfattat slutresultatet. Sedan har slutresultatet stämts av mot en referensgrupp. Är det rätt uppfattat? Förslag är att tydliggöra processen någonstans i utkastet/i en bilaga.

### *Avgränsningar*

Flera olika typer av avgränsningar har gjorts, vilket är nödvändigt. Valet av att inte inkludera barn/ungdomar under 18 år är på sätt och vis begripligt men behöver motiveras tydligare eftersom det finns en stark efterfrågan om hur vi ska arbeta med unga personer som lider av samtidig alkoholafhængighet og psykisk lidelse. Nu står det endast att det inte varit möjligt att ge specifika rekommendationer.

### *Definition av och utfallsmått för psykisk lidelse*

Jag saknar ett avsnitt som tydliggör vad som menas med psykisk lidelse, dvs. hur definieras det? Nu inkluderas ett brett spektrum av olika psykiska sjukdomar (t.ex. ångest, affektiva sjukdomar, psykos) och personlighetsstörningar (t.ex. borderline) i underlaget för riktlinjerna. Har ni satt som krav att psykisk lidelse ska vara definierat utifrån ICD-10 (eller DSM-IV) vid beskrivningen av patientpopulationerna i de olika studier ni har granskat?

Det framgår inte heller vad som är utfallsmåttet (outcomes) för psykisk lidelse. Nu hänvisar man till bilaga 6, men den är för närvarande tom.

### *Behandlingsinriktningar*

Det framgår inte varför vissa utvalda psykosociala/psykologiska insatser har varit föremål för granskning, och varför andra insatser inte tas upp i riktlinjerna. De insatser som nu är inkluderade är dialektisk beteendeterapi, schematerapi, familje- och nätverksterapi och integrerande/uppsökande insatser (varför dessa är med motiveras väl). Men som läsare av texten är det alltså oklart varför inte andra icke-farmakologiska insatser som t.ex. Community Reinforcement Approach (CRA) och kognitiv beteendeterapi har studerats (insatser som är effektiva vid alkoholberoende och den senare framförallt vid affektiva sjukdomar och ångest).

Vidare kan det behövas en sammanfattande förklaring om vad respektive icke farmakologisk insats innehåller/omfattas av och vilken kompetens som behövs för att genomföra insatsen (t.ex. i en bilaga). Tror att det kan vara värdefullt med tanke på att dessa riktlinjer är till för en bred målgrupp med olika kunskaper om alkoholafhængighet og psykisk lidelse.

### *Systematisk opspring af psykisk lidelse*

Avsnitt 1.3: I stycke 2, sista meningen står det att eventuella symptom på psykisk lidelse bör monitoreras löpande. Förslag att tydliggöra vad som menas, dvs. avses specifika instrument?

### *Integreret/koordineret behandlingsforløb....*

Avsnitt 3.4, tredje stycket: här används nu ordet ” alkoholafhængighed och **komorbid** psykisk lidelse”. Om begreppet komorbid ska ingå behöver det definieras/tydliggöras.

### *Farmakologisk behandling av alkoholafhængighed (obs: lägg till ”og psykisk lidelse” i rubriken)*

Det framgår i utkastet att man inte har inkluderat disulfiram i sökningen, men det finns andra läkemedel som skulle kunna vara aktuella. Det finns till exempel viss evidens för att man kan erbjuda valproat som tillägg till litium för personer med alkoholberoende och samtidig bipolär sjukdom. Vidare finns det visst stöd för att ge atomoxetin till personer med alkoholberoende och samtidig ADHD (båda dessa rekommendationer finns i den svenska versionen av nationella riktlinjer, se Socialstyrelsens, 2015, sid. 65-67). Det bör framgå tydligare hur avgränsningen har gjorts och varför endast acamprosot och naltrexon har inkluderat.

### *Bilaga 1*

Stycke 1: Är det rätt uppfattat att ni har valt att definiera alkoholafhængighed utifrån ICD-10 kriterier? Hur förhåller sig denna avgränsning till er litteratursökning? Som bekant utgår ju de flesta vetenskapliga studier från DSM-IV. Antar att ni även har inkluderat studier som använt

DSM-IV? Det framgår i så fall inte i texten. Bör kanske också kommenteras att DSM-5 inte är aktuellt då det inte finns så många publicerade studier baserat på den uppdaterade versionen.

Stycke nr 2: man hänvisar till en amerikansk studie (Reiger et al., 1990) som visat på att 37 % av de alkoholberoende kommer att utveckla psykisk ohälsa någon gång i livet. Studien är 26 år gammal (!). En mer aktuell referens är nödvändigt, går att finna i t.ex. den nyutgivna boken "Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective" av G. Dom & F. Moggi (editors), Springer Verlag, 2015.

Stycke 3: ni skriver att alkoholberoende och psykisk ohälsa är förbundet med förvärrade psykiska symtom. Bör lägga till att det också kan ge upphov till somatiska komplikationer och att det kan bidra till för tidig död (se t.ex. studier av Jürgen Rehm och kollegor). Detta är även ett viktigt påpekande som bör lyftas fram i inledningen.

### *Bilaga 2*

Implementering är oerhört viktigt. Men för att få ett underlag över vad som ska/bör implementeras är det nödvändigt med någon form av analys av läget, t.ex. med hjälp av gap-analys. Det ger möjlighet att identifiera gapet mellan hur en verksamhet ser ut i dag och hur den kan förbättras (dvs. vilka nya åtgärden som ska implementeras). Förslag att Sundhedsstyrelsen ger någon slags rekommendation om att implementeringen bör föregås av en gap-analys.

### *Bilaga 3*

Bra med att betona vikten av monitorering, men det framgår inte i bilagan varför just dessa indikatorer är av vikt/lyfts fram av Sundhedsstyrelsen. Bör ges någon förklaring. Kommer Sundhedsstyrelsen ta del av dessa data som underlag att uppdatera riktlinjerna?

### *Bilaga 4*

Mycket bra med en sammanfattning över vad som behöver forskas på. Punkt 9 i listan tar upp vikten av långtidsstudier med ett minimum på 3 månader. Finns stöd för att uppföljning 3 månader inte ger särskilt mycket. Förslag att ni betonar att uppföljningen till och med kan ske senare, 6 månader senare (ännu bättre är 12 månader senare). Sista punkten i listan tar upp forskning om patientupplevelser. Bra att få med det perspektivet men upplevelse av vad? Bör tydliggöras.

### *Bilaga 7*

En reflektion: ni använder inte rekommendationen "FoU" (Forskning och Utveckling)? I de svenska riktlinjerna (2015) används denna rekommendation när det inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd, men indikationer på att åtgärden kan ha effekt. På så sätt stödjer Socialstyrelsen att åtgärden kan användas men inom ramen för forskning och utveckling.

## *Bilaga 9*

Kompetent arbetsgrupp. En reflektion är att arbetsgruppen består av 4 kvinnor och dubbelt så många män. Och att tre medlemmar är psykologer men det finns dubbelt så många läkare. Referensgruppen är bra sammansatt vad gäller profession och kön (10 män och 10 kvinnor), men jag kan inte se att det fanns med någon psykolog i referensgruppen?

## *Övrigt*

Har man undersökt litteraturen kring fysisk träning/aktivitet (på recept) i relation till alkoholafhængighed og psykisk lidelse? Finns (visst) stöd för att det har effekt på respektive tillstånd. Sannolikt att det då har effekt på båda tillstånden om de förekommer samtidigt, men det är kanske inte studerat?

*Sammanfattningsvis stödjer jag de rekommendationer som ges av Sundhedsstyrelsen angående udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.*

På uppdrag av Sundhedsstyrelsen,  
Göteborg den 24 november 2015



Claudia Fahlke,  
professor i hälsopsykologi, leg psykolog  
Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

Sundhedsstyrelsen  
Prosjektleder Marie Jakobsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København 5  
Danmark

Oslo, 2. desember 2015

## **Peer review av nasjonal klinisk retningslinje for utredning og behandling av samtidig alkoholavhengighet og psykisk lidelse**

Det at en nasjonal behandlingsretningslinje tar for seg dette temaet, er svært viktig. En praksisendring på dette feltet er nødvendig, og denne retningslinjen kan være en god måte å bidra til dette på.

Det er et svært avgrenset evidensgrunnlag på dette området, men det er allikevel - eller kanskje nettopp derfor – viktig at kunnskapsgrunnlaget og hva som anses å være god praksis blir synliggjort.

Arbeidsgruppen og referansegruppen synes å være bredt sammensatt på en god måte.

### **Manuskriptets styrker:**

- Det er et godt utvalg av sentrale anbefalinger på ulike områder av dette feltet
- Spørsmålene som stilles er relevante for nødvendig og målrettet endring av praksis
- Det er bra at retningslinjen retter seg mot hele spekteret av psykiske lidelser, i og med at legale rusmidler, som alkohol, er de vanligst misbrukte rusmidlene ved alle psykiske lidelser
- Det er videre viktig at retningslinjen også retter seg mot de alvorlige psykiske lidelsene, som psykoselidelsene, fordi disse pasientene har mindre grad av spontanremisjon enn de med de lettere psykiske lidelsene og i større grad er avhengig av å få behandling for å bedre tilstanden
- Det er viktig at målgruppen for retningslinjen er bred; både fagfolk i de ulike delene av tjenesteapparatet, pasienter, pårørende og beslutningstagere
- Retningslinjen viser til andre relevante publikasjoner som supplerer den heller enn at retningslinjen overlapper og gjentar allerede publisert litteratur
- Søkekriteriene favner bredt og de outcomes som er valgt ut, er relevante
- Det er bra at anbefaling 6.2 om familie- og nettverksorientert behandling er tatt med på tross av at evidensgrunnlaget kun består av en studie
- På samme måte er det bra at anbefaling 7.2 er tatt med på tross av lav evidens. Det er klart at det å arbeide oppsøkende vil gjøre at langt flere vil kunne nås av

behandlingstiltakene og det vil samtidig kunne forplikte behandlere til å arbeide mer fleksibelt

- Oppstillingen av forslag til forskningsområder er helt vesentlig. Kunnskapsgrunnlaget på dette feltet er generelt svært spinkelt, og det å foreslå områder for forskning i et systematisk og gjennomtenkt oppsett som dette, er viktig

#### **Manuskriptets vesentligste svakheter og mangler:**

- Målgruppen burde også ha omfattet ledere på alle nivåer i tjenesteapparatet, slik at retningslinjen kan forankres i ledelsen som er ansvarlig for tilbudene, organiseringen av tjenestene og implementeringen av retningslinjen
- Tydelige signaler om ansvar for at begge tilstandene, både alkohollidelsen og den psykiske lidelsen, blir adressert i behandlingen, ville kunne gjort mer for å sikre integrert og koordinert behandling gjennom at ansvaret for dette blir plassert på en forpliktende måte i ledelsen av de ulike behandlingstiltakene

#### **Eventuelle forslag til endringer:**

- Under pkt 1.3 kan det også vises til [www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no). Der finnes det elektronisk utfyllbare kartleggingsverktøy, som AUDIT, TWEAK og Alkohol E. I tillegg gis det der mye informasjon om motivasjonsbaserte samtaler
- Det kan vises til [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) der den norske behandlingsretningslinjen finnes i en elektronisk utgave med relevante linker
- Det bør vurderes om det også skal refereres tydeligere til integrering av CBT og MI, som er omtalt i den norske behandlingsretningslinjen, og som kunnskapsgrunnlaget for den norske retningslinjen viste var den mest lovende terapiformen. Et problem i valg av terapiform er at kunnskapsgrunnlaget er svært lite. Når dette kun er omtalt under kapittel 0.4, vil dette etter min vurdering bli understreket i for liten grad
- Additiv effekt for alkohol og legemidler bør nevnes kort under punkt 9.3, spesielt når det gjelder sedasjon og respirasjonsdeprivasjon
- Alkoholmisbruk og behandling med litium ved bipolar lidelse representerer en utfordring når det gjelder både compliance og veskebalanse, særlig med hensyn til varierende serumnivåer under og etter alkoholpåvirkning
- Alkoholmisbruk og samtidig behandling med clozapine mot schizofreni i kombinasjon kan føre til sirkulatorisk kollaps. Dette bør derfor problematiseres i kapittel 9
- Disulfiram og psykose bør også omtales, da det er kontraindisert å gi disulfiram ved schizofrene og depressive psykoser. Dersom en allikevel overveier å ordinere disulfiram til disse pasientene, må dette avveies nøye og dokumenteres i pasientens journal

Med hilsen

Lars Linderøth

Faglig rådgiver/spesialist i psykiatri

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

Vedlegg: Agree II