



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
UDREDNING OG BEHANDLING AF SAMTIDIG
ALKOHOLAFHÆNGIGHED OG PSYKISK LIDELSE

2016

National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 08.02.2016

Format: PDF

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2016.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-742-4

Indhold

Centrale budskaber	7
0. Indledning	9
0.1 Formål	9
0.2 Afgrænsning af patientgruppe	9
0.3 Målgruppe/brugere	10
0.4 Emneafgrænsning	10
0.5 Patientperspektivet	13
0.6 Juridiske forhold	13
1. Identifikation af psykisk lidelse	14
1.1 Fokuseret spørgsmål 1	14
1.2 Anbefaling	14
1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	14
1.4 Baggrund for valg af spørgsmål	14
1.5 Litteratur	15
1.6 Arbejdsgruppens overvejelser	15
1.7 Rationale for anbefaling	16
2. Identifikation af alkoholafhængighed	17
2.1 Fokuseret spørgsmål 2	17
2.2 Anbefaling	17
2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	17
2.4 Baggrund for valg af spørgsmål	17
2.5 Litteratur	18
2.6 Arbejdsgruppens overvejelser	18
2.7 Rationale for anbefaling	19
3. Integreret/koordineret behandlingsforløb	20
3.1 Fokuseret spørgsmål 3	20
3.2 Anbefaling	20
3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	20
3.4 Baggrund for valg af spørgsmål	20
3.5 Litteratur	21
3.6 Arbejdsgruppens overvejelser	22
3.7 Rationale for anbefaling	22
4. Ambulant behandling og døgnbehandling	23
4.1 Fokuseret spørgsmål 4	23
4.2 Anbefaling	23
4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	23
4.4 Baggrund for valg af spørgsmål	23
4.5 Litteratur	24
4.6 Arbejdsgruppens overvejelser	24
4.7 Rationale for anbefaling	25
5. Dialektisk adfærdsterapi (DAT) og dobbeltfokuseret skematerapi	26
5.1 Fokuseret spørgsmål 5	26
5.2 Anbefaling	26
5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	26
5.4 Baggrund for valg af spørgsmål	26
5.5 Litteratur	27
5.6 Gennemgang af evidensen	27
5.7 Arbejdsgruppens overvejelser	28
5.8 Rationale for anbefaling	28
5.9 Evidensprofil	29

6.	Familie-/netværksorienteret behandling	31
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	31
6.2	Anbefaling	31
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	31
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	31
6.5	Litteratur	32
6.6	Gennemgang af evidensen	32
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	32
6.8	Rationale for anbefaling	33
6.9	Evidensprofil	34
7.	Udgående/opsøgende indsatser	36
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	36
7.2	Anbefaling	36
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	36
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	36
7.5	Litteratur	37
7.6	Gennemgang af evidensen	37
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	37
7.8	Rationale for anbefaling	38
7.9	Evidensprofil	39
8.	Efterbehandling/opfølgning	40
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	40
8.2	Anbefaling	40
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	40
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	40
8.5	Litteratur	41
8.6	Gennemgang af evidensen	41
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	41
8.8	Rationale for anbefaling	41
9.	Acamprosot og naltrexon	42
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	42
9.2	Anbefaling	42
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	42
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	43
9.5	Litteratur	43
9.6	Gennemgang af evidensen	43
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	44
9.8	Rationale for anbefaling	45
9.9	Evidensprofil	46
9.10	Anneks: Evidenstabel over skadevirkninger	48
10.	Referenceliste	49
	Bilag	53
	Bilag 1: Baggrund	54
	Bilag 2: Implementering	55
	Bilag 3: Monitorering	57
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	58
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	59
	Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	60

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	61
Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger	64
Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	65
Bilag 10: Forkortelser og begreber	68

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se [bilag 5](#).

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, 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 større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

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. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

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.

God praksis √

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. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Centrale budskaber

Identifikation

√ Det er god praksis systematisk at identificere psykisk lidelse i forbindelse med udredning og behandling af alkoholafhængighed.

√ Det er god praksis systematisk at identificere alkoholafhængighed ved udredning og behandling af psykisk lidelse.

Integreret/koordineret behandlingsforløb

√ Det er god praksis at tilbyde integreret/koordineret behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Ambulant behandling og døgnbehandling

√ Det er god praksis, at ambulant behandling og døgnbehandling kombineres i behandlingsforløb for personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, som i perioder har vanskeligt ved at møde op til ambulant behandling.

Dialektisk adfærdsterapi (DAT) og dobbeltfokuseret skematerapi

↑ Overvej at tilbyde DAT til personer med samtidig alkoholafhængighed og borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde dobbeltfokuseret skematerapi til personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).

Familie-/netværksorienteret behandling

↑ Overvej at tilbyde familie-/netværksorienteret behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykotiske lidelser (⊕○○○).

√ Det er god praksis at tilbyde familie-/netværksorienteret behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og øvrige psykiske lidelser.

Udgående/opsøgende indsatser

↑ Overvej at tilbyde integrerede udgående/opsøgende indsatser til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, som er i behandling (⊕○○○).

Efterbehandling/opfølgning

↑ Overvej at tilbyde efterbehandling/opfølgning til personer med samtidig alkoholafhængighed og affektiv lidelse, angstlidelse og/eller adfærdsforstyrrelse (⊕○○○).

√ Det er god praksis at tilbyde efterbehandling/opfølgning til personer med samtidig alkoholafhængighed og øvrige psykiske lidelser.

Acamprosats og naltrexon

↑ Overvej at tilbyde acamprosats eller naltrexon i tillæg til samtalebehandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og affektiv lidelse, angstlidelse eller psykotisk lidelse (⊕○○○).

√ Det er god praksis at tilbyde acamprosats eller naltrexon i tillæg til samtalebehandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og øvrige psykiske lidelser.

0 Indledning

0.1 Formål

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. Der er derfor behov for at afklare, hvordan denne gruppe udredes og behandles mest effektivt.

På denne baggrund er det besluttet at udarbejde en national klinisk retningslinje for udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Formålet med retningslinjen er at beskrive den foreliggende evidens og komme med anbefalinger for udvalgte elementer inden for udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Målet er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, at medvirke til hensigtsmæssige udrednings- og behandlingsforløb for den enkelte og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering mellem indsatser.

0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Retningslinjen omhandler behandling af voksne over 18 år med samtidig alkoholafhængighed (se kriterier for alkoholafhængighed i bilag 1) og psykisk lidelse. Retningslinjen retter sig mod en bred gruppe af psykiske lidelser, heriblandt affektive lidelser, angstlidelser, psykotiske lidelser, ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), adfærdsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser.

Retningslinjen inkluderer studier, der definerer alkoholafhængighed og psykisk lidelse ud fra klassifikationssystemerne ICD-10 eller DSM-IV/DSM-V (se bilag 10 om forkortelser og begreber anvendt i retningslinjen).

Arbejdsgruppen har valgt at fokusere på voksne over 18 år. Det har ikke været muligt inden for rammerne for udarbejdelse af retningslinjen at give specifikke anbefalinger til børn og unge under 18 år.

En mindre andel af de personer, som henvender sig i alkoholbehandlingsinstitutioner, opfylder ikke kriterierne for alkoholafhængighed, men har et skadeligt forbrug af alkohol (se beskrivelse af skadeligt forbrug i bilag 1). Disse personer er generelt også omfattet af retningslinjen. Dog vedrører anbefalingen om acamprosat og naltrexon kun personer, der opfylder kriterierne for alkoholafhængighed (kapitel 9).

Retningslinjen retter sig mod udredning og behandling af personer, hvor alkoholafhængighed er hovedproblemet snarere end afhængighed af andre rusmidler eller illegale stoffer. I de tilfælde, hvor stofafhængighed er hovedproblemet, henvises til Socialstyrelsens vidensportalstema vedr. personer med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, som er offentliggjort ultimo 2015 på vidensportal.dk.

0.3 Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig til en bred vifte af professionelle, som beskæftiger sig med alkoholafhængighed og/eller psykisk lidelse, såsom læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, pædagoger mv. Retningslinjen er relevant for behandlere i det regionale sundhedsvæsen, behandlere i kommunale alkoholbehandlingsinstitutioner, privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt alment praktiserende læger mv. Endvidere er den relevant for ledere i såvel kommunalt som regionalt regi.

Retningslinjen er desuden relevant for personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse samt pårørende, der ønsker information om udredning og behandling.

Herudover henvender retningslinjen sig til beslutningstagere på området og kan tjene som information til andre involverede parter.

0.4 Emneafgrænsning

Denne nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'), som er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen har udvalgt områder, hvor arbejdsgruppen vurderer, at der er et stort behov for at få afklaret evidensen. Arbejdsgruppen har generelt valgt at prioritere at undersøge interventioner, som enten allerede benyttes i en dansk kontekst, men hvor arbejdsgruppen vurderer, at der er behov for at afklare evidensgrundlaget, eller interventioner, som benyttes i udlandet, og hvor der skønnes at være evidens, men hvor disse interventioner endnu ikke praktiseres i Danmark. Arbejdsgruppen har også valgt at undersøge områder, som ikke allerede er belyst i andre retningslinjer, men som kan være relevante i en dansk kontekst. Arbejdsgruppen har omvendt valgt ikke at undersøge områder, hvor internationale retningslinjer allerede har undersøgt og fundet evidens for relevante interventioner, og hvor arbejdsgruppen samtidig vurderer, at disse interventioner aktuelt anvendes i Danmark.

Der er således ikke tale om en udtømmende beskrivelse af evidensbaseret udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, og retningslinjen er ikke en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløbet. Retningslinjen bør ses som et tillæg til øvrig litteratur på området, herunder bl.a.:

Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (NICE, Storbritannien, 2011)⁽¹⁾

Clinical Practice Guideline for Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness (Ministry of Science and Innovation, Spanien, 2009)⁽²⁾

Good Clinical Practice in the Recognition and Treatment of ADHD in (Young) Adults with Addiction Problems (Forum for Addiction Medicine, Belgien, 2009)⁽³⁾

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus og psykisk lidelse – ROP lidelser (Norge, Helsedirektoratet, 2012)⁽⁴⁾

Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and management in adults and young people (NICE, Storbritannien, 2011)⁽⁵⁾

S3-Leitlein "Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung" (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Tyskland, 2015)⁽⁶⁾

National Klinisk Retningslinje for Behandling af alkoholafhængighed (Sundhedsstyrelsen, Danmark, 2015)⁽⁷⁾

Det skal samtidig understreges, at behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse i høj grad er tværfaglig. De dele af behandlingsindsatsen, som retningslinjen undersøger, kan således ikke stå alene.

De ni fokuserede spørgsmål, som er blevet undersøgt i denne retningslinje, kan inddeles i fire temaer:

Identifikation

- Bør man systematisk identificere psykisk lidelse hos personer, der udredes eller behandles for alkoholafhængighed? (PICO 1)
- Bør man systematisk identificere alkoholafhængighed i forbindelse med udredning og behandling af psykisk lidelse? (PICO 2)

Tilrettelæggelse af behandling

- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes et integreret/koordineret behandlingsforløb frem for et sekventielt behandlingsforløb? (PICO 3)
- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes døgnbehandling frem for ambulante behandling? (PICO 4)

Ikke-farmakologisk behandling

- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse tilbydes dialektisk adfærdsterapi (DAT) eller dobbeltfokuseret skematerapi frem for vanlig alkoholbehandling? (PICO 5)
- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes familie-/netværksorienteret behandling frem for individuel behandling? (PICO 6)
- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes udgående/opsøgende indsatser frem for vanlige indsatser? (PICO 7)
- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes efterbehandling/opfølgning? (PICO 8)

Farmakologisk behandling af alkoholafhængighed ved samtidig psykisk lidelse

- Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes samtalebehandling kombineret acamprosat eller naltrexon for deres alkoholafhængighed frem for samtalebehandling alene? (PICO 9)

Begrundelser for de udvalgte problemstillinger beskrives i de enkelte kapitler. Eftersom retningslinjen kun beskæftiger sig med udvalgte områder af udrednings- og behandlingsindsatsen, er der foretaget en række fravalg.

F.eks. er det ikke undersøgt, hvilke specifikke screeningsværktøjer der bør anvendes til identifikation af alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Dette område er belyst i en norsk retningslinje⁽⁴⁾.

Effekten af henholdsvis kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtaler er heller ikke undersøgt, da effekten af begge behandlingstiltag er velundersøgt i andre retningslinjer⁽⁴⁻⁶⁾. Disse retningslinjer anbefaler samstemmende, at personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtaler.

Effekten af behandlingsindsatser som Community Reinforcement Approach (CRA), Contingency Management og psykodynamisk terapi er ligeledes ikke undersøgt. Disse indsatser er belyst i en retningslinje fra NICE⁽¹⁾.

Retningslinjen har kun undersøgt udvalgte former for farmakologisk behandling af alkoholafhængighed (acamprosat og naltrexon). Effekten af disulfiram undersøges f.eks. ikke; her henvises i stedet til den nationale kliniske retningslinje om alkoholbehandling⁽⁷⁾.

Ligeledes undersøges effekten af psykofarmaka målrettet den psykiske lidelse heller ikke; her henvises til relevante nationale kliniske retningslinjer og vejledninger for de enkelte psykiske lidelser.

Tiltag vedr. fysisk træning/aktivitet er belyst i en norsk retningslinje⁽⁴⁾, og effekten af akupunktur er undersøgt i en retningslinje fra NICE⁽¹⁾. Ingen af disse områder undersøges i nærværende retningslinje.

Arbejdsgruppen har valgt at inkludere en bred gruppe af psykiske lidelser i søgningen efter studier vedr. de enkelte fokuserede spørgsmål bortset fra i kapitel 5, hvor to interventioner målrettet samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelser undersøges. De to interventioner er valgt, fordi de er specielt målrettet personer med både stof- eller alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Endvidere er personlighedsforstyrrelser den gruppe af psykiske lidelser, der hyppigst forekommer sammen med alkoholafhængighed (se bilag 1).

Til vurdering af effekter har arbejdsgruppen valgt at fokusere på de outcomes (udfald), som arbejdsgruppen skønner vigtigst. Alle outcomes fra de forskellige kliniske studier er derfor ikke rapporteret i denne retningslinje. Arbejdsgruppen har vurderet, at frafald fra behandlingen er et kritisk outcome ved alle de fokuserede spørgsmål, fordi frafald antages at påvirke de øvrige outcomes. Frafald fra behandlingen er derfor på forhånd prioriteret højere end de øvrige outcomes. Symptomer på psykisk lidelse, alkoholbrug, selvmordsadfærd, afholdenhed, tid til recidiv, livskvalitet og funktionsevne er alle vigtige outcomes. Derudover er der for enkelte interventioner identificeret outcomes, som er specifikke for den pågældende intervention. En samlet liste over de fokuserede spørgsmål samt de valgte outcomes findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([se bilag 6](#)).

Evidensgrundlaget for denne retningslinje er spinkelt, da der er gennemført forholdsvis få studier vedr. udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der lever op til GRADE-kriterierne (jf. bilag 5). Der er i søgningen efter litteratur for hvert fokuseret spørgsmål søgt efter både randomiserede kontrollerede forsøg og observationelle studier. Arbejdsgruppen ønsker derfor at understrege, at der er behov for mere forskning på området.

De nationale kliniske retningslinjer har pr. definition ikke til opgave at afklare spørgsmål vedr. økonomi, visitation og organisering. Denne retningslinje forholder sig derfor ikke til, hvem der skal foretage udredning og behandling af personer med samtidig alkoholaf-

hængighed og psykisk lidelse, hvilket ellers er en central problematik, idet alkoholafhængighed og psykisk lidelse i mange tilfælde behandles i forskellige behandlingsinstitutioner. For at sikre retningslinjens relevans i alle sektorer er både arbejdsgruppen og referencegruppen sammensat bredt med deltagelse fra alle involverede sektorer og med repræsentation af mange faggrupper (se bilag 9).

0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet. I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via Psykiatrifonden, Landsforeningen SIND, Bedre Psykiatri og Landsforeningen af nuværende og tidligere brugere af psykiatrien, som har udpeget medlemmer til den nedsatte referencegruppe. Udkast til retningslinje har desuden været sendt i bred offentlig høring, hvor alle interesserede har haft mulighed for at afgive høringssvar. Se medlemmer af referencegruppen og høringsparter i bilag 9.

0.6 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 patienter/pårørende 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 patientens situation.

1 Identifikation af psykisk lidelse

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør man systematisk identificere psykisk lidelse hos personer, der udredes eller behandles for alkoholafhængighed?

1.2 anbefaling

✓ **Det er god praksis systematisk at identificere psykisk lidelse i forbindelse med udredning og behandling af alkoholafhængighed.**

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen gælder for alle, der udredes eller behandles for alkoholafhængighed. De hyppigst forekomne psykiske lidelser sammen med alkoholafhængighed er affektive lidelser, angstlidelser, personlighedsforstyrrelser samt psykotiske lidelser^(8,9). Der bør derfor systematisk screenes for disse lidelser i alkoholbehandlingsinstitutioner og andre psykiske lidelser, herunder ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Screeningen bør foretages så tidligt, som eventuelle abstinenssymptomer tillader, dvs. når abstinenserne er overstået, samt suppleres, når det undervejs i øvrigt skønnes relevant. Eventuelle symptomer på psykisk lidelse bør monitoreres løbende. Behandlere bør være opmærksomme på, at symptomer forårsaget af alkoholafhængighed kan minde om symptomer på psykisk lidelse.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der anvendes validerede screeningsværktøjer. Eftersom arbejdsgruppen ikke har sammenlignet viften af screeningsværktøjer eller undersøgt, hvilke kompetencer de enkelte screeningsværktøjer forudsætter, kan arbejdsgruppen ikke fremhæve ét eller flere screeningsværktøjer på bekostning af andre. I stedet henvises til en norsk retningslinje, som har undersøgt anvendeligheden af forskellige screeningsværktøjer til personer med rusmiddelafhængighed og psykisk lidelse⁽⁴⁾.

Screeningen skal følges op af relevant handling. Screening er forskellig fra diagnosticering og går forud for denne proces. Screening kan derfor ikke bruges til at stille en diagnose, men har alene til formål at identificere personer, som skal udredes yderligere.

Identifikation af psykisk lidelse bør få indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlingen og kan eksempelvis resultere i en henvisning til andre samarbejdspartnere, hvis der er behov for det.

Som udgangspunkt bør både alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse adresseres i det samlede behandlingsforløb (se kapitel 3).

En person bør ikke afvises fra alkoholbehandling, fordi vedkommende også har psykisk lidelse.

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

En række studier har vist, at personer med alkoholafhængighed har en øget risiko for at udvikle psykisk lidelse^(8,10) (se bilag 1 for en mere detaljeret beskrivelse af prævalens). Tilstedeværelsen af ubehandlet komorbid psykisk lidelse kan reducere effekten af alko-

holbehandlingen⁽¹¹⁾, herunder medføre dårligere overholdelse af behandlingen (*compliance*)⁽¹²⁾ og øge risikoen for tilbagefald⁽¹⁰⁾.

Arbejdsgruppen ønskede på denne baggrund at undersøge, om en systematisk identifikation af psykisk lidelse i forbindelse med udredning eller behandling af alkoholafhængighed giver et bedre udbytte af alkoholbehandlingen.

En retningslinje fra NICE⁽⁵⁾ har undersøgt, hvilke elementer der bør indgå i udredningen af samtidig rusmiddelafhængighed og psykotisk lidelse, og hvorvidt udredningen bør tilpasses forskellige kontekster og subgrupper. Retningslinjen fandt ingen evidens, der kunne besvare dette spørgsmål. Forfatterne giver en praksisanbefaling, hvor de anbefaler, at personer med samtidig rusmiddelafhængighed og psykotisk lidelse, der er i stofmisbrugs-/alkoholbehandling, får en omfattende udredning af deres psykiske lidelse.

En anden retningslinje fra NICE⁽¹⁾ anbefaler også, at komorbid psykisk lidelse vurderes og tages højde for i behandlingen af alkoholafhængighed.

1.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen studier, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

1.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>En ikke erkendt psykisk lidelse kan reducere effekten af alkoholbehandling gennem dårligere overholdelse af behandlingen (<i>compliance</i>) og øget risiko for frafald og tilbagefald. Derfor forventes bedre effekt af alkoholbehandlingen, hvis komorbid psykisk lidelse udredes og behandles.</p> <p>Identifikation af psykisk lidelse kan indebære en risiko for over-/underbehandling som følge af falsk positive/negative resultater. Der kan endvidere være risiko for, at nogle personer ekskluderes fra alkoholbehandlingen ved identifikation af psykisk lidelse, hvilket dog vil bryde med god klinisk praksis. Ellers ingen kendte skadevirkninger.</p>

Patientpræferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at de fleste personer, der henvender sig i en alkoholbehandlingsinstitution for at blive behandlet for alkoholafhængighed, formentlig gerne vil fortælle om eventuel psykisk lidelse, hvis de gøres opmærksom på sammenhængen mellem alkoholafhængighed og psykisk lidelse, og hvis behandleren agerer respektfuldt og fordomsfrit.

Andre overvejelser

Identifikation af psykisk lidelse i forbindelse med udredning og behandling af alkoholafhængighed forudsætter efteruddannelse og opkvalificering af personale.

Den anvendte model til identifikation af psykisk lidelse skal tilpasses populationen.

1.7 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at identifikation og behandling af psykisk lidelse vurderes at øge effekten af alkoholbehandlingen. Der er en risiko for over/underbehandling som følge af falsk positive/negative resultater. Denne risiko kan defineres nærmere og begrænses ved anvendelse af validerede screeningsværktøjer. Endvidere er der risiko for, at nogle personer afvises fra alkoholbehandlingen ved identifikation af psykisk lidelse, hvilket dog vil bryde med god klinisk praksis. Anbefalingen er baseret på konsensus, da der ikke er fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.

2 Identifikation af alkoholafhængighed

2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør man systematisk identificere alkoholafhængighed i forbindelse med udredning og behandling af psykisk lidelse?

2.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis systematisk at identificere alkoholafhængighed ved udredning og behandling af psykisk lidelse.**

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen gælder for en bred række psykiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, angstlidelser, psykotiske lidelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Alkoholafhængighed forekommer hyppigst sammen med personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, angstlidelser og psykotiske lidelser^(8,9) og kan i sig selv medføre psykiske symptomer. Det er derfor relevant at identificere alkoholafhængighed i forbindelse med udredning og behandling af disse lidelser, men også ved andre psykiske lidelser, herunder ADHD og adfærdsforstyrrelser, sådan at adækvat behandling kan iværksættes, og fejlbehandling kan undgås. Behandlere bør være opmærksomme på, at symptomer på alkoholafhængighed og psykisk lidelse kan minde om hinanden, hvilket kun understreger vigtigheden af at screene for alkoholafhængighed, så denne identificeres.

Screeningen bør foretages i udredningsfasen og suppleres undervejs i behandlingsfasen. Studier har vist, at personer svarer ærligt på spørgsmål om deres brug af rusmidler, hvis de føler sig trygge sammen med behandleren⁽¹³⁾.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der anvendes validerede screeningsværktøjer såsom AUDIT. AUDIT anbefales også i den tidligere nævnte norske retningslinje⁽⁴⁾.

Screeningen skal følges op af relevant handling. Screening er forskellig fra diagnosticering og går forud for denne proces. Screening kan derfor ikke bruges til at stille en diagnose, men har alene til formål at identificere personer, som skal udredes yderligere.

Identifikation af alkoholafhængighed bør få indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlingen og kan eksempelvis resultere i en henvisning til andre samarbejdspartnere, hvis der er behov for det.

Som udgangspunkt bør både alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse adresseres i det samlede behandlingsforløb (se kapitel 3).

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

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er en stor forekomst af alkoholafhængighed blandt personer med psykisk lidelse⁽¹⁴⁾ (se bilag 1 for en mere detaljeret beskrivelse af prævalens). Ubehandlet komorbid alko-

holafhængighed øger bl.a. risikoen for tilbagefald, resulterer i flere (gen)indlæggelser og reducerer muligheden for at komme sig⁽¹⁵⁾.

Arbejdsgruppen ønskede på den baggrund at undersøge, om identifikation af alkoholafhængighed i udredning og behandling af psykisk lidelse giver et bedre udbytte af behandlingen af den psykiske lidelse.

En retningslinje fra NICE⁽⁵⁾ har undersøgt, hvilke elementer der bør indgå i identifikationen af samtidig rusmiddelafhængighed og psykotisk lidelse, og hvorvidt udredningen bør tilpasses forskellige kontekster og subgrupper. Retningslinjen fandt ingen evidens på området. Forfatterne giver en praksisanbefaling, hvor de anbefaler, at personer med samtidig rusmiddelafhængighed og psykotisk lidelse, der er i behandling for deres psykiske lidelse, samtidig får vurderet deres tidligere og nuværende brug af stoffer og alkohol.

2.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen studier, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

2.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der forventes bedre effekt af behandlingen af den psykiske lidelse, hvis alkoholafhængighed udredes og behandles. Identifikation af alkoholafhængighed kan indebære en risiko for over-/underbehandling som følge af falsk positive/negative resultater. Der kan endvidere være risiko for, at nogle personer ekskluderes fra behandlingen af den psykiske lidelse ved identifikation af alkoholafhængighed, hvilket dog vil bryde med god klinisk praksis. Ellers ingen kendte skadevirkninger.
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen vurderer, at de fleste personer, der udredes eller behandles for en psykisk lidelse, formentlig gerne vil fortælle om evt. alkoholafhængighed, hvis de gøres opmærksom på sammenhængen mellem alkoholafhængighed og psykisk lidelse, og hvis behandleren agerer respektfuldt og fordomsfrit.

Andre overvejelser

Identifikation af alkoholafhængighed i forbindelse med udredning og behandling af psykisk lidelse forudsætter efteruddannelse og opkvalificering af personale.

2.7 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at identifikation og behandling af alkoholafhængighed vurderes at mindske frafald fra behandlingen af den psykiske lidelse samt bidrage til at undgå fejlbehandling. Der er en risiko for over-/underbehandling som følge af falsk positive/negative resultater. Denne risiko kan defineres nærmere og begrænses ved anvendelse af validerede screeningsværktøjer, og hvis screeningen gennemføres efter en eventuel abstinensfase. Endvidere er der risiko for, at nogle personer afvises fra behandlingen af den psykiske lidelse ved identifikation af alkoholafhængighed, hvilket dog vil bryde med god klinisk praksis. Anbefalingen er baseret på konsensus, da der ikke er fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.

3 Integreret/koordineret behandlingsforløb

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes et integreret/koordineret behandlingsforløb frem for et sekventielt behandlingsforløb?

3.2 Anbefaling

√ **Det er god praksis at tilbyde integreret/koordineret behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.**

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen gælder for en bred række psykiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, angstlidelser, psykotiske lidelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Psykiske symptomer kan fluktuere og forandre sig, særligt i begyndelsen af behandlingsforløbet, og bør derfor monitoreres nøje. Forandringer i personens alkoholafhængighed og/eller psykiske lidelse bør få indflydelse på behandlingsforløbet.

Praktiske hensyn kan afgøre, om behandlingen skal være integreret eller koordineret, f.eks. personalets kompetencer eller den fysiske afstand mellem behandlingsinstitutioner. For personer med påvirket funktionsevne vil integreret behandling formentlig være mest hensigtsmæssig.

Det er vigtigt at bemærke, at behandlingsforløbet bør tilrettelægges sammen med modtageren af behandlingen, dvs. personen med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, og at det er behandlerne, der har ansvaret for at koordinere behandlingen.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Flere personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse oplever, at deres psykiske symptomer giver anledning til alkoholindtagelse. Samtidig kan personer med alkoholafhængighed opleve, at den psykiske lidelse ikke kan blive udredt eller behandlet på grund af deres alkoholafhængighed.

Arbejdsgruppen ønskede på den baggrund at undersøge effekten af henholdsvis integreret/koordineret behandling sammenlignet med sekventiel behandling.

En sekventiel behandlingstilgang indebærer, at alkoholafhængigheden (eller den psykiske lidelse) behandles først, hvorefter den psykiske lidelse (eller alkoholafhængigheden) udredes og behandles.

Ved integreret/koordineret behandling adresseres både alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse samtidigt i ét sammenhængende behandlingsforløb⁽¹⁶⁾. Integreret behandling indebærer, at begge lidelser behandles samtidigt af én behandlingsinstitution. Koordineret behandling indebærer, at begge lidelser behandles samtidigt, men af flere behandlingsinstitutioner, der indbyrdes koordinerer behandlingsforløbet⁽¹⁶⁾.

En tysk retningslinje fra 2015⁽⁶⁾ har undersøgt samme fokuserede spørgsmål og kommer med den praksisanbefaling, at personer med alkoholafhængighed og psykisk lidelse bør tilbydes behandling for begge lidelser i samme behandlingsregi. I de tilfælde, hvor dette ikke er muligt, bør behandlingen være koordineret og evt. indebære case management. Anbefalingen gælder både for komorbid affektiv lidelse, angstlidelse, psykotisk lidelse, PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) og ADHD.

Yderligere tre retningslinjer har undersøgt et fokuseret spørgsmål, der minder om nærværende, men hvor sammenligningsbehandlingen ikke er sekventiel behandling.

Den ene er en norsk retningslinje⁽⁴⁾. Denne retningslinje undersøgte effekten af integreret behandling over for ikke-integreret behandling. Sidstnævnte indebærer vanlig alkoholbehandling og case management. Retningslinjen anbefaler, at behandlingen af komorbid stof-/alkoholafhængighed og psykisk lidelse foregår på grundlag af en integreret og samlet plan.

Den anden er en spansk retningslinje⁽²⁾. Denne retningslinje undersøgte integreret behandling overfor parallel behandling. Parallel behandling indebærer, at alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse behandles samtidigt, men i to forskellige behandlingsinstitutioner, der ikke koordinerer behandlingen indbyrdes. Retningslinjen fandt ingen forskel mellem de to behandlingstilgange og anbefaler, at personer med stof-/alkoholafhængighed og svær psykisk lidelse tilbydes behandling for begge lidelser, enten på en integreret eller parallel måde.

Den tredje er en retningslinje fra NICE⁽⁵⁾, som undersøgte effekten af integreret behandling overfor ikke-integreret behandling. Sidstnævnte indebærer ikke-integreret opsøgende behandling og standard case management. NICE anbefaler, at behandlingen af misbrug med psykiatrisk komorbiditet er integreret, evt. i socialpsykiatrisk regi. Ved svær alkoholafhængighed eller blandingsmisbrug bør det overvejes at indlede et samarbejde med alkoholbehandlingsinstitutioner, dvs. en koordineret behandling.

Retningslinjen om alkoholbehandling fra NICE⁽¹⁾ anbefaler, at såfremt personer med komorbid alkoholafhængighed og psykisk lidelse ikke oplever en signifikant reduktion af deres psykiske symptomer efter en relativ kort periode med afholdenhed fra alkohol (typisk tre til fire uger), bør man overveje at tilbyde eller henvise til specifik behandling af den psykiske lidelse.

Arbejdsgruppen vurderer, at det er kendt viden, at både alkoholafhængigheden og den psykiske lidelse bør behandles. Arbejdsgruppen undersøger derfor ikke, om integreret behandling er bedre end alkoholbehandling alene eller psykiatrisk/psykosocial behandling alene, men i stedet om begge problematikker skal adresseres samtidigt, eller om den ene skal adresseres før den anden.

3.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen studier, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

Som nævnt ovenfor har en tysk retningslinje fra 2015⁽⁶⁾ undersøgt samme fokuserede spørgsmål. Den tyske retningslinje gennemsøgte litteraturen til og med sommeren 2012 og fandt ikke nogen studier, der kunne besvare spørgsmålet. Arbejdsgruppen opdaterede denne litteratursøgning, men fandt fortsat ingen evidens.

3.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Det forventes, at integreret/koordineret behandling vil forebygge frafald fra behandlingen og tilbagefald. Endvidere kan integreret/koordineret behandling mindske risiko for polyfarmaci, eftersom personen med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse ikke har flere uafhængige behandlingsforløb sideløbende.</p> <p>Der er ingen kendte skadevirkninger.</p>
Patientpræferencer	<p>Ikke alle personer i behandling for en psykisk lidelse vil være interesserede i at arbejde med evt. alkoholafhængighed. Det må også forventes, at nogle personer ikke er opmærksomme på, at deres alkoholafhængighed påvirker deres psykiske symptomer. I sådanne situationer er der behov for, at behandleren rådgiver personen.</p>
Andre overvejelser	<p>Der kan være organisatoriske udfordringer, hvilket bl.a. kan løses ved hjælp af samarbejdsaftaler med andre behandlingsinstitutioner.</p> <p>Der kan være behov for kompetenceudvikling/opkvalificering af personale.</p>

3.7 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at integreret/koordineret behandling forventes at forebygge frafald fra behandlingen og tilbagefald. Endvidere formodes integreret/koordineret behandling at mindske risiko for polyfarmaci, eftersom personen med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse ikke har flere uafhængige behandlingsforløb sideløbende. Der er ingen kendte skadevirkninger ved integreret/koordineret behandling, men det vil ikke være alle personer i behandling for en psykisk lidelse, som er interesserede i at arbejde med evt. alkoholafhængighed. Anbefalingen er baseret på konsensus, da der ikke er fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.

4 Ambulant behandling og døgnbehandling

4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes døgnbehandling frem for ambulant behandling?

4.2 anbefaling

√ **Det er god praksis, at ambulant behandling og døgnbehandling kombineres i behandlingsforløb for personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der i perioder har vanskeligt ved at møde op til ambulant behandling.**

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen gælder for en bred række psykiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, angstlidelser, psykotiske lidelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Ambulant behandling og døgnbehandling bør ikke ses som to alternativer, men i stedet som elementer, der kan kombineres i et sammenhængende behandlingsforløb efter behov. Døgnbehandling bør ikke betragtes som et selvstændigt behandlingsforløb eller som en akut foranstaltning.

I behandlingsforløb for personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse bør både den ambulante behandling og døgnbehandlingen arbejde dobbeltfokuseret og integreret ud fra behandlingsprincipper, der understøtter hinanden (se kapitel 3).

Særligt personer, der i perioder har vanskeligt ved at møde op til ambulant behandling, kan formentlig have gavn af et behandlingsforløb, der kombinerer ambulant behandling og døgnbehandling. Det kan f.eks. være personer med gentagne afbrudte ambulante behandlinger bag sig, personer, der ikke er sufficient udredt for psykisk lidelse, og personer, hvis psykiske lidelse giver sig udslag i påvirket funktionsevne.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

En forholdsvis stor andel af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse har flere fejlslagne ambulante behandlingsforløb bag sig.

Arbejdsgruppen ønskede på denne baggrund at undersøge, om der er større effekt af behandlingsforløb, hvor ambulant behandling og døgnbehandling kombineres, end af rene ambulante behandlingsforløb for personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Døgnbehandling indebærer, at personen er indlagt, dvs. at personen er afskåret fra kontakt til sine vante omgivelser, samt at behandlingen kan foregå intensivt. Døgnbehandlingen kan være af varierende varighed.

Et ambulant behandlingsforløb defineres som et forløb, hvor personen ikke overnatter på behandlingsinstitutionen, men typisk møder op til behandlingssessioner en gang om ugen eller sjældnere. Ambulant behandling giver mulighed for, at personen lever i sit normale, daglige miljø under behandlingen, og behandlingen er således mindre indgribende end døgnbehandling.

En norsk retningslinje⁽⁴⁾ anbefaler, at døgnbehandling overvejes som supplement til udgående tiltag eller som alternativ til udgående tiltag, når udgående og hjemmebaserede indsatser viser sig utilstrækkelige.

Et dansk projekt (Projekt SODA) har udviklet og afprøvet en model for samarbejde mellem ambulante behandling og døgnbehandling⁽¹⁷⁾. Målgruppen i projektet var personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, og behandlingstilgangen var dobbeltfokuseret. I projektet blev der arbejdet med et behandlingsforløb, der begyndte i ambulante regi efterfulgt af en periode i døgnregi, hvorefter det blev afsluttet i ambulante regi. Projektet havde gode erfaringer med at kombinere døgnbehandling med ambulante behandling.

4.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen studier, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

4.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Erfaringerne fra SODA-projektet indikerer, at der er positive effekter ved at kombinere ambulante behandling og døgnbehandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Der er ingen kendte skadevirkninger.
Patientpræferencer	Nogle personer vil foretrække ambulante behandling eller døgnbehandling.
Andre overvejelser	Det er ikke alle døgnbehandlingsinstitutioner, der tilbyder behandling, som er målrettet personer, der både har en alkoholafhængighed og en psykisk lidelse. Sammenhængende behandlingsforløb bestående af både ambulante behandling og døgnbehandling stiller krav om koordinering, herunder fælles referenceramme, planlægningsværktøjer mv. samt efteruddannelse/opkvalificering af personale. Behovet for koordinering af ambulante behandling og døgnbehandling kan evt. imødegås ved hjælp af velfærdsteknologi, såsom brug af videokonference.

4.7 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at samarbejde mellem ambulante behandling og døgnbehandling forventes at kunne mindske risikoen for frafald fra behandlingen blandt personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, som i perioder har vanskeligt ved at møde op til ambulante behandling. Nogle personer vil dog foretrække udelukkende ambulante behandling, og behandlingen bør tilrettelægges ud fra den enkeltes behov. Anbefalingen er baseret på konsensus, da der ikke er fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.

5 Dialektisk adfærdsterapi (DAT) og dobbeltfokuseret skematerapi

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse tilbydes dialektisk adfærdsterapi (DAT) eller dobbeltfokuseret skematerapi frem for vanlig alkoholbehandling?

5.2 anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde DAT til personer med samtidig alkoholafhængighed og borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

↑ **Overvej at tilbyde dobbeltfokuseret skematerapi til personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Evidensgrundlaget for anbefalingen om DAT bygger på et studie, som inkluderer personer med alkoholafhængighed og borderline personlighedsforstyrrelse, og anbefalingen gælder derfor denne gruppe.

Evidensgrundlaget for anbefalingen om dobbeltfokuseret skematerapi bygger på et studie, som inkluderer personer med alkoholafhængighed og forskellige typer af personlighedsforstyrrelser, og denne anbefaling gælder derfor en bred gruppe af personlighedsforstyrrelser.

Begge behandlingsformer forudsætter efteruddannelse samt løbende supervision. Behandleren bør som udgangspunkt være meget tro overfor behandlingsmanualen.

Nogle personer ønsker formentlig ikke at deltage i gruppebehandling, som er en del af DAT. Disse personer bør ikke udelukkes fra behandling.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

DAT er allerede implementeret flere steder i Danmark. DAT er en modificeret form for kognitiv adfærdsterapi, der er udviklet til og har vist sig lovende i forhold til behandling af personer med emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (herefter borderline personlighedsforstyrrelse)⁽¹⁸⁾. Det har vist sig, at DAT kan tilpasses personer, der udover en borderline personlighedsforstyrrelse også har en stof-/alkoholafhængighed⁽¹⁹⁾. Terapien inddrager metoder fra bl.a. mindfulness og bygger på et princip om at lære personen at øge emotionel og kognitiv selvregulering. Terapien strækker sig typisk over to år og omfatter færdighedstræning i grupper samt individuelle samtaler.

Skematerapi anvendes ligeledes flere steder i Danmark. Skematerapi ser også ud til at kunne være en effektiv behandling til personer med personlighedsforstyrrelse⁽²⁰⁾. Denne behandling er ligesom DAT videreudviklet, således at den kan målrettes personer med både personlighedsforstyrrelse og stof-/alkoholafhængighed (dobbeltfokuseret skematerapi)⁽²¹⁾. Behandlingen integrerer tilbagefaldsforebyggelse i forhold til alkoholafhængigheden og fokuserer på tidlige maladaptive skemaer (dvs. tidligt indlærte tanke-, følelses- og reaktionsmønstre, der er uhensigtsmæssige) samt copingstil (mestringsstil)⁽²²⁾. Dob-

beltfokuseret skematerapi er oprindelig en individuel terapiform, men kan også foregå i gruppeformat. Terapien strækker sig typisk over 24 uger⁽²²⁾.

Arbejdsgruppen ønskede på denne baggrund at undersøge, om DAT og dobbeltfokuseret skematerapi er effektive behandlinger til personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse.

Arbejdsgruppen har ikke fundet internationale retningslinjer, der har undersøgt dette spørgsmål.

5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af to randomiserede kontrollerede studier^(23,24), n = 156. Det ene studie er fundet via litteratursøgningen, og det andet studie er fundet på anden vis. Flowchart findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

5.6 Gennemgang af evidensen

Det ene af de identificerede studier sammenlignede DAT med behandling, der alene fokuserer på alkoholafhængigheden⁽²³⁾. Begge behandlinger varede 52 uger. Deltagerne havde alle en borderline personlighedsforstyrrelse, men det var kun nogle af dem, der også havde en stof-/alkoholafhængighed. Studiet skelnede ikke mellem deltagere med og uden stof- og alkoholafhængighed, hvorfor tallene i evidens Tabellen således også repræsenterer deltagere, der kun har en borderline personlighedsforstyrrelse.

Det andet studie⁽²⁴⁾ sammenlignede *Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence* (PETAD), en metode inspireret primært af dobbeltfokuseret skematerapi, med alkoholbehandling alene. Behandlingerne varede 12 uger. Tre opfølgende sessioner (*booster sessions*) blev tilbudt i de efterfølgende seks måneder. Studiet inkluderede personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse.

Studierne viste en tendens til mindre frafald i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Derudover viste studierne en tendens til, at færre personer i interventionsgruppen havde forsøgt selvmord ved follow-up. Der var også en tendens til flere afholdende dage og længere tid til recidiv ved follow-up i interventionsgruppen. Ingen af forskellene var dog statistisk signifikante.

Alkoholbrug målt ved hjælp af BPD Severity Index (alkohol subskalaen) var lavere for interventionsgruppen end kontrolgruppen ved endt behandling. Ved follow-up var det dog omvendt. Alkoholbrug målt som antal genstande per dag med massivt alkoholindtag var lavere for interventionsgruppen end for kontrolgruppen ved follow-up. Ingen af forskellene i alkoholbrug var statistisk signifikante.

Studierne rapporterede ikke psykiske symptomer, livskvalitet eller funktionsevne ved follow-up. Afholdenhed opgjort ved endt behandling blev heller ikke rapporteret.

5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>DAT og skematerapi har vist sig lovende i forhold til personer med personlighedsforstyrrelser. Den fundne litteratur giver ikke anledning til at tro, at metoderne ikke også er brugbare i forhold til personer, som i tillæg til en personlighedsforstyrrelse har en alkoholafhængighed. De fundne studier viser således en mulig positiv effekt på frafald fra behandlingen, afholdenhed, tid til recidiv og selvmordsadfærd.</p> <p>Der er ingen kendte skadevirkninger.</p>
Patientpræferencer	Nogle personer ønsker formentlig ikke at deltage i gruppebehandling, som er en del af DAT.
Andre overvejelser	<p>Brug af særlige terapiformer kræver kompetencer, herunder efteruddannelse og løbende supervision.</p> <p>DAT og dobbeltfokuseret skematerapi er intensive og ressourcekrævende behandlingsforløb.</p>

5.8 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at de inkluderede studier viser en mulig positiv effekt på frafald fra behandlingen ved DAT/dobbeltfokuseret skematerapi, hvilket på forhånd var defineret som et kritisk outcome. Derudover viser studierne en mulig positiv effekt på en række af de vigtige outcomes, herunder afholdenhed og selvmordsadfærd. Der er ingen kendte skadevirkninger ved behandlingen, men der kan være personer, som foretrækker en behandling, der ikke involverer gruppebehandling.

5.9 Evidensprofil

DAT eller dobbeltfokuseret skematerapi sammenlignet med vanlig alkoholbehandling							
Population: Personer med alkoholfafhængighed og personlighedsforstyrrelse							
Intervention: DAT eller dobbeltfokuseret skematerapi							
Sammenligning: Vanlig alkoholbehandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig alkoholbehandling	DAT eller dobbeltfokuseret skematerapi	Forskel				
Frafald fra behandlingen (all cause discontinuation) (Ved behandlingsafslutning)	328 per 1000	190 per 1000 (95 til 380)	138 færre per 1000 (233 færre til 52 flere)	RR 0,58 (0,29 til 1,16)	108 (1 studie) (24)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Kritisk outcome.
Selvmoedsadfærd (suicide behaviour) (Follow-up)	32 per 1000	13 per 1000 (0 til 309)	19 færre per 1000 (31 færre til 277 flere)	RR 0,41 (0,02 til 9,66)	56 (1 studie) (23)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt outcome. Selvmord er målt som antal deltagere forsøgt selvmord.
Psykiske symptomer (psychiatric symptoms) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)	gns. 1,61	gns. 2,56	MD 0,95 (2,67 færre til 0,77 mere)		48 (1 studie) (23)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt outcome. Alkoholbrug er målt vha. alcohol subscale i 'BPD Severity Index' (højere score indikerer højere alkoholbrug)
Alkoholbrug (alcohol use) (Follow-up)	gns. 2	gns. 2,55	MD 0,55 (1,37 færre til 2,47 mere)		44 (1 studie) (23)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt outcome. Alkoholbrug er målt vha. alcohol subscale i 'BPD Severity Index' (højere score indikerer højere alkoholbrug)
Alkoholbrug (alcohol use) (Follow-up)	gns. 9,6	gns. 9,5	MD 0,1 (32,15 færre til 31,95 flere)		59 (1 studie) (24)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome. Alkoholbrug er målt som antal genstande per dag med massivt drikkeindtag.
Abstinens (abstinence) (Ved behandlingsafslutning)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Abstinens (abstinence) (Follow-up)	gns. 71,2	gns. 85,2	MD 14,0 (59,94 færre til 87,94 flere)		59 (1 studie) (24)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome. Abstinens er målt som procent afholdende dage.
Tid til recidiv (time to relapse)	gns. 13,3	gns. 20,7	MD 7,4 (0,32 færre til 15,12 mere)		59 (1 studie) (24)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome.
Funktionsevne (level of functioning) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle							
GRADE evidensniveauer:							
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.							
¹ Risk of bias, bl.a. manglende blinding							

²Kun ét studie

³Bredt konfidensinterval

⁴Inkluderer deltagere med både stof- og alkoholafhængighed, og nogle deltagere har kun en borderline personlighedsforstyrrelse og ingen afhængighed

⁵Ingen evidens fundet for dette outcome

6 Familie-/netværksorienteret behandling

6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes familie-/netværksorienteret behandling frem for individuel behandling?

6.2 anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde familie-/netværksorienteret behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykotiske lidelser (⊕○○○).**

√ **Det er god praksis at tilbyde familie-netværksorienteret behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og øvrige psykiske lidelser.**

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Evidensgrundlaget består af ét studie, hvor populationen omfatter personer med samtidig alkoholafhængighed og psykotiske lidelser. For alkoholafhængighed og ikke-psykotiske lidelser henvises til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed (2015)⁽⁷⁾, som også anbefaler at inddrage familie/netværk i behandlingen. Der henvises desuden til Sundhedsstyrelsens publikation om familieorienteret alkoholbehandling⁽²⁵⁾.

Behandlingen bør altid omfatte en udredning af, hvorvidt personen har hjemmeboende børn, da disse vil være belastet af en opvækst med en forælder med alkohol- og psykiske problemer. Tilsvarende har voksne, fraflyttede børn levet med en svær belastning, hvorfor det kan være relevant også at tilbyde dem støtte med henblik på at forebygge rusmiddelproblemer og psykisk lidelse i denne gruppe. Det bør sikres, at børnenes behov for støtte udredes, og at den relevante støtte/behandling tilbydes.

Hvis en person ikke har en familie eller ikke ønsker at involvere denne i behandlingen, kan andet netværk inddrages, herunder venner, naboer eller professionelle, som personen betragter som sit netværk.

Ofte vil man gennemføre individuelle samtaler med personen, inden familien/netværket inddrages. Det kan være forskelligt fra person til person, hvor meget familien/netværket bør inddrages. I nogle tilfælde vil det formentlig være tilstrækkeligt blot at involvere familien/netværket ved psykoedukation, mens det i andre tilfælde vil være mere hensigtsmæssigt at inddrage familien/netværket løbende i behandlingen. Derudover kan de pårørende have behov for støtte til bearbejdning af den belastning, de har levet med.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed (2015)⁽⁷⁾ anbefaler, at personer med alkoholafhængighed tilbydes familieorienteret behandling. Ligeledes anbefaler den nationale kliniske retningslinje for behandling af mennesker med skizofreni og komplekse behandlingsforløb (2015)⁽²⁶⁾, at personer med skizofreni og betydelig funktionsnedsættelse tilbydes familiebehandling.

I psykiatrien er der særlig gode erfaringer med at inddrage familien i behandlingen af unge med debuterende psykisk lidelse – såkaldt tidlige interventionsprogrammer. Andre

grupper kan formentlig også have gavn af at inddrage familien i behandlingen, såsom partner, søskende eller forældre.

Arbejdsgruppen ønskede på denne baggrund at undersøge, om anbefalinger om at inddrage familie/netværk i behandlingen også gælder personer, der både har en alkoholafhængighed og en psykisk lidelse.

En norsk retningslinje⁽⁴⁾ har undersøgt et tilsvarende spørgsmål, men fandt ikke tilstrækkelig evidens til at komme med en anbefaling.

6.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét randomiseret kontrolleret forsøg⁽²⁷⁾ fra et systematisk review fra 2013⁽²⁸⁾, n=32. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

6.6 Gennemgang af evidensen

Det identificerede studie sammenlignede integreret behandling plus vanlig behandling med vanlig behandling alene. Den integrerede behandling bestod af tre dele: 1) Motiverende samtaler, 2) individuel kognitiv adfærdsterapi og 3) en intervention, der involverede en familie- eller omsorgsperson. Studiet undersøgte således ikke kun effekten af at tilbyde familie-/netværksorienteret behandling, men effekten af den integrerede behandling omfattende alle tre dele. Deltagerne havde skizofreni samt stof- og/eller alkoholafhængighed.

Studiet viste en tendens til et mindre frafald i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Studiet viste endvidere en tendens til flere afholdende dage i interventionsgruppen, både efter endt behandling og ved follow-up. Endvidere havde interventionsgruppen færre psykiske symptomer end kontrolgruppen ved follow-up, idet interventionsgruppen havde en lavere samlet score på PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) samt lavere score på subskalaerne vedr. positive og negative symptomer. Ingen af de nævnte forskelle var dog statistisk signifikante. Den eneste statistisk signifikante forskel var i forhold til deltagerens funktionsevne, hvor interventionsgruppen havde en klinisk relevant forbedring sammenlignet med kontrolgruppen ved follow-up.

Studiet rapporterede hverken selvmordsadfærd, livskvalitet eller trivsel hos pårørende. Alkoholbrug opgjort ved antal genstande samt tid til recidiv blev heller ikke rapporteret.

6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Den samlede kvalitet af evidensen er meget lav
--------------------------------	--

<p>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</p>	<p>Det inkluderede studie viser, at en integreret behandling omfattende familie-/netværksorienteret behandling har en positiv effekt på funktionsevne. Studiet viser desuden en mulig positiv effekt på frafald fra behandlingen, afholdenhed samt positive og negative symptomer.</p> <p>Studiet undersøgte ikke effekten af familie-/netværksorienteret behandling alene, men i stedet effekten af en integreret behandling omfattende flere elementer. Derfor er det ikke sikkert, at den positive effekt alene kan tilskrives familie-/netværksorienteret behandling.</p> <p>Der er ingen rapporterede skadevirkninger.</p>
<p>Patientpræferencer</p>	<p>Det forventes, at de fleste vil tage imod tilbud om inddragelse af familie/netværk i behandlingen. Det er dog ikke alle personer, som ønsker, at deres familie/netværk inddrages. Tilsvarende er det ikke alle pårørende, der ønsker at deltage.</p>
<p>Andre overvejelser</p>	<p>Ikke alle har en familie eller et netværk, som de kan inddrage.</p>

6.8 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at en integreret behandling omfattende familie-/netværksorienteret behandling har en positiv effekt på funktionsevne og en mulig positiv effekt på frafald fra behandlingen og en række andre vigtige outcomes. Det inkluderede studie undersøgte ikke effekten af familie-/netværksorienteret behandling alene. Det er derfor ikke sikkert, at den positive effekt kan tilskrives familie-/netværksorienteret behandling. Der er ingen rapporterede skadevirkninger, og det forventes, at de fleste vil tage imod tilbud om inddragelse af familie/netværk i behandlingen.

6.9 Evidensprofil

Familie-/netværksorienteret behandling sammenlignet med individuel behandling							
Population: Personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse							
Intervention: Familie-/netværksorienteret behandling							
Sammenligning: Individuel behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Individuel behandling	Familie-/netværksorienteret behandling	Forskel				
Frafald af alle årsager (all cause discontinuation) (Ved behandlingsafslutning)	167 per 1000	55 per 1000 (6 to 485)	112 færre per 1000 (160 færre til 319 flere)	RR 0,33 (0,04 to 2,91)	36 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Kritisk outcome.
Funktionsevne (level of functioning) (Follow-up)	gns. 48,13	gns. 58,41	MD 10,28 (0,22 højere til 20,34 højere)		32 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtig outcome. Funktionsevne er målt vha. GAF (højere score indikerer højere funktionsevne)
Abstinens (abstinence) (Ved behandlingsafslutning)					32 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtig outcome. Ikke muligt at trække data på dette outcome, se narrative beskrivelse ovenfor. Abstinens er målt som procent dage med afholdenhed fra alle rusmidler.
Abstinens (abstinence) (Follow-up)					32 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtig outcome. Ikke muligt at trække data på dette outcome, se narrative beskrivelse ovenfor. Abstinens er målt som procent dage med afholdenhed fra alle rusmidler.
Psykiske symptomer (psychiatric symptoms) (Follow-up)	gns. 63,4	gns. 56,88	MD 6,52 (17,85 færre til 4,81 flere)		32 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtig outcome. Psykiske symptomer er målt vha. PANSS total score (højere score indikerer flere symptomer)
Psykiske symptomer (psychiatric symptoms) (Follow-up)	gns. 16,07	gns. 13,35	MD 2,72 (6,27 færre til 0,83 flere)		32 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtig outcome. Psykiske symptomer er målt vha. positive symptom subscale i PANSS (højere score indikerer flere symptomer)
Psykiske symptomer (psychiatric symptoms) (Follow-up)	gns. 14,67	gns. 12,65	MD 2,02 (5,88 færre til 1,84 flere)		32 (1 studie) ⁽²⁷⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtig outcome. Psykiske symptomer er målt vha. negative symptom subscale i PANSS (højere score indikerer flere symptomer)
Tid til recidiv (time to relapse)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Selvmoedsadfærd (suicide behaviour) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Alkoholbrug (alcohol use) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.
Trivsel hos pårørende (Well-being of relatives) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁵	0 studier		Vigtigt outcome.

*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.

CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle

GRADE evidensniveauer:

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.

¹Risk of bias, bl.a. single-blinded

²Lille studiepopulation

³Studiet inkluderer både alkohol- og stofafhængige

⁴Bredt konfidensinterval

⁵Ingen evidens fundet for dette outcome

7 Udgående/opsøgende indsatser

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes udgående/opsøgende indsatser frem for vanlige indsatser?

7.2 anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde integrerede udgående/opsøgende indsatser til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, som er i behandling (⊕○○○).**

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen gælder for en bred række psykiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, angstlidelser, psykotiske lidelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at supplere igangværende behandling med udgående/opsøgende indsatser, hvis en person har vanskeligheder med at møde stabilt op til behandling. Udgående/opsøgende indsatser gives i personens eget hjem eller nærmiljø og har til formål at støtte og hjælpe personen, bl.a. med at tage medicin og klare dagligdagens gøremål samt at fastholde vedkommende i behandling. Den udgående/opsøgende indsats bør være dobbeltfokuseret, dvs. fokusere både på personens alkoholafhængighed og psykiske lidelse.

Det bør være personens funktionsevne frem for diagnose, der afgør, om en person bør tilbydes udgående/opsøgende indsatser.

Der er tale om en behandling, som kan strække sig over længere tid. Indsatsen bør være fleksibel og indrette sig efter den enkeltes hverdag og behov.

Udgående/opsøgende indsatser kræver opmærksomhed fra behandlerens side på etiske dilemmaer, idet behandleren på den ene side skal sikre omsorg for personen og understøtte personens udvikling gennem den opsøgende/udgående tilgang og på den anden side skal respektere personens privatliv og/eller personens ønske om ikke at blive kontaktet.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Nogle personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse har vanskeligt ved at benytte sig af de eksisterende ambulante behandlingstilbud, fordi de ikke møder op til de aftalte tider og i det hele taget har svært ved at indgå i en traditionel behandlingsalliance.

Arbejdsgruppen ønskede på denne baggrund at undersøge, om personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse bør tilbydes udgående/opsøgende indsatser, hvis de har vanskeligheder med at møde stabilt op til behandlingen. Udgående/opsøgende indsatser kan både dække over indsatser, hvor en person ikke er i behandling, og indsatser, hvor personen allerede er i behandling. Sidstnævnte definition benyttes i denne retningslinje.

Arbejdsgruppen fandt ingen internationale retningslinjer, der har undersøgt dette spørgsmål.

Udgående/opsøgende indsatser for personer med stof-/alkoholafhængighed og psykisk lidelse har været afprøvet i dansk kontekst, bl.a. i Ballerup Kommune, Egedal Kommune, Hedensted Kommune og Syddjurs Kommune⁽²⁹⁾. Baseret på en survey blandt medarbejdere og borgere konkluderer evalueringsrapporten, at udgående/opsøgende indsatser havde en positiv effekt på motivation for at indgå i behandling og frafald fra behandlingen.

7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for dette fokuserede spørgsmål er tre randomiserede kontrollerede forsøg⁽³⁰⁻³²⁾, n=496, publiceret i fire artikler⁽³⁰⁻³³⁾ fra et systematisk review⁽²⁸⁾. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

7.6 Gennemgang af evidensen

To af de tre inkluderede studier sammenlignede integreret opsøgende behandling med standardbehandling^(30,31). Behandlingerne varede i to år. Deltagerne havde en stof-/alkoholafhængighed og en psykisk lidelse i begge studier. I det ene studie var deltagerne hjemløse⁽³¹⁾.

Studierne undersøgte kun ét af de på forhånd prioriterede outcomes (alkoholbrug) og viste en svag tendens til reduceret alkoholbrug ved integreret opsøgende behandling.

Det sidste af de inkluderede studier sammenlignede integreret opsøgende behandling med integreret standard case management⁽³²⁾. Behandlingen i både interventions- og kontrolgruppen varede i tre år. Deltagerne havde både stof-/alkoholafhængighed og psykisk lidelse samt var hjemløse. Det var ikke muligt at udtrække data fra dette studie, og resultaterne fra studiet indgår derfor ikke i evidens Tabellen nedenfor, men beskrives alene narrativt. Studiet viste, at der ved endt behandling ikke var væsentlig forskel på alkoholbrug i interventions- og kontrolgruppen, dvs. blandt deltagere, der havde modtaget integreret opsøgende behandling, og deltagere, der havde modtaget integreret standard case management. En anden publikation fra samme studie viste, at særlig personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse og stof-/alkoholafhængighed synes at have gavn af integreret opsøgende/udgående behandling sammenlignet med integreret standard case management⁽³³⁾, idet integreret opsøgende/udgående behandling var forbundet med mindre alkoholbrug i denne subgruppe.

7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	De inkluderede studier viser en mulig positiv effekt i form af reduceret alkoholbrug ved udgående/opsøgende indsatser. Effekten af udgående/opsøgende indsatser undervurderes måske i de inkluderede studier, fordi en del af populationen i studierne er hjemløse, og fordi det er sværere at gennemføre udgående/opsøgende indsatser i forhold til denne gruppe. Ingen rapporterede skadevirkninger.

Patientpræferencer	Der kan være personer, der ikke er interesserede i at modtage udgående/opsøgende indsatser.
Andre overvejelser	Det kan være ressourcekrævende og udfordrende for den professionelle at komme i kontakt med personer, der ikke har fast bolig eller telefon.

7.8 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at de inkluderede studier viser en svag tendens til reduceret alkoholbrug ved opsøgende/udgående indsatser til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. I to af de inkluderede studier var alle deltagere hjemløse, og det er tænkeligt, at indsatsen vil have større effekt på personer, som ikke er hjemløse. Der er ingen rapporterede skadevirkninger, men der kan være personer, som ikke ønsker at bliver kontaktet i eget hjem eller nærmiljø.

7.9 Evidensprofil

Integrerede opsøgende/udgående indsatser som tillæg til vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling							
Population: Personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse							
Intervention: Integrerede opsøgende/udgående indsatser som tillæg til vanlig behandling							
Sammenligning: vanlig behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Integrerede opsøgende/udgående indsatser som tillæg til vanlig behandling	Forskel				
Frafald af alle årsager (all cause discontinuation) (Ved behandlingsafslutning)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Kritisk outcome.
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)**			MD 0,03 (0,31 færre til 0,26 mere)		251 (2 studier) (30,31)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1, 2,3}	Vigtigt outcome. Alkoholbrug målt vha. AUS (Alcohol Use Scale) (5-punkt skala, 1=abstinent, 5=svær afhængighed)
Alkoholbrug (alcohol use) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Afholdenhed (abstinence) (Ved behandlingsafslutning)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Afholdenhed (abstinence) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Funktionsevne (level of functioning) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Psykkiske symptomer (psychiatric symptoms) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Selvmondsadfærd (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Tid til recidiv (time to relapse)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁴	0 studier		Vigtigt outcome.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.							
CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle							
GRADE evidensniveauer:							
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.							
¹ Risk of bias, bl.a. uklar blinding							
² Upræcist effekttestimat							
³ Deltagerne er alle hjemløse. Inkluderer både stof- og alkoholafhængighed							
⁴ Ingen evidens fundet for dette outcome							

8 Efterbehandling/opfølgning

8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes efterbehandling/opfølgning?

8.2 anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde efterbehandling/opfølgning til personer med samtidig alkoholafhængighed og affektiv lidelse, angstlidelse og/eller adfærdsforstyrrelse (⊕○○○).**

√ **Det er god praksis at tilbyde efterbehandling/opfølgning til personer med samtidig alkoholafhængighed og øvrige psykiske lidelser.**

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Evidensgrundlaget består af ét studie, hvor populationen omfatter personer med alkoholafhængighed og affektive lidelser, angstlidelser og/eller adfærdsforstyrrelser. For alkoholafhængighed og andre psykiske lidelser henvises til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed (2015)⁽⁷⁾, som også anbefaler at overveje at tilbyde efterbehandling/opfølgning.

Efterbehandling/opfølgning involverer en professionel og skal være forhandlet med modtageren, dvs. personen med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, ved afslutningen af behandlingen.

Indholdet af efterbehandlingen/opfølgningen bør aftales med og tilpasses den enkelte. Fokus for efterbehandlingen/opfølgningen er at forebygge tilbagefald og sikre den nødvendige støtte ved tilbagefald. Da der kan være en risiko for, at personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse oplever tilbagefald, er det vigtigt, at behandleren er opmærksom på dette og inkluderer strategier for opfølgning ved eventuelt tilbagefald.

Efterbehandling/opfølgning kan både inkludere telefonopkald og individuelle/gruppebaserede samtaler ved fremmøde.

Det kan være forskelligt fra person til person, hvor lang tid efterbehandlingen/opfølgningen bør strække sig over. Efterbehandling/opfølgning bør som udgangspunkt have en længere varighed for personer med både alkoholafhængighed og psykisk lidelse sammenlignet med personer, som alene har en alkoholafhængighed.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed (2015)⁽⁷⁾ anbefaler, at personer med alkoholafhængighed tilbydes efterbehandling efter et struktureret alkoholbehandlingsforløb.

Arbejdsgruppen fandt det relevant at undersøge, om anbefalingerne også gælder personer, der både har en alkoholafhængighed og en psykisk lidelse.

Arbejdsgruppen fandt ingen internationale retningslinjer, der har undersøgt dette spørgsmål.

8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét randomiseret kontrolleret forsøg⁽³⁴⁾, n=337. Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

8.6 Gennemgang af evidensen

Det var ikke muligt at trække data fra studiet. Derfor er der ingen evidens tabel for dette fokuserede spørgsmål, men blot en narrativ beskrivelse af studiets resultater.

Interventionsgruppen i studiet modtog efterbehandling/opfølgning kvartalsvist, hvilket involverede interview med behandleren, vurdering af deltagerens behov for behandling og evt. viderehenvielse til behandling, hvis der var behov for det. Kontrolgruppen blev blot interviewet kvartalsvist. Interventionen i begge grupper varede i to år, og alle deltagere havde samtidig stof-/alkoholafhængighed og psykisk lidelse.

Kun et af de på forhånd definerede outcomes er rapporteret i studiet. Studiet viste, at interventionsgruppen havde statistisk signifikant flere afholdende dage ved endt efterbehandling/opfølgning end deltagerne i kontrolgruppen (henholdsvis 501 afholdende dage i interventionsgruppen og 450 afholdende dage i kontrolgruppen). Arbejdsgruppen vurderer, at denne forskel er klinisk relevant.

8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Det inkluderede studie viser, at efterbehandling/opfølgning har signifikant positiv effekt på afholdenhed. Der er ingen kendte skadevirkninger.
Patientpræferencer	Der vil være forskel på, hvilken form for efterbehandling/opfølgning forskellige personer foretrækker. Det vigtige er, at behandleren tager en snak med den enkelte om, hvilket tilbud der er relevant/hjælpsomt for den pågældende.

8.8 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at efterbehandling/opfølgning har en signifikant positiv effekt på afholdenhed. Der er ingen rapporterede skadevirkninger. Der vil være forskel på, hvilken form for efterbehandling/opfølgning forskellige personer foretrækker, og tilbud om efterbehandling/opfølgning skal derfor tilrettelægges i samarbejde med den enkelte.

9 Acamprosat og naltrexon

9.1 Fokuseret spørgsmål 9

Bør personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse tilbydes samtalebehandling kombineret med acamprosat eller naltrexon frem for samtalebehandling alene?

9.2 anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde acamprosat eller naltrexon i tillæg til samtalebehandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og affektiv lidelse, angstlidelse eller psykotisk lidelse (⊕○○○).**

√ **Det er god praksis at tilbyde acamprosat eller naltrexon i tillæg til samtalebehandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og øvrige psykiske lidelser.**

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Evidensgrundlaget består af syv studier, hvor populationen omfatter personer med samtidig alkoholafhængighed og affektive lidelser, angstlidelser eller psykotiske lidelser. For alkoholafhængighed og andre psykiske lidelser henvises til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed (2015)⁽⁷⁾, som anbefaler at tilbyde acamprosat og at overveje at tilbyde naltrexon.

For nogle personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse kan brug af acamprosat eller naltrexon som supplement til samtalebehandling være en hjælp til afholdenhed/reduceret alkoholbrug.

De fundne studier har ikke undersøgt, hvilke personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse der må formodes at have mest gavn af henholdsvis acamprosat og naltrexon. Her henvises til den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed⁽⁷⁾, hvor det fremgår, at acamprosat primært bør overvejes som støtte til alkoholafhængige personer, der ønsker afholdenhed frem for reduktion i alkoholforbruget, mens naltrexon kan være relevant til alkoholafhængige, der ikke har afholdenhed som målsætning. Det ser ud til, at personer med 'craving' eller angst som fremtrædende symptomer vil have særlig gavn af behandling med acamprosat. Omvendt kan personer med tidlig debut af alkoholafhængighed og familiær disposition have særlig gavn af naltrexon.

Brug af acamprosat og naltrexon er forbundet med en risiko for bivirkninger (se annekset til dette kapitel). Behandleren skal informere personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse om mulige bivirkninger og risici ved brug af acamprosat og naltrexon, inden evt. behandling igangsættes.

Ved kendt nyresygdom skal forsigtighed udvises ved acamprosat, og ved svær leversygdom skal forsigtighed udvises ved naltrexon.

For personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse må der forventes øget risiko for polyfarmaci, og behandleren skal være opmærksom på dette. Behandleren bør ligeledes være opmærksom på mulige interaktionseffekter mellem indtag af alkohol og brug af psykofarmaka og drøfte dette med personen.

Positiv virkning af acamprosat eller naltrexon vil typisk indtræde efter et par uger. Hvis personen ikke oplever en positiv virkning af medicinen inden for denne periode, bør medicinen seponeres straks.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed (2015)⁽⁷⁾ anbefaler, at personer med alkoholafhængighed tilbydes acamprosat og evt. naltrexon som supplement til samtalebehandling.

Arbejdsgruppen ønskede på denne baggrund at undersøge, om anbefalingerne også gælder personer, der både har en alkoholafhængighed og en psykisk lidelse.

Arbejdsgruppen fandt ingen internationale retningslinjer, der har undersøgt dette spørgsmål.

Det fremhæves, at arbejdsgruppen kun har undersøgt evidensen for acamprosat og naltrexon og ikke evidensen for f.eks. disulfiram, abstinensbehandling eller psykofarmaka (se indledningen til denne retningslinje).

9.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for dette fokuserede spørgsmål er et randomiseret kontrolleret forsøg⁽³⁵⁾ fra et systematisk review⁽³⁶⁾, $n = 31$, samt seks randomiserede kontrollerede forsøg fra den øvrige litteratursøgning, $n = 438$ ⁽³⁷⁻⁴²⁾. Evidensgrundlaget er således syv randomiserede kontrollerede forsøg, som er publiceret i otte artikler^(35,37-43). Flow charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([link](#)).

9.6 Gennemgang af evidensen

Seks studier sammenlignede samtaleterapi og naltrexon med samtaleterapi og placebo^(35,37-41). Ét studie sammenlignede samtaleterapi og acamprosat med samtaleterapi og placebo. I fem af studierne tog deltagerne også medicin for deres psykiske lidelse^(35,37,39,40,42). I de inkluderede studier varede behandlingen med acamprosat og naltrexon 12-14 uger.

Studierne viste samlet set en ingen forskel i frafald fra behandlingen. Der var heller ingen forskel, hvis man alene så på studierne af naltrexon. Studiet af acamprosat alene viste en tendens til mindre frafald i interventionsgruppen.

I forhold til alkoholbrug var der et statistisk signifikant fald i procent dage/antal dage med alkoholindtag ved endt behandling i interventionsgruppen. SMD var 0,48 for dette outcome (se evidens tabel), hvilket vidner om, at forskellen er moderat klinisk relevant (se evt. bilag 5). Der var også et statistisk signifikant fald i procent dage/antal dage med massivt alkoholindtag ved endt behandling i interventionsgruppen. Denne forskel er dog ikke klinisk relevant (SMD for dette outcome er 0,11 (se evidens tabel)). Endvidere var der en tendens til færre dage med alkoholindtag i interventionsgruppen ved follow-up. Alle de nævnte fund stammer fra studier af naltrexon. Studiet af acamprosat viste ingen effekt på alkoholbrug (målt som henholdsvis antal genstande per drikkedag og antal genstande per måned ved endt behandling).

Tre studier rapporterede skadevirkninger (bivirkninger)^(35,41,42). De undersøgte skadevirkninger er udvalgt af arbejdsgruppen. Det er således ikke alle skadevirkninger rapporteret i

studierne, der indgår i evidens Tabellen. Studierne viste en tendens til flere skadevirkninger i interventionsgruppen (se annekset til dette kapitel). Forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen var statistisk signifikant ved to skadevirkninger (kvalme og abdominalsmerter), mens den ikke var statistisk signifikant ved øvrige skadevirkninger. Outcomes vedr. skadevirkningerne kvalme og søvnforstyrrelser indeholder både studier af acamprosat og naltrexon. Subgruppeanalyser blev gennemført for disse outcomes, men der var ingen forskel på, om studier vedr. de to præparater blev slået sammen eller set på hver for sig. Resultaterne vedr. hovedpine indeholder også både et studie af acamprosat og et studie af naltrexon. Subgruppeanalysen viste, at der var en tendens til mere hovedpine i interventionsgruppen, hvis man udelukkende så på studiet af naltrexon⁽³⁵⁾, mens der ikke var forskel på grupperne, når man så på studiet af acamprosat⁽⁴²⁾. Resultaterne vedr. diarré indeholder ligeledes data fra studier vedr. både acamprosat og naltrexon. En subgruppeanalyse viste, at der var tendens til mere diarré i interventionsgruppen i studiet af naltrexon⁽³⁵⁾, mens der var en tendens til mere diarré i kontrolgruppen i studiet af acamprosat⁽⁴²⁾ (subgruppeanalysen er ikke vist i evidens Tabellen).

Der var ingen forskel mellem grupperne i forhold til antal dage med afholdenhed for studierne samlet set. To af de inkluderede studier undersøgte dette outcome, hvoraf det ene involverede acamprosat, og det andet involverede naltrexon. Hvis man udelukkende ser på studiet af acamprosat⁽⁴²⁾, var der en tendens til flere dage med afholdenhed i interventionsgruppen. Omvendt hvis man udelukkende ser på studiet af naltrexon⁽⁴¹⁾, var der en lille tendens til flere dage med afholdenhed i kontrolgruppen. Ingen af resultaterne var statistisk signifikante. Der var en tendens til, at flere deltagere havde total afholdenhed i interventionsgruppen (data er baseret på studiet, der involverer naltrexon). Ingen studier rapporterede afholdenhed ved follow-up.

Studierne viste en tendens til kortere tid til recidiv i interventionsgruppen, men forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen var ikke statistisk signifikant.

Endvidere viste studierne en tendens til færre psykiske symptomer (PTSD-symptomer) ved follow-up i interventionsgruppen. Denne forskel var heller ikke statistisk signifikant.

Ingen af de inkluderede studier rapporterede resultater vedr. selvmordsadfærd, livskvalitet eller funktionsevne ved follow-up.

9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	De inkluderede studier viser en positiv effekt i forhold til reduceret alkoholbrug ved brug af acamprosat eller naltrexon i tillæg til samtalerapi. Begge præparater kan dog være forbundet med en række bivirkninger. For denne målgruppe kan der endvidere være en særlig risiko for polyfarmaci.

Patientpræferencer	<p>Behandling med acamprosat eller naltrexon er præferencefølsomt.</p> <p>Nogle vil ikke have medicin eller oplever bivirkningerne som generende. Andre ønsker medicin som en støtte i forhold til at være afholdende/reducere alkoholbrug.</p> <p>Der kan være personer, der fravælger acamprosat eller naltrexon af økonomiske årsager.</p>
Andre overvejelser	<p>Acamprosat skal indtages tre gange dagligt, mens naltrexon skal indtages én gang dagligt.</p>

9.8 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der kan være en positiv effekt i form af reduceret alkoholbrug, hvis samtalet terapi kombineres med acamprosat eller naltrexon. Begge præparater kan dog være forbundet med en række bivirkninger, ligesom der for denne målgruppe er en særlig risiko for polyfarmaci. Anbefalingen er givet under forudsætning af, at personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der er i behandling med acamprosat eller naltrexon, følges tæt af en læge. Hvis personen ikke oplever en positiv effekt af medicinen inden for et par uger, bør det seponeres straks.

9.9 Evidensprofil

Samtalebehandling kombineret med naltrexon eller acamprosat sammenlignet med samtalebehandling alene							
Population: Personer over 18 år med alkoholafhængighed og psykisk lidelse							
Intervention: Samtalebehandling kombineret med naltrexon eller acamprosat							
Sammenligning: Samtalebehandling alene							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Samtalebehandling alene	Samtalebehandling kombineret med naltrexon eller acamprosat	Forskel				
Frafald af alle årsager (all cause discontinuation) (Ved behandlingsafslutning)	345 per 1000	346 per 1000 (273 til 435)	0 færre per 1000 (71 færre til 89 flere)	RR 1,0 (0,79 til 1,26)	767 (7 studier) (35,37-42)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,3}	Kritisk outcome.
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)			SMD 0,48 (0,8 færre til 0,15 færre)		152 (2 studier) (35, 38)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ¹	Vigtigt outcome. Målt som procent dage/antal dage med alkoholindtag
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)			SMD 0,11 (0,34 færre til 0,12 færre)		285 (2 studier) (35, 41)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT ¹	Vigtigt outcome. Målt som procent dage/antal dage med massivt alkoholindtag
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)	mean 4	mean 4	MD 0,0 (2,62 færre til 2,62 flere)		23 (1 studie) ⁽⁴²⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,4,5}	Vigtigt outcome. Målt som genstande per drikkedag
Alkoholbrug (alcohol use) (Ved behandlingsafslutning)	mean 61	mean 61	MD 0,0 (59,01 færre til 59,01 flere)		23 (1 studie) ⁽⁴²⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt outcome. Målt som antal genstande per måned
Alkoholbrug (alcohol use) (Follow-up)			MD 8,53 færre (20,13 færre til 3,06 flere)		111 (1 studie) ⁽³⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Kritisk outcome. Målt som procent dage med alkoholindtag
Abstinens (abstinence) (Ved behandlingsafslutning)	504 per 1000	559 per 1000 (438 til 715)	55 flere per 1000 (66 færre til 209 flere)	RR 1,11 (0,87 til 1,42)	524 (4 studier) (37, 39-41)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome. Målt som antal deltagere med total abstinens
Abstinens (abstinence) (Ved behandlingsafslutning)			MD 0,55 flere (2,12 færre til 3,22 flere)		277 (2 studier) (41,42)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome. Målt som procent afholdende dage
Abstinens (abstinence) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁶	0 studier		Vigtigt outcome.
Selvmoedsadfærd (suicide behavior) (Follow-up)				Kan ikke estimeres ⁶	0 studier		Vigtigt outcome.

Psykiske symptomer (psychiatric symptoms) (Follow-up)	MD 1,16 færre (5,56 færre til 3,24 flere)	111 (1 studie) ⁽³⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt outcome. Psykiske symptomer målt vha. PTSD Symptom Severity Scale (højere score indikerer flere symptomer)
Funktionsevne (level of functioning) (Follow-up)		Kan ikke estimeres ⁶	0 studier	Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) (Follow-up)		Kan ikke estimeres ⁶	0 studier	Vigtigt outcome.
Tid til recidiv (time to relapse) (Ved behandlingsafslutning)	MD 13,39 (6,4 kortere til 33,18 længere)	170 (1 studie) ⁽⁴⁰⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,3,4}	Vigtigt outcome.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.				
CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle				
GRADE evidensniveauer:				
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.				
¹ Risk of bias, bl.a. manglende blinding				
² Risiko for selektionsbias				
³ Bredt konfidensinterval				
⁴ Kun ét studie				
⁵ Upræcist effektestimant				
⁶ Ingen evidens fundet for dette outcome				

9.10 Anneks: Evidenstabel over skadevirkninger

Samtalebehandling kombineret med naltrexon eller acamprosat sammenlignet med samtalebehandling alene						
Population: Personer over 18 år med alkoholafhængighed og psykisk lidelse						
Intervention: Samtalebehandling kombineret med naltrexon eller acamprosat						
Sammenligning: Samtalebehandling alene						
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)
	Samtalebehandling alene	Samtalebehandling kombineret med naltrexon eller acamprosat	Forskel			
Kvalme (nausea) (Under behandling)	462 per 1000	611 per 1000 (503 til 743)	149 flere per 1000 (42 flere - 282 flere)	RR 1,32 (1,09 til 1,61)	308 (3) (35,41,42)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT ¹
Hovedpine (headache) (Under behandling)	467 per 1000	612 per 1000 (322 til 1162)	145 flere per 1000 (145 færre - 696 flere)	RR 1,31 (0,69 til 2,49)	54 (2) (35,42)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,2}
Kraftløshed (weakness) (Under behandling)	0 per 1000	687 per 1000 (0 til 0)	687 flere per 1000 (0 færre - 0 færre)	RR 21,65 (1,39 til 337,9)	31(1) ⁽³⁵⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3}
Diarré (diarrhea) (Under behandling)	600 per 1000	930 per 1000 (120 to 1194)	330 flere per 1000 (480 færre - 594 flere)	RR 1,55 (0,2 til 1,99)	54 (2) (35,42)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,2}
Rastløshed (restlessness) (Under behandling)	828 per 1000	828 per 1000 (654 til 1051)	0 flere per 1000 (175 færre - 222 flere)	RR 1,0 (0,79 to 1,27)	285 (2) (35,41)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,2}
Søvnforstyrrelser, søvnløshed og mareridt (sleep disturbances, insomnia and nightmares) (Under behandling)	467 per 1000	495 per 1000 (242 til 999)	28 flere per 1000 (224 færre - 532 flere)	RR 1,06 (0,52 til 2,14)	54 (2) (35,42)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,2}
Allergiske reaktioner (Allergic reactions) (Under behandling)	200 per 1000	375 per 1000 (114 til 1238)	175 flere per 1000 (86 færre - 103 flere)	RR 1,88 (0,57 til 6,19)	31 (1) ⁽³⁵⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3}
Abdominalmerter (abdominal pain) (Under behandling)	408 per 1000	575 per 1000 (444 til 746)	168 flere per 1000 (38 flere - 336 flere)	RR 1,41 (1,09 til 1,83)	254 (1) ⁽⁴¹⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,3}
Opkast (vomiting) (Under behandling)	277 per 1000	332 per 1000 (229 til 481)	55 flere per 1000 (48 færre - 204 flere)	RR 1,2 (0,83 til 1,74)	254 (1) ⁽⁴¹⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3}
Nervøsitet (nervousness) (Under behandling)	781 per 1000	883 per 1000 (726 til 1069)	102 flere per 1000 (55 færre - 289 flere)	RR 1,13 (0,93 til 1,37)	254 (1) ⁽⁴¹⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{1,2,3}
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.						
GRADE evidensniveauer:						
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.						
¹ Risiko for bias						
² Bredt konfidensinterval						
³ Kun ét studie						

10 Referenceliste

- (1) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). NICE, 2011 (NICE Clinical Guidelines 115).
- (2) Guideline Development Group of the CPG on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Clinical practice guidelines for psychosocial interventions in severe mental illness. Madrid : Aragon Institute of Health Sciences (IACS). Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy, 2009. (Clinical practice guidelines in the NHS IACS; no. 2009/05).
- (3) Matthys F, Möbius D, Stes S, Joostens P, Tremmery S, Vermassen A, et al. Good Clinical Practice in the Recognition and Treatment of ADHD in (Young) Adults with Addiction Problems : Guidelines for Clinical Practice. Brussel : Association for Alcohol and Other Drug Problems - Forum for Addiction Medicine, 2010 (D/2010/6030/28).
- (4) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser : Sammensatte tjenester – samtidig behandling. : Helsedirektoratet, 2012 (IS-1948).
- (5) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis with coexisting substance misuse : Assessment and management in adults and young people (CG 120). NICE, 2011 (NICE clinical guideline 120).
- (6) Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung (S3-Leitlinie). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2015. (AWMF-Register Nr. 076-001).
- (7) National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed. [Version] 1.0 Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)
- (8) 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.
- (9) Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Psychiatric disorders among substance abusers treated in the substance abuse field. *Norsk Epidemiologi* 2002;12(3):309-18.
- (10) Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(8):807-816.
- (11) Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(6):505-513.
- (12) Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 1999;35 Suppl:S93-100.

(13) Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17 - 40 år innlagt med psykose. Tidsskr Nor Laegeforen 2005;125(9):1178-1180.

(14) Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthoj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015 Aug 11 [Epub].

(15) Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. Am J Med 2005;118(4):330-341.

(16) Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. Alcohol Res Health 2011;33(4):338-349.

(17) Nielsen P, Røjskjær S, Josiasen T. Afrapportering af Projekt SODA : Samarbejde Om Dobbeltbelastede Alkoholklinter : Et modelprojekt om organisering og udførelse af flerfaset dobbeltfokuseret behandling. Middelfart : Ringgården, Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling, 2013. [Link](#)

(18) Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2007;3:181-205.

(19) Koerner K, Linehan MM. Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am 2000;23(1):151-167.

(20) Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. Am J Psychiatry 2014;171(3):305-322.

(21) Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'neall TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Compr Psychiatry 2005;46(5):371-379.

(22) Ball SA, Young JE. Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. Cognitive and Behavioral Practice 2000;7(3):270-281.

(23) van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Behav Res Ther 2005;43(9):1231-1241.

(24) Nielsen P, Rojskjaer S, Hesse M. Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment. Am J Addict 2007;16(5):357-364.

(25) Lindgaard H, Sundhedsstyrelsen. Familieorienteret alkoholbehandling - et litteraturstudium af familiebehandlings effekt. København: Sundhedsstyrelsen, 2006. [Link](#)

(26) National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb : vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknudning. [Version] 1.0. Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)

- (27) Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1706-1713.
- (28) Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD001088.
- (29) Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug : Evalueringsrapport. : Deloitte. Social og Socialstyrelsen, 2015. [Link](#)
- (30) Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Ment Health J* 2006;42(4):377-404.
- (31) Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, et al. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68(2):201-215.
- (32) Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57(2):185-196.
- (33) Frisman LK, Mueser KT, Covell NH, Lin H, Crocker A, Drake RE, et al. Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder. *J Nerv Ment Dis* Nov 2009;197(11):822-828.
- (34) Rush BR, Dennis ML, Scott CK, Castel S, Funk RR. The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Eval Rev* 2008;32(1):7-38.
- (35) Petrakis IL, O'Malley S, Rounsaville B, Poling J, McHugh-Strong C, Krystal JH, et al. Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 2004;172(3):291-297.
- (36) Petrakis IL, Nich C, Ralevski E. Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophr Bull* 2006;32(4):644-654.
- (37) Brown ES, Carmody TJ, Schmitz JM, Caetano R, Adinoff B, Swann AC, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of naltrexone in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 2009;33(11):1863-1869.
- (38) Foa EB, Yusko DA, McLean CP, Suvak MK, Bux D, Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2013;310(5):488-495.

- (39) Oslin DW. Treatment of late-life depression complicated by alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(6):491-500.
- (40) Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, et al. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167(6):668-675.
- (41) Petrakis IL, Poling J, Levinson C, Nich C, Carroll K, Rounsaville B, et al. Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2005;57(10):1128-1137.
- (42) Witte J, Bentley K, Evins AE, Clain AJ, Baer L, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled, pilot study of acamprosate added to escitalopram in adults with major depressive disorder and alcohol use disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32(6):787-796.
- (43) Petrakis IL, Poling J, Levinson C, Nich C, Carroll K, Ralevski E, et al. Naltrexone and Disulfiram in Patients with Alcohol Dependence and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry* 2006;60(7):777-783.
- (44) Hvidtfeldt UA, Gottlieb Hansen AB, Grønbæk M, Tolstrup JSA. Alkoholforbrug i Danmark: kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Statens Institut for Folkesundhed, 2008. [Link](#)
- (45) Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia--a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009 Aug;120(2):85-96.
- (46) Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H, Jr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995;152(3):358-364.
- (47) Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia--a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res* 2011;130(1-3):228-233.
- (48) Gerding LB, Lobbate LA, Measom MO, Santos AB, Arana GW. Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;38(1):71-75.

Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål på PICO-form
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelser og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 10:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

Der er i Danmark ca. 140.000 personer med alkoholafhængighed⁽⁴⁴⁾. Alkoholafhængighed er karakteriseret ved tilstedeværelse af mindst tre af følgende symptomer inden for 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).

Skadeligt forbrug af alkohol er karakteriseret ved et forbrug af alkohol, der har medført skade (fysisk, mentalt eller socialt), hvor personen ikke nødvendigvis opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed.

En stor andel af personer med alkoholafhængighed har også en psykisk lidelse. Et dansk studie anslår, at cirka halvdelen af personer med alkoholafhængighed vil få en psykisk lidelse i løbet af livet⁽⁸⁾.

Omvendt er der også stor forekomst af alkoholafhængighed blandt personer, der er diagnosticeret med en psykisk lidelse. Et dansk studie har undersøgt prævalensen af alkoholafhængighed blandt patienter med en psykisk lidelse⁽¹⁴⁾. Studiet fandt samtidig alkoholafhængighed hos 28 % af patienter med skizofreni, hos 25 % af patienter med skizotypal lidelse, hos 23 % af patienter med andre psykoser, hos 28 % af patienter med bipolar lidelse, hos 21 % af patienter med depression, hos 20 % af patienter med angst, hos 9 % af patienter med OCD, hos 13 % af patienter med PTSD og hos 39 % af patienter med personlighedsforstyrrelser.

Studier har vist, at samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse er forbundet med forværede psykiske symptomer⁽¹²⁾, somatiske komplikationer⁽⁴⁵⁾, dårligere compliance til behandlingen⁽¹²⁾, for tidlig død^(46, 47), hyppigere og længere indlæggelser⁽⁴⁸⁾ og større brug af akuttilbud såsom skadestuer⁽⁴⁸⁾.

Endvidere kan samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse medføre massive sociale problemer⁽¹²⁾.

Bilag 2: Implementering

Dette afsnit beskriver, hvilke aktører (organisationer, faggrupper, myndigheder) der har et medansvar for at sikre kendskabet til samt anvendelse af retningslinjens anbefalinger blandt personale, der i den kliniske praksis møder personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse og skal tage stilling til udredning og behandling af denne gruppe. Afsnittet indeholder desuden arbejdsgruppens forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

Behandlingen af personer med alkoholafhængighed og psykisk lidelse varetages af forskellige sektorer, og dette kan vanskeliggøre implementeringen af retningslinjen. I Norge eksisterer et nationalt kompetencecenter for samtidig rusmiddelmisbrug og psykisk lidelse (ROP-tjenesten), der skal sikre kompetenceudvikling og kompetencespredning på området. Arbejdsgruppen formoder, at et lignende tiltag i Danmark ville kunne styrke implementeringen af retningslinjen.

I Danmark vil kommunale og regionale behandlingsinstitutioner spille en afgørende rolle i forhold til at understøtte implementeringen af retningslinjen gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at anbefalingerne i retningslinjen samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her.

Almen praksis spiller en vigtig rolle i forhold til implementering af anbefalinger vedr. identifikation af alkoholafhængighed og psykisk lidelse samt ordination af medicin.

Herudover spiller frivillige organisationer, herunder patient- og brugerforeninger, en vigtig rolle i forhold til at understøtte implementeringen af retningslinjens indhold.

De faglige selskaber er ligeledes centrale aktører i forhold til at udbrede kendskabet til retningslinjen. Her tænkes bl.a. på Alkoholafhængigt forum, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Selskab for Addiktiv Psykiatri, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje, Selskab for Misbrugspsykologi, Centerlederforeningen, Socialrådgiverforeningen samt Alkohol og Samfund. Sundhedsstyrelsen foreslår, at retningslinjen omtales på de relevante foreningers/faglige selskabers hjemmeside med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen.

Sundhedsstyrelsen foreslår endvidere, at retningslinjen præsenteres på KL's misbrugs-konference og årsmøde i Dansk Psykiatrisk Selskab i første halvår 2016 samt ved andre årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage.

Information om retningslinjen kan også formidles via artikler i Månedsskrift for almen praksis, RUS, Dagens Medicin, Ugeskrift for Læger, P-Psykologernes Fagmagasin, Sygeplejersken mv.

Indholdet af retningslinjen bør integreres i relevante uddannelser og efteruddannelser, herunder f.eks. grunduddannelsen for alkoholbehandlere, kurser for alment praktiserende læger, psykologer og psykiatere mv.

Endvidere bør retningslinjens indhold formidles til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. Her spiller relevante patientforeninger en vigtig rolle.

Arbejdsgruppen anbefaler også, at retningslinjen formidles til relevante forskningsmiljøer.

Samarbejdet mellem sektorerne er yderst vigtigt. Arbejdsgruppen repræsenterer forskellige sektorer og anerkender, at sektorgrænseflader let kan blive barrierer for etablering af sammenhængende indsatser og vanskeliggøre implementering af retningslinjens anbefalinger. Denne udfordring blev også nævnt af referencegruppen samt fremhævet i de høringssvar, som arbejdsgruppen modtog i forbindelse med udarbejdelsen af retningslinjen. Organisatoriske udfordringer kan formentlig kun til en vis grad imødegås ved hjælp af eksisterende værktøjer som f.eks. sundhedsaftaler, koordinerede indsatsplaner og ved brug af forløbskoordinatorer. Endvidere er der stor variation i den behandling, der tilbydes forskellige steder i Danmark. Arbejdsgruppen opfordrer til, at der udarbejdes en grundlæggende analyse af området, som afdækker de eksisterende udfordringer.

Implementeringen af retningslinjen er som udgangspunkt et lokalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjskassen bygger på evidens for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og centrale budskaber med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke.

Bilag 3: Monitorering

Arbejdsgruppen peger på, at indikatorerne opstillet nedenfor vil kunne anvendes til at vurdere retningslinjens implementering. Indikatorerne er udvalgt, sådan at de så vidt muligt baseres på eksisterende data og ikke kræver øget registrering på behandlingsinstitutionerne.

Procesindikatorer

- Andelen af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der modtager alkoholbehandling, og som indløser recept på acamprosat eller naltrexon (NAB, Lægemiddelstatistikregisteret og LPR PSYK).
- Andelen af patienter i psykiatrien, hvor information om alkoholbrug er udfyldt i forbindelse med undersøgelse af KRAM (regionale databaser, f.eks. BI-portalen i Region Midtjylland)
- Andelen af patienter i psykiatrien, som modtager behandling for alkoholafhængighed, hvor pårørende inddrages (NAB og regionale databaser)
- Andelen af behandlingsinstitutioner/behandlingsforløb, hvor anbefalinger følges (tilsyn/audit)

Effektindikatorer

- Antallet af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der modtager alkoholbehandling (NAB, lægemiddelstatistikregisteret og LPR PSYK)
- Antallet af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der gennemfører alkoholbehandling/afsluttes som færdigbehandlede for alkoholafhængighed (NAB, lægemiddelstatistikregisteret og LPR PSYK).
- Antallet af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der modtager behandling for både alkoholafhængighed og psykisk lidelse (NAB, lægemiddelstatistikregisteret og LPR PSYK)
- Antallet af personer, der afvises fra psykiatrisk behandling i Den Centrale Visitation (CVI) grundet alkoholafhængighed

Datakilder

Eksisterende data kan indhentes fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Lægemiddelstatistikregisteret, Landspatientregisteret (LPR) samt regionale databaser, f.eks. BI-portalen i Region Midtjylland.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, medmindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Evidens inden for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, der lever op til GRADE-systemets kvalitetskriterier, er yderst sparsom. Arbejdsgruppen har kun fundet forholdsvis få randomiserede kontrollerede forsøg på området.

Nedenfor oplystes Sundhedsstyrelsens forslag til forskningsområder inden for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse:

- Forskning i screening for alkoholafhængighed og psykisk lidelse, herunder screeningsværktøjer og effekten af screening målrettede personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Forskning i integreret/koordineret behandling overfor sekventiel behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Forskning i døgnbehandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Forskning i dialektisk adfærdsterapi (DAT) og dobbeltfokuseret skematerapi til personer med samtidig alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse
- Forskning i inddragelse af familie/netværk i behandlingen af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Forskning i udgående/opsøgende indsatser til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Forskning i efterbehandling/opfølgning til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Forskning i farmakologisk behandling til personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse
- Langtidsstudier – det vil sige studier, som evaluerer effekten af behandling på længere sigt
- Implementeringsforskning
- Forskning i brug af sundhedsteknologi på feltet
- Forskning i, hvordan personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse oplever deres udrednings- og behandlingsforløb

Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at danske forskere på området engagerer sig internationalt, bl.a. for at kunne gennemføre studier med større populationer.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

Arbejdsgruppen har været ansvarlig for at udvælge de fokuserede spørgsmål, vurdere evidensen og formulere anbefalinger/sammenfatte nærværende retningslinje. Der har været afholdt seks møder i arbejdsgruppen undervejs i processen. Herudover har der været afholdt to møder i referencegruppen, hvor referencegruppen har kommenteret på udkast til fokuserede spørgsmål og anbefalinger. En liste over medlemmer i henholdsvis arbejdsgruppe og referencegruppe ses i [bilag 9](#).

De nationale kliniske retningslinjer har alene til opgave at undersøge den eksisterende evidens for effekten af udvalgte udrednings- og behandlingstiltag. Evidensens kvalitet vurderes ud fra det internationale system GRADE (Grade of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Kun litteratur, der vurderes at være af tilstrækkelig høj kvalitet i henhold til GRADE, inkluderes som grundlag for formulering af anbefalinger.

Ved vurdering af evidensen er det vigtigt at minde om, at evt. manglende evidens for effekten af et tiltag ikke nødvendigvis betyder, at der ikke er en effekt, men blot kan betyde, at effekten ikke er tilstrækkeligt undersøgt.

For en uddybende beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

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, mens det for gennemsnitlige forskelle og standardiserede gennemsnitlige forskelle vil være 0. Hvis konfidensintervallet indeholder værdien for ingen effekt, er det pågældende effektestimater ikke statistisk signifikant. Effektestimater er også vurderet med hensyn til, om de er klinisk relevante, jf. nedenfor.

Ordet 'tendens' benyttes i de tilfælde, hvor der ikke er tale om en statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppe, men hvor estimatet ser ud til at pege i retning af en effekt.

Vurdering af klinisk relevans

Arbejdsgruppen vurderer, hvorvidt en forskel er klinisk relevant. Beslutningen træffes på baggrund af den skala, der er anvendt i studiet.

Når forskellen er målt som en SMD (standardised mean difference), afgør størrelsen på en SMD, hvorvidt forskellen er klinisk relevant. En SMD på 0,2 eller derunder indikerer normalt en forskel, der ikke er klinisk relevant, mens en SMD på 0,8 eller derover indikerer en stor, klinisk relevant forskel. En SMD på 0,5 indikerer en moderat, klinisk relevant forskel.

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybende beskrivelse af de spørgsmål, som denne kliniske retningslinje besvarer, se venligst [her](#).

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

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. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, 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 skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

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

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også 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:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

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. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Søgebeskrivelser samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgebeskrivelser kan tilgås [her](#)
- AGREE-vurderinger kan tilgås [her](#)
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#)
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af inkluderede og ekskluderede studier kan tilgås [her](#)
- Flow charts kan tilgås [her](#)

Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse består af følgende personer:

- Anette Søgaard Nielsen (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, projektdirektør og adjunkt ved Forskningsenheden for klinisk alkoholforskning, Syddansk Universitet
- Birgit Blum Andresen, udpeget af Socialrådgiverforeningen, souschef, Blå Kors ”Rold Skov”
- Ulrik Becker, udpeget af Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi, overlæge, dr.med., Gastroenheden, Hvidovre Hospital, og professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Anders Beich, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin, praktiserende læge
- Bjarne Stenger Elholm, udpeget af DASYS, afdelingsleder, Center for Misbrugsbehandling og Pleje, Københavns Kommune
- Thomas Fahmy, udpeget af Alkoholfagligt Forum, overlæge, Lænkeambulatorierne i Danmark
- Anja Frandsen, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge, Psykiatrisk Center Hvidovre
- Bente Helweg-Mikkelsen, udpeget af Alkoholfagligt Forum, leder, Syddjurs Kommunes Misbrugscenter
- Helle Kjær, udpeget af Dansk Psykologforening, centerleder, Blå Kors Behandlingscenter Taastrup
- Per Nielsen, udpeget af Dansk Psykologforening, leder, Ringgården, Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling
- Jeppe Nygaard Perrild, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, 1. reservelæge, Psykiatrisk Center København
- Casper Westergaard, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, 1. reservelæge, Psykiatrisk Center Nordsjælland
- Roland J. Westerlund, udpeget af Dansk Psykologforening, specialpsykolog, Psykiatrisk Center Hvidovre

Fagkonsulenten Pernille Pinderup Jeppesen har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinje til drøftelse i arbejdsgruppen.

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. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#).

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 udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse består af følgende personer:

- Anette Søgaard Nielsen (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, projektdirektør og adjunkt ved Forskningsenheden for klinisk alkoholforskning, Syddansk Universitet
- Rafai Al-Atia, udpeget af KL, konsulent
- Alberte Bryld Burgaard, udpeget af KKR Hovedstaden, myndighedschef
- Malene Majlund Fischer, udpeget af KKR Syddanmark, centerleder (erstattet af Connie Krogh Sjursen, behandler og visitator)
- Helene Gildebro, udpeget af Region Midtjylland, kvalitetskonsulent
- Britta Glargaard, udpeget af KKR Nordjylland, afdelingsleder
- Erik Høyer, udpeget af Region Nordjylland, overlæge
- Palle Tovborg Havskov Jensen, udpeget af centerlederforeningen, centerleder
- Anne Thalsgård Jørgensen, udpeget af Region Hovedstaden, klinikchef
- Jannie Bruun Andersen, udpeget af Danske Regioner, konsulent
- Anne Lindhardt, udpeget af Psykiatrifonden, formand
- Sara Lindhardt, udpeget af Socialstyrelsen, specialkonsulent
- Kirsten Midtgaard, udpeget af Landsforeningen SIND, koordinator
- Bent Nielsen, udpeget af Region Syddanmark, professor
- Erik Ravn, udpeget af Bedre Psykiatri – Landsforeningen for pårørende, næstformand
- Helene Bygholm Risager, udpeget af KKR Midtjylland, centerleder
- Amir Samkani, udpeget af Landsforeningen af Væresteder, konsulent
- René Strøm, udpeget af Landsforeningen af nuværende og tidligere brugere af psykiatrien, LAP
- Dennis Pihl Thomsen, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, fuldmægtig

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper består af følgende personer:

- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Kit Broholm, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Sasja Juul Håkonsen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Tina Myung Povlsen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Marie Jakobsen, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Pernille Pinderup Jeppesen, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse har forud for udgivelsen været i bred offentlig høring. Følgende institutioner er opfordret til og/eller har afgivet hørings svar:

- ADHD-foreningen
- Alkohol fagligt Forum
- Alkohol og Samfund
- Bedre Psykiatri
- Centerlederforeningen
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi
- Dansk Sygeplejeråd
- Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)
- Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje
- KL
- Landsforeningen af Væresteder
- Landsforeningen af nuværende og tidligere brugere af psykiatrien (LAP)
- Landsforeningen SIND
- Lænken
- Psykiatrifonden
- Selskab for Misbrugspsykologi
- Socialrådgiverforeningen
- Socialpædagogernes Landsforbund
- Socialstyrelsen
- Social- og Indenrigsministeriet
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Lars Linderøth, psykiater, faglig rådgiver, Nasjonal kompetancetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Norge
- Claudia Fahlke, psykolog, professor, Gøteborg Universitet, Sverige

Bilag 10: Forkortelser og begreber

Acamprosat	Præparatet markedsføres pr. 23.10.15 i Danmark under følgende navne: Aotal og Campral
ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
AGREE	The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til vurdering af kliniske retningslinjer
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til vurdering af systematiske reviews
AUS	Alcohol Use Scale
Bias	Bias er systematiske fejl i en undersøgelse, der fører til over eller underestimering af effekten
Blinding	Blinding indebærer, at det under forsøget er ukendt for deltageren, hvilken gruppe vedkommende er fordelt til. Flere parter, udover deltageren, kan være blindet, f.eks. behandleren, den der vurderer udfald, og den der analyserer data.
BPD Serverity Index	Borderline Personality Disorder Severity Index
Case management	Behandlingskoordination
CI	Konfidensinterval
Compliance	Overholdelse af behandlingen
CVI	Den Centrale Visitation
DAT	Dialektisk adfærdsterapi
Disulfiram	Præparatet markedsføres i Danmark som antabus
Dobbeltfokuseret behandling	Behandling, som fokuserer på både alkoholafhængighed og psykisk lidelse
Drikkedag	En drikkedag er defineret som en dag, hvor personen drikker alkohol
DSM-IV, DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. og 5. udgave. Det amerikanske klassifikations- og diagnose-system for psykiske lidelser, udgivet af the American Psychiatric Association
GAF	Global Assessment of Functioning
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. udgave. System til klassifikation af sygdomme, udformet af WHO
Komorbiditet	Forekomsten af samtidige sygdomme med forskellig ætiologi
KRAM	Kost, Rygning, Alkohol og Motion
LPR	Landspatientregisteret
NAB	Det Nationale Alkoholbehandlingsregister
Naltrexon	Præparatet markedsføres pr. 23.10.15 i Danmark under følgende navne: Naltrexon ”Accord”, Naltrexon ”AOP”, Naltrexone ”POA Pharma”, Apend samt Relistor®
NICE	National Institute of Clinical Excellence
Outcomes	Udfald
PANSS	Positive and Negative Symptom Scale
PETAD	Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence
Polyfarmaci	Samtidig brug af flere lægemidler
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
Psykoedukation	Undervisning af patienter og deres pårørende om psykisk lidelse
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder

RCT	Randomiseret kontrolleret studie
Risk of bias	Risiko for bias. En vurdering af hvor stor risikoen for bias er i et studie eller på tværs af en samling af studier
ROP-lidelser	Ruslidelser og psykiske lidelser
RR	Relativ risiko
Selektionsbias	Bias, der kan opstå, hvis deltagere ikke fordeles tilfældigt mellem grupperne i et forsøg
SMD	Standardised mean difference
Velfærdsteknologi	Teknologier og ydelser, der bl.a. er arbejdstidsbesparende og kan øge kvaliteten af ydelserne. Et eksempel er videokonferencer