

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?



Af Jonas Marschner, Anne Søndergaard, Marie Nygård Fogh og Ditte Skovgaard March

Vejleder: Jette Kolding Kristensen

Indledning

Efter at have arbejdet en årrække i det danske sundhedsvæsen, såvel i den primære som i den sekundære sektor, er det vores opfattelse, at behandlingen af alkoholafhængighed foregår meget forskelligartet i Danmark, og at mennesker med et alkoholoverforbrug ofte bliver overset eller ikke får den fornødne hjælp til behandling.

Enten er det fordi vi som læger og sundhedspersonale ikke i tilstrækkeligt omfang er opmærksomme på dette store problem, eller fordi vi måske prioriterer tiden med patienterne anderledes og ikke altid har fokus på samtlige KRAM-faktorer, herunder patientens alkoholvaner. DSAM har forsøgt at præge den kliniske praksis ved at udgive en klinisk retningslinje "Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer" i 2010. Når et alkoholoverforbrug først er erkendt er vores opfattelse, at der tilbydes uensartet behandling og at denne ikke altid følger de gældende kliniske retningslinjer, herunder den nye nationale kliniske retningslinje udgivet i februar 2015.

Vi ønsker med denne opgave at redegøre for, hvilke danske gældende retningslinjer, der findes for alkoholbehandling samt at få belyst de praktiserende lægers håndtering af mennesker med alkoholoverforbrug og om denne er i overensstemmelse med de gældende retningslinjer.

Materiale og metode

Denne forskningsopgave baseres på en litteraturgennemgang samt en spørgeskemaundersøgelse.

Litteratur

De gældende kliniske retningslinjer omhandlende alkoholbehandling i Danmark er gennemgået med udgangspunkt i de senest opdaterede danske vejledninger, herunder Nationale Kliniske Retningslinje "Behandling af alkoholafhængighed" fra 2015 (NKR), IRF's vejledning "Alkoholafhængighed skal behandles" fra 2015 samt DSAM's vejledning "Spørg til alkoholvaner" fra 2010. Antagelsen om at danske praktiserende læger med stor sandsynlighed har kendskab til de to sidstnævnte vejledninger, er årsagen til valget af netop disse. NKR er nyeste viden på området og derfor har vi fundet det væsentligt også at gennemgå denne.

En litteratursøgning i PubMed på relevante artikler omhandlende alkoholafvænningsbehandling er i øvrigt gennemført. Resultaterne heraf var sparsomme, hvorfor vi gennem faglige netværk har indhentet supplerende materiale.

Spørgeskemaundersøgelse.

En spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger i Region Nord og Region Midt er udfærdiget. Deltagerne blev rekrutteret via vores respektive tolvmandsgrupper, deltagerne på vores forskningstræningshold og andre faglige netværk. Besvarelserne er indhentet udelukkende fra speciallæger i almen medicin. Deltagerne blev informeret om formålet med undersøgelsen samt at resultaterne blev anonymiseret.

Spørgeskemaet blev udformet af hele arbejdsgruppen og pilottestet i to praksis.

Spørgeskemaet bestod af ni spørgsmål omhandlende den akutte og den støttende behandling af alkoholafhængighed i almen praksis, flere af spørgsmålene havde flere svarmuligheder. (Se bilag 1).

Skemaet blev herefter udsendt på e-mail via SurveyMonkey.com, som er et gratis webbaseret program. Ca. 200 spørgeskemaer blev udsendt og 58 svar returneret (svarprocent på 29%). Spørgeskemaerne blev udsendt i perioden fra d. 1. oktober til d. 3. november 2015.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blev efterfølgende gennemgået af hele arbejdsgruppen og deskriptive søjle- og cirkeldiagrammer udfærdiget.

Vi har desuden aflagt Center for Alkoholbehandling, Jægergårdsgade i Århus et besøg for at få et indblik i, hvilken behandling, der tilbydes her, og hvordan de oplever samarbejdet med de praktiserende læger.

Resultater

Alkoholforbrug i Danmark

Sundhedsstyrelsen har lavet en række anbefalinger for forbrug af alkohol og har formuleret en lavrisikogrænse på 7/14 genstande pr. uge for hhv. kvinder og mænd.

Højrisikogrænsen defineres som 14/21 genstande pr. uge for kvinder/mænd.

Det anbefales i øvrigt, at hverken kvinder eller mænd indtager mere end 5 genstande ved samme lejlighed.

Storforbrug af alkohol: Hvis forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens højrisiko grænse.

Det vurderes, at 860.000 danskere har et storforbrug af alkohol.¹

Skadeligt alkoholforbrug: Defineres ifølge WHO's klassifikationssystem ICD-10 som følgende:

- Fysisk og/eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)
- Skaden er klart påviselig
- Varighed af mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år
- Afhængighedssyndrom kan udelukkes.

Det skønnes at ca. 585.000 danskere har et skadeligt alkoholforbrug.²

Alkoholafhængighed: Defineres ud fra ICD-10, hvor 3 eller flere af følgende kriterier samtidigt har været til stede indenfor 3 måneder eller gentagne gange inden for det sidste år:

- Trang til alkohol (craving)
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer (eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå disse)
- Toleranceudvikling
- Alkohol har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

Det vurderes, at ca. 140.000 danskere er alkoholafhængige.³

Ovennævnte tal er skøn. En anden måde at kvantificere forbruget på er ud fra salg af alkohol, hvor en dansker på 15 år eller derover i gennemsnit i 2013 købte 9,4 liter ren alkohol pr. år, hvilket ligger højt sammenlignet med de andre nordiske lande, men lidt lavere end gennemsnittet i OECD-landene.⁴

De danske unge er de unge i 37 europæiske lande, der har den højeste andel, som har været fulde i løbet af de sidste 30 uger.⁵ Tidlig alkoholdebut er relateret til senere alkoholproblemer, hvorfor det er vigtigt at forebygge alkoholforbrug i tidlig alder.⁶

I alt oplyser 88,4% af den voksne danske befolkning, at de har drukket alkohol inden for det seneste år og 8,7% af danskerne oplyser, at de drikker alkohol syv dage om ugen. Andelen af personer med et dagligt alkoholforbrug er større blandt mænd end kvinder.⁷ Hele 20,6% af danskere over 15 år drikker over det anbefalede for lavrisikogrænsen, og her er andelen ens for mænd og kvinder. Det største forbrug er at finde hos de 16-24 årige og de 55-74 årige.⁸

Alkohol bidrager til mere end 200 sygdomme og tilstande og er skyld i 3.000 dødsfald årligt svarende til 5,2% af det samlede antal dødsfald i Danmark. Ved storforbrug nedsættes levealderen for kvinder med 4 år og for mænd med 5 år.⁹ Herudover medfører et overforbrug ofte omfattende psykiske, sociale og menneskelige omkostninger.

Samfundsmæssigt har det en høj pris. Hvert år er der ca. 166.000 kontakter (hvoraf 90% er mænd) i almen praksis forårsaget af et alkoholproblem, svarende til 0,5% af alle kontakter. 2,6% af alle indlæggelser på landets sygehuse er alkoholrelaterede.¹⁰ Alle disse kontakter koster samfundet dyrt. En undersøgelse fra 2014 konkluderer, at et forsigtig og konservativt estimat af de samfundsmæssige omkostninger ved alkoholoverforbrug årligt beløber sig til 13 mia. kr.¹¹

Argumenterne for, hvorfor der er et stort behov for både forebyggelse og behandling af alkoholmisbrug, er således mange. Sundhedsstyrelsen forsøger med forebyggelse i form af 5 gode råd om alkohol og siden 1990 med årlige alkoholkampanjer i uge 40. Noget tyder på, at det har hjulpet. Generelt ses en faldende andel af personer, der drikker over både høj- og lavrisikogrænsen i årene 2010-2013, hvilket gælder i alle aldersgrupper uafhængigt af køn.¹²

Blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse, angiver 30%, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Det tal er øget med 2,2% point fra 2010 til 2013,¹³ hvilket også indikerer, at mange, og flere og flere faktisk er motiverede for at få hjælp til deres alkoholoverforbrug.

Alkohol afhængighed behandles primært non-farmakologisk og i nogle tilfælde understøttet af en farmakologisk behandling.

Farmakologisk behandling af alkoholafhængighed

Overordnet set gælder det, at alle nedenstående præparater betragtes som en supplerende farmakologisk behandling til psykosociale tiltag, og den farmakologiske behandling bør aldrig stå alene.

Benzodiazepiner anbefales som førstevalg til behandling af alkoholabstinenssymptomer.

Behandlingen reducerer graden af angst og uro, og nedsætter risikoen for abstinenskramper og delirium tremens. Chlordiazepoxid, som er et hydrofilt benzodiazepin med lang plasmahalveringstid, er at foretrække. Behandlingen individualiseres og doseres afhængigt af graden af abstinenssymptomer, alternativt efter et fastlagt aftrapningsskema over 8-10 dage. Bivirkningerne er altovervejende fysisk og psykisk afhængighed og toleransudvikling.

Metaboliseringen nedsættes af disulfiram og den sederende virkning forstærkes af alkohol. En succesfuld abstinensbehandling kræver hyppig patientkontakt ved fremmøde og dosisjustering.

Disulfiram (Antabus) er en irreversibel acetaldehyddehydrogenasehæmmer, som inhiberer alkoholnedbrydningen. Anvendes til alkoholafhængige med total afholdenhed som mål og skal administreres under supervision. Promillen skal være 0 eller nær 0 forud for opstart af behandling, og standardbehandlingen er en daglig dosering eller 2 gange ugentligt. Indtagelse af alkohol under

disulfirambehandling medfører typisk en disulfiram-alkoholreaktion i løbet af 5-10 min. Symptomerne er typisk palpitationer, flushing, kvalme, opkastninger og hovedpine, men sværere og potentielt fatale reaktioner kan forekomme. Bivirkningerne er primært træthed, hovedpine, abdominalia, diaré, metalsmag og kvalme (>10%). På trods af, at disulfirambehandling er udbredt i praksis, er denne meget omdiskuteret.

Acamprosate (Campral) påvirker GABA-medieret neurotransmission og reducerer den alkoholbetingede forhøjede glutamataktivitet. Behandlingen kan påbegyndes umiddelbart efter overstået abstinensfase og doseres 3 gange dagligt i ca. 12 måneder. Bivirkninger og interaktioner er få. Den hyppigste bivirkning er diarré. Acamprosate anbefales til behandling af patienter, hvor afholdenhed er målet.

Naltrexone er en opioidantagonist, der ophæver effekten af de af alkohol frigjorte endorfiner og dermed reducerer alkohols belønningseffekt. Behandlingen er som udgangspunkt tænkt til patienter med familiær disposition og tidlig debut af alkoholproblematikken, og hvis målsætning er kontrol med eller reduktion af alkoholforbruget frem for total afholdenhed. Doseringen er typisk en tablet dagligt. Bivirkningerne er kvalme, abdominalia, myalgier, artralgi, hovedpine, svimmelhed og søvnforstyrrelser (>10%). Behandlingen reducerer tilbagefaldsraten, alkoholforbruget og graden af craving.

Nalmefene (Selincro) er også en opioidantagonist til behandling af patienter med alkoholafhængighed, som ønsker alkoholforbruget reduceret. Doseringen er 1 tablet 1-2 timer før forventet alkoholindtagelse, max 1 gang dagligt. Bivirkningerne er kvalme, svimmelhed, søvnløshed og hovedpine (>10%). Behandlingen reducerer alkoholforbruget og graden af craving.^{14 15}

DSAM's anbefalinger for behandling af alkoholafhængighed:

Den praktiserende læge skal efter endt udredning vurdere, hvilken behandling, der er relevant og om det videre forløb skal foregå i eget regi eller i en alkoholbehandlingsinstitution.

Ved alkoholafhængighed anbefales kognitiv terapi og evt. medicinsk behandling. Patienten bør som hovedregel henvises til en alkoholbehandlingsinstitution, ambulant- eller døgnbehandling. Behandlingen kan i nogle tilfælde håndteres i almen praksis, hvis patienten er motiveret og hvis den praktiserende læge vurderer, at opgaven kan håndteres i almen praksis.

Der kan tilbydes forskellige former for støttende behandling i almen praksis:

Kort intervention består af 1-5 korte (5-20 min) samtaler med oplysning om helbredsrisiko, sundhedsstyrelsens anbefalinger og hjælp til at ændre alkoholvanerne. Metanalyser viser, at kort intervention er en effektiv behandlingsstrategi og effekten afhænger mere af behandlerens personlighed end af faglighed.

Kognitiv terapi til patienter med afhængighed og evt. skadeligt forbrug. Der arbejdes med den kognitive diamant, psykoedukation og social færdighedstræning. Det er veldokumenteret, at kognitiv terapi er virksomt uafhængigt af om behandlingsmålet er total alkoholafhængighed eller nedsat forbrug.

Metaanalyser har vist, at motiverende samtaler og kort intervention har effekt på alkoholforbruget. Undersøgelser har ikke vist sikker effekt af selvhjælpsgrupper. Hvis patienten egenhændigt opsøger selvhjælpsmateriale har undersøgelser vist effekt. Der er ikke vist sikker forskel mellem ambulante behandlingstilbud i offentlig regi og private 12-trins dagtilbud (Minnesota).

Medicinsk behandling til patienter med skadeligt forbrug og afhængighed bør altid ledsages af psykosocial intervention.

Afrusning varetages med abstinensdæmpende medicinsk behandling, og bør ledsages af kontrol efter 1-2 dage. Patienter med milde abstinenser kan behandles i praksis, men svære tilfælde (gentagne mislykkede forsøg på ambulant afrusning, sociale trusler, støjende og aggressiv adfærd, alvorlig psykiatrisk sygdom eller hvor patientens sociale netværk er sparsomt) bør behandles under indlæggelse.

Som førstevalg anbefales benzodiazepiner med lang halveringstid f.eks. clordiazepoxid.

Der anbefales supplerende behandling med tablet B-combin stærk og tiamin til patienter med alkoholproblemer og især alle patienter opstartet i abstinensbehandling. Evidensen for behandlingen er beskedent, men behandlingen er billig og ufarlig. Behandlingstiden er max. tre måneder.

Understøttende medicinsk behandling:

Disulfiram: Anvendes ved ønske om total afholdenhed. Ikke-superviseret antabusindtagelse har ikke vist effekt. Overvågning af indtagelse af antabus har vist signifikant effekt sammenlignet med placebo. Disulfiram har fortsat en plads i alkoholbehandlingen på grund af ovenstående. Der er ved sammenligning af disulfiram med acamprosat og naltrexon ikke fundet forskelle i effekt. Som regel kan behandlingen stoppes efter ca. 1 år, men nogle patienter ønsker at fortsætte længere.

Acamprosat: Er formentlig mest velegnet til de patienter, hvor angst eller craving er fremtrædende symptomer, og hvor total alkoholafholdenhed er målet. Metaanalyser viser, at der er signifikant effekt sammenlignet med placebo.

Behandlingsvarighed 6-12 måneder, men varigheden er ikke endelig fastsat.

Naltrexon: Anbefales til patienter med familiær disposition for alkoholafhængighed og tidlig debut af alkoholproblematikken og som primært ønsker et reduceret alkoholforbrug. Har dokumenteret effekt, men også flere bivirkninger og kontraindikationer. Effekten synes ligeværdig med acamprosat.

Effekt: Der er hverken national eller international konsensus om, hvad der definerer god effekt, eller hvor lang tid, patienten skal have været 'symptomfri', for at en behandling kan betegnes som værende succesfuld. Effekten synes at stabilisere sig efter 6-12 måneder, men der er store udsving på individniveau.

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed:

Non-farmakologisk behandling

Det anbefales, at alkoholafhængige tilbydes familieorienteret alkoholbehandling i form af kognitiv adfærdsterapeutisk familieterapi. Der er dokumentation for, at det øger familiens trivsel og mindsker alkoholindtaget hos den afhængige sammenlignet med individuel behandling.

Det anbefales desuden, at den alkoholafhængiges pårørende tilbydes professionel rådgivning, da det også øger sandsynligheden for, at den afhængige kommer i behandling, dette gælder hos både de motiverede og ikke-motiverede afhængige.

Den alkoholafhængige bør tilbydes et ambulante behandlingsforløb. Behandlingen kan gives både som individuel behandling og som gruppeforløb, dette bør være valgfrit.

Det anbefales desuden, at behandlingsforløbet som udgangspunkt planlægges af tre måneders varighed, og at alkoholafhængige får tilbudt efterbehandling, når deres behandlingsforløb er afsluttet. Der er ikke evidens for øget effekt af alkoholbehandlingen ved et seks måneders behandlingsforløb sammenlignet med behandling af tre måneders varighed. Det anbefales dog, at behandlingsforløbet efter en 3 måneders periode evalueres med mulighed for at forlænge behandlingen om nødvendigt.

Med hensyn til efterbehandling er der nogen evidens for, at alkoholafhængige i efterbehandlingsforløb har flere afholdende dage samt en ikke signifikant tendens til, at flere er afholdende ved et års follow-up. Da der endvidere ikke er kendt skadevirkning af et efterbehandlingsforløb, er det som udgangspunkt at anbefale.

Farmakologisk behandling

Alkoholafhængige, der ønsker at ophøre fuldstændigt med at forbruge alkohol, skal tilbydes acamprosat som supplement til samtalebehandling, da der er god evidens for, at ovenstående kombination øger andelen af afholdende efter et års behandling samt et år efter endt behandling. Behandlingen er desuden forbundet med få bivirkninger.

Alkoholafhængige, der ikke har afholdenhed som målsætning, kan tilbydes naltrexon. Der er evidens for, at naltrexon sammen med samtaleterapi kan nedsætte alkoholindtaget hos de patienter, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Der er ikke effekt på opnåelse af afholdenhed på længere sigt.

Disulfiram sammen med samtalebehandling bør kun tilbydes efter nøje overvejelse, da effekten er usikker, og graden af bivirkninger kan være større. Det er ikke god klinisk praksis, at give superviseret disulfirambehandling uden samtidig at tilbyde et struktureret samtaleforløb.

Enkelte kan have ønske om at fortsætte disulfirambehandling efter endt samtaleforløb, og dette ønske bør imødekommes, så længe den ordinerende læge løbende tager aktivt stilling til, om der fortsat er behov for behandling.

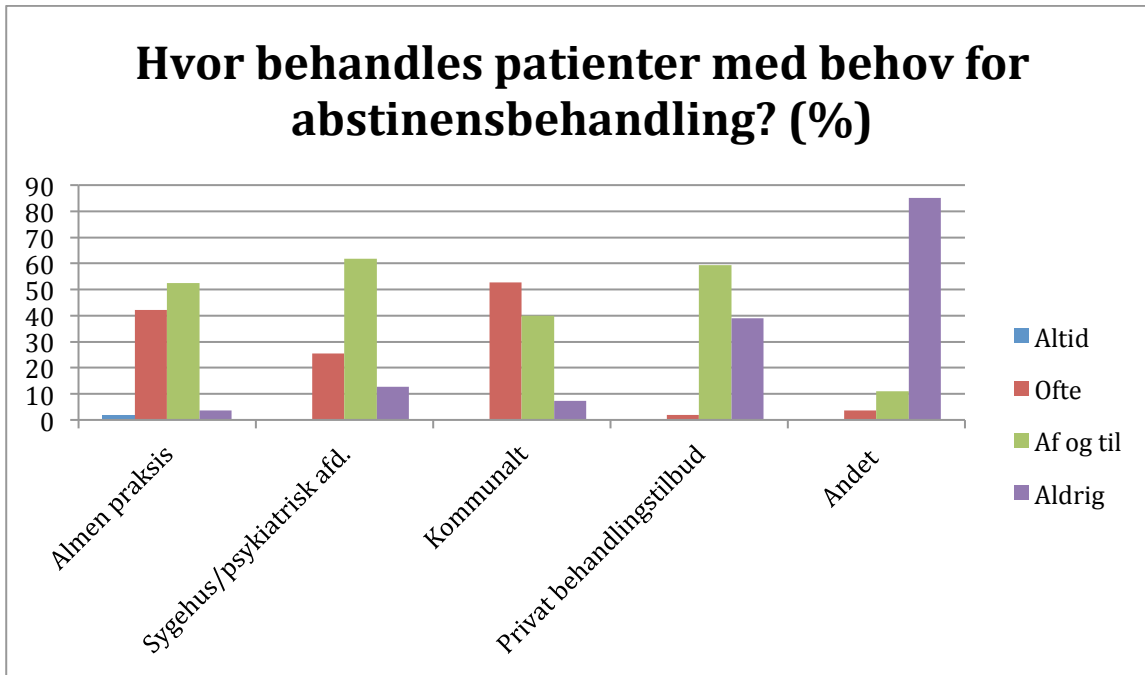
Nalmefen bør kun anvendes efter nøje overvejelse, da effekten af nalmefen er usikker, og der kan være mange bivirkninger. Der er ingen evidens for at Nalmefen sammen med samtalebehandling mindsker risikoen for frafald eller øger sandsynligheden for afholdenhed sammenlignet med struktureret samtalebehandling alene. Samtidig er det uklart, om det medvirker til at nedsætte alkoholindtaget.¹⁶

IRFs vejledning "Alkoholafhængighed skal behandles" er et sammendrag af NKR tilføjet enkelte dele fra DSAM's vejledning og den er derfor ikke nærmere beskrevet her.

Spørgeskemaundersøgelse om praktiserende lægers håndtering af mennesker med alkoholoverforbrug

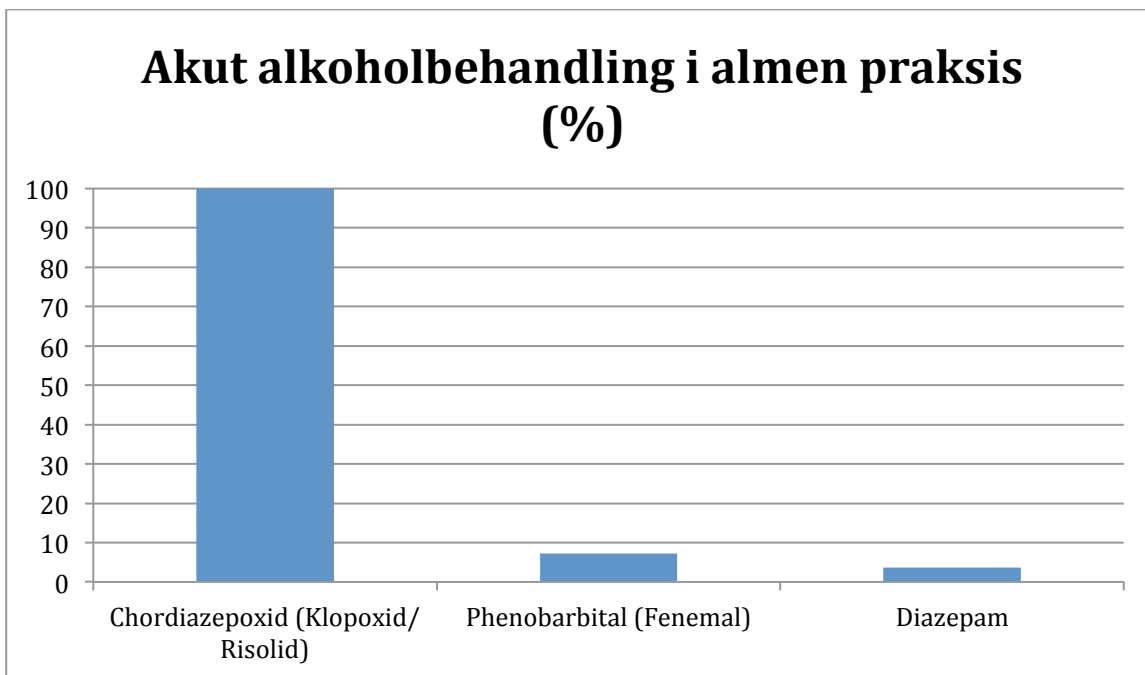
Af de 58 spørgeskemabesvarelser, der kom retur, var 32/58 fra kvinder svarende til 55% og 26/58 fra mænd svarende til 45%. Til sammenligning er der 3.510 praktiserende læger i Danmark, hvoraf 48,3% er kvinder og 51,7% er mænd. Gennemsnitsalderen på respondenterne var 48 år. Gennemsnitsalderen af de danske praktiserende læger er 53,3 år.¹⁷ Besvarelserne kom fra 24 forskellige postnumre i Region Midt og Region Nordjylland.

Der er stor variation i, hvor den akutte abstinensbehandling varetages (Figur 1), men der er en tendens til, at de fleste behandles i kommunalt regi – 53% svarer at deres patienter ofte behandles her. 42% behandler ofte patienterne i almen praksis og 25% henviser ofte patienterne til sygehus/psykiatri. Af de tilknyttede kommentarer har flere respondenter derudover anført psykiatrisk mobilteam og forsorgshjem.



Figur 1

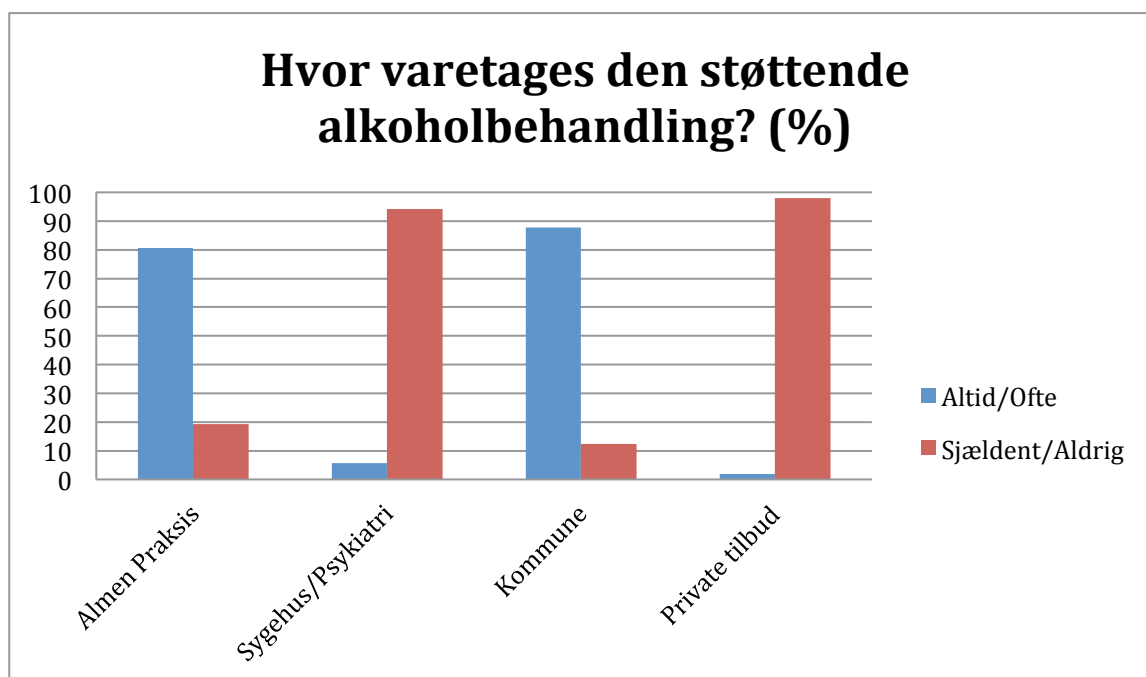
Vedrørende den akutte abstinensbehandling behandler 100% med Chlordiazepoxid. Få procent svarer, at de også behandler med phenobarbital eller diazepam. (Se figur 2)



Figur 2

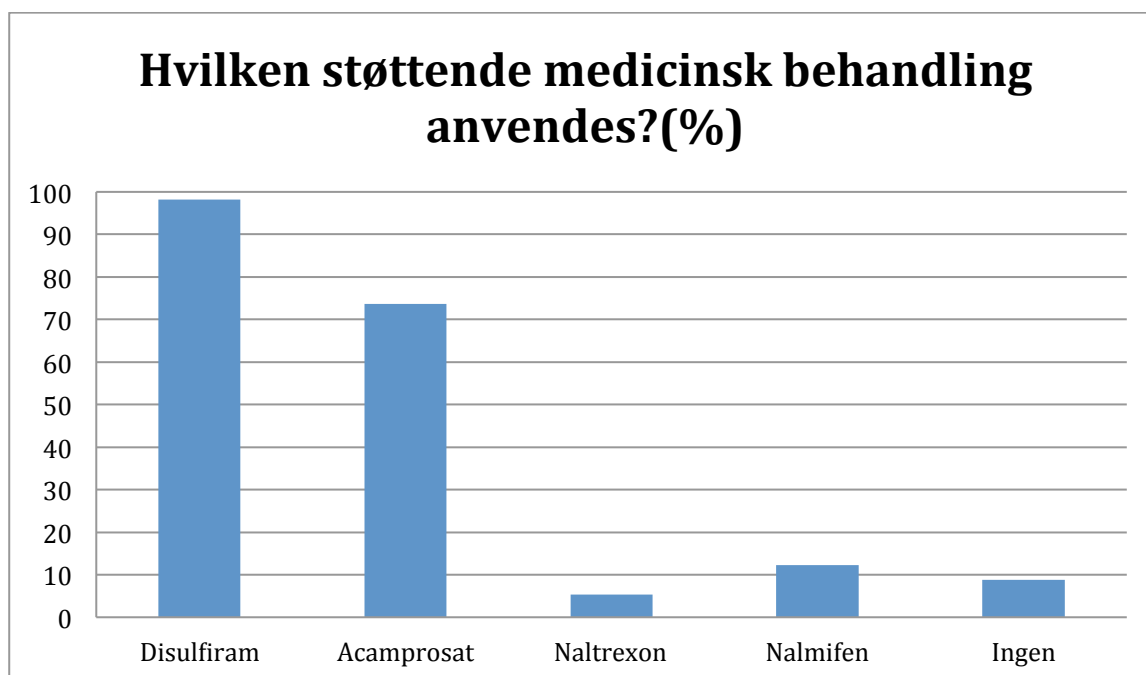
Det fremgår af figur 3, at den videre støttende alkoholbehandling, som beskrevet tidligere, helt overvejende foregår i kommunale behandlingstilbud eller i almen praksis. 81% svarer, at deres

patienter altid eller ofte behandles i praksis og 88% svarer, at deres patienter altid eller ofte behandles i kommunalt tilbud.



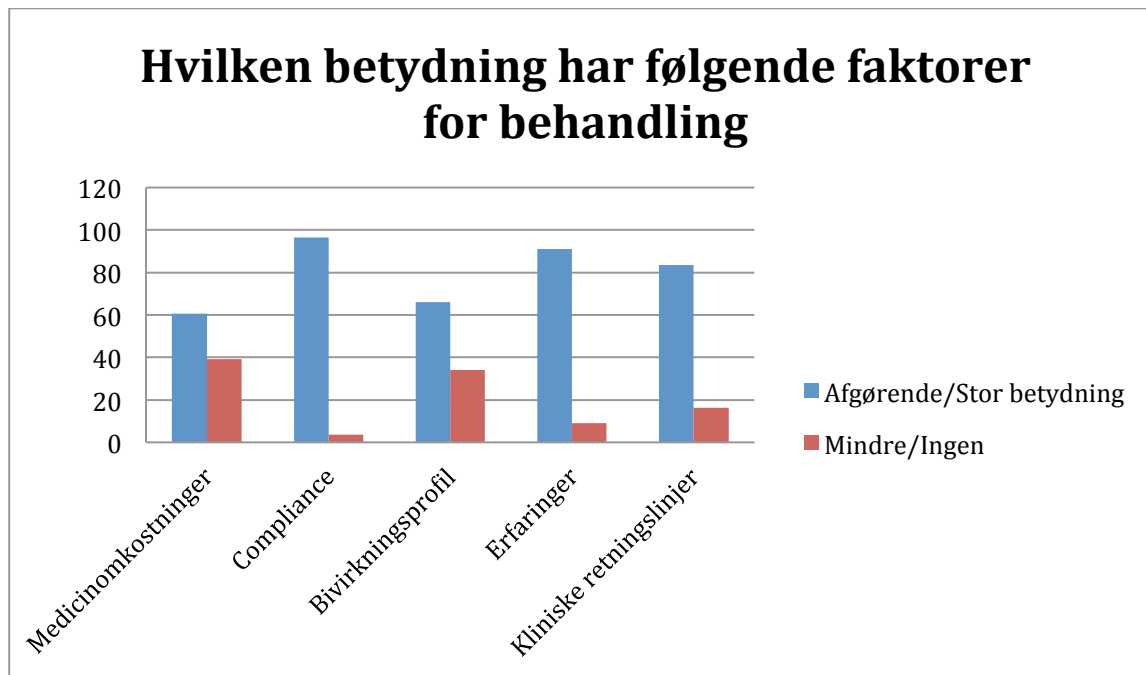
Figur 3

98% angiver at de anvender disulfiram i den støttende medicinske behandling og 74% anvender acamprosat. 12% anvender nalmefen og 5% naltrexon. 9% svarer, at de ikke anvender medicinsk behandling. (se figur 4)



Figur 4

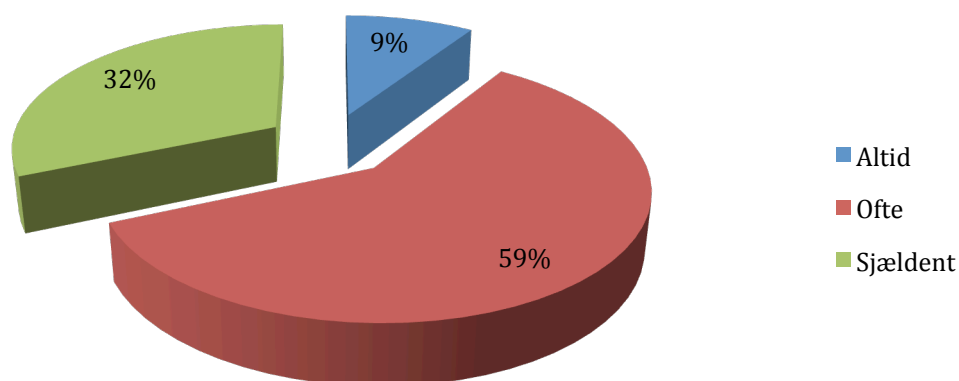
Generelt har alle de i spørgeskemaet omtalte faktorer (medicinomkostninger, compliance, bivirkningsprofil, erfaringer, kliniske retningslinjer) stor betydning for valget af medicinsk støttende behandling. Højest vægtes compliance, som 96% mener har stor eller afgørende betydning efterfulgt af erfaringer med det pågældende præparat og kliniske retningslinjer som hhv. 91% og 86% mener har stor eller afgørende betydning for deres valg. (se figur 5)



Figur 5

På spørgsmålet om der afholdes videre støttende samtaleforløb svarer respondenterne, at 9% altid og 59% ofte afholder disse i praksis. (Se figur 6)

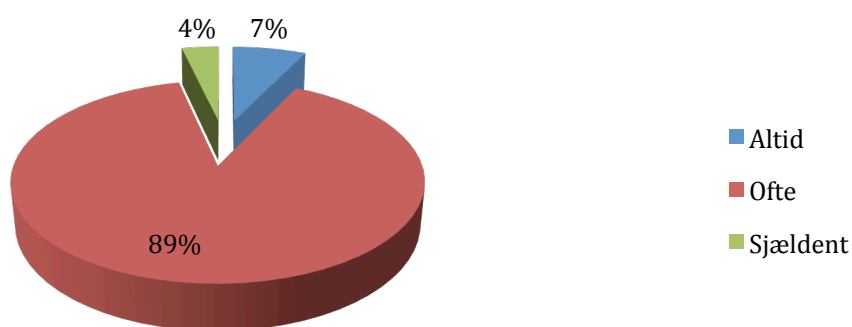
Afholdes støttende samtaleforløb i almen praksis?



Figur 6

Samtidig henviser 89% ofte og 7% altid deres patienter til et forløb i et andet behandlingstilbud f.eks. kommunalt tilbud. (se figur 7)

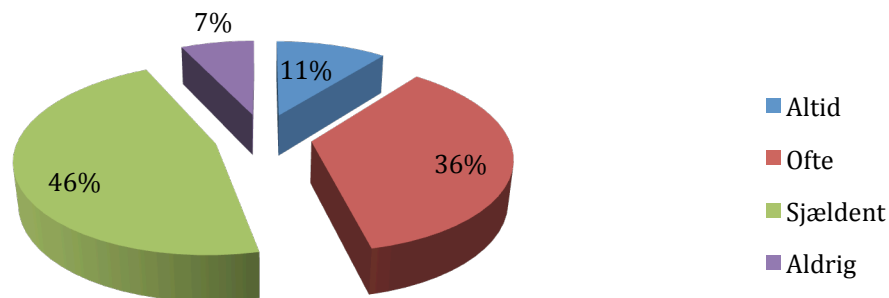
Henvises patienterne til andet behandlingstilbud f.eks. i kommune eller ambulatorium mhp. støttende samtaleforløb?



Figur 7

Af de adspurgte svarer sammenlagt 53%, at de sjældent eller aldrig planlægger systematisk opfølgning af patienter i alkoholbehandling. Omvendt er der 36%, som angiver ofte at planlægge systematisk opfølgning. (se figur 8)

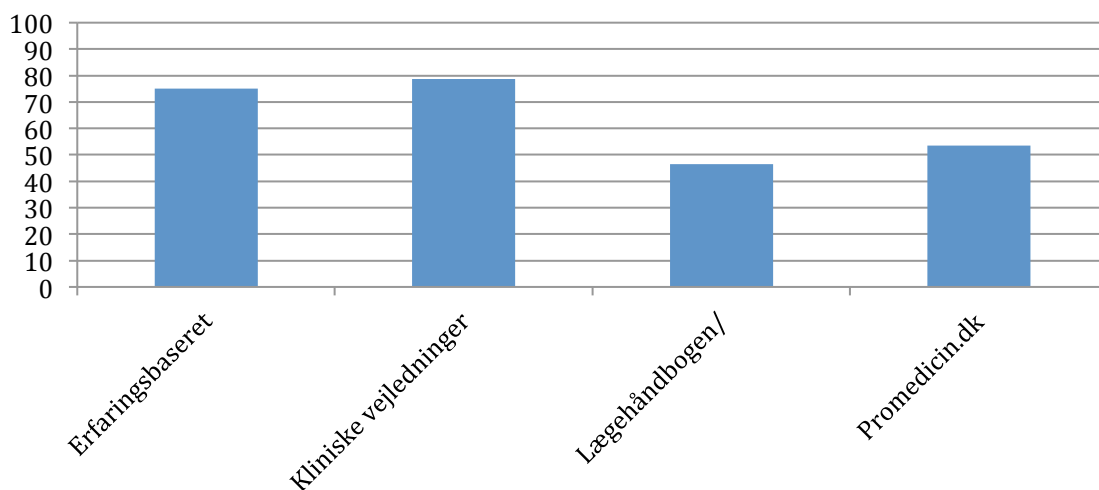
Planlægges systematisk opfølgning af patienter i alkoholbehandling i almen praksis - 3 mdrs kontrol, årskontrol e.lign.? (%)



Figur 8

På spørgsmålet om hvorfra de praktiserende lægers viden om alkoholbehandling stammer, svarer 79%, at den hidrører fra kliniske retningslinjer og 75%, at den er erfaringsbaseret. (se figur 9) Flere respondenter kommenterer, at de derudover får viden gennem forskellig kursusaktivitet.

Hvorfra stammer din viden om alkoholbehandling? (%)



Figur 9

Diskussion

Det beskrives i forordet af Den Nationale kliniske retningslinje, at denne kun beskæftiger sig med udvalgte dele af behandlingsindsatsen på alkoholområdet. Fokus er rettet mod de områder, hvor det er vigtigst at afklare evidensen. Retningslinjen er derfor et tillæg til øvrig litteratur bl.a. DSAM's vejledning. Det er dog fortsat relevant at sammenligne vejledningerne.

Begge vejledninger fokuserer på samtalebehandling som det primære, men der er i NKR kommet større fokus på den familieorienterede terapi, som blot er nævnt kort i DSAM's vejledning. Hvad angår medicin, er der større variationer.

Acamprosot er første valg i NKR hos patienter, der ønsker total afholdenhed, mens DSAM primært anbefaler dette til patienter, hvor angst eller craving er fremtrædende symptomer.

Naltrexon anbefales i NKR til patienter, som ønsker at nedsætte forbruget. I DSAM's vejledning anbefales naltrexon som ovenfor, men primært til patienter med tidlig debut og familier disposition.

NKR angiver, at disulfirams effekt er usikker og at det ikke er god klinisk praksis at give superviseret disulfirambehandling uden samtidig at tilbyde struktureret samtaleforløb. DSAM angiver, at der er signifikant effekt af superviseret disulfirambehandling, og at effekten er ligeværdig med acamprosot og naltrexon.

Ovenstående divergens i anbefalingerne kunne med fordel mindskes ved en opdatering af afsnittet omhandlende farmakologisk behandling i DSAM's vejledning for alkoholbehandling, især da vejledningen må forventes at være opslagsværk for mange praktiserende læger, og man herved kunne opnå en bedre kvalitet i behandlingen.

I spørgeskemaundersøgelsen var svarprocenten på 29%, hvilket er lavere end forventet. Dette kan bl.a. skyldes, at besvarelsene er udsendt via e-mail, hvor en del kan være blevet frafilteret via spamfiltre.

Respondenterne var i gennemsnit 5 år yngre end gennemsnittet af de danske praktiserende læger og en større andel var kvinder (55% versus 48% kvinder). Dette kan skyldes bias i forbindelse med indsamling af data, som hovedsageligt bygger på vores egne netværk.

At alderen på respondenterne fordeler sig anderledes end gennemsnittet må antages at kunne påvirke svarene, da vi må antage, at flere af vores respondenter følger retningslinjerne end gennemsnittet af praktiserende læger. Nye, endnu upublicerede, resultater¹⁸ tyder på at des ældre aldersgruppe den praktiserende læge tilhører, des mindre hyppigt anvendes DSAM's vejledninger. Derimod er der ikke forskel på, hvor hyppigt mandlige og kvindelige praktiserende læger anvender vejledningerne. Mænd er signifikant mindre tilbøjelige til at anse vejledningerne som værende betydningsfulde for deres faglige opdatering sammenlignet med kvinder. At kønsfordelingen blandt respondenterne ikke er helt repræsentativ kan udgøre bias, da populationen med flere kvinder må antages også i højere grad at følge vejledningerne, når de anser dem for værende mere betydningsfulde.

De adspurgte patienter modtager abstinensbehandling dels i almen praksis og dels via kommunale behandlingstilbud med en ligelig fordeling derimellem. I mindre grad behandles patienterne på sygehus eller i psykiatrisk regi, hvilket må formodes at være de sværeste tilfælde med behov for observation eller risiko for komplikationer.

En del af respondenterne angiver, at de er usikre på, hvorvidt deres patienter modtager abstinensbehandling via de kommunale behandlingstilbud pga. sparsom korrespondance. Kommunale opgørelser viser dog, at 67% sender korrespondance til egen læge.¹⁹

Angående valget af farmakologisk behandling mod abstinenser bruger samtlige adspurgte chlórdiazepoxid, hvilket ikke er overraskende ud fra den betragtning, at det er et lægemiddel, der har været anvendt til behandling af abstinenser i en lang årrække og som er relativt enkelt at anvende i forhold til eksempelvis phenobarbital. Chlórdiazepoxid er førstevalg ifølge DSAM's vejledning.

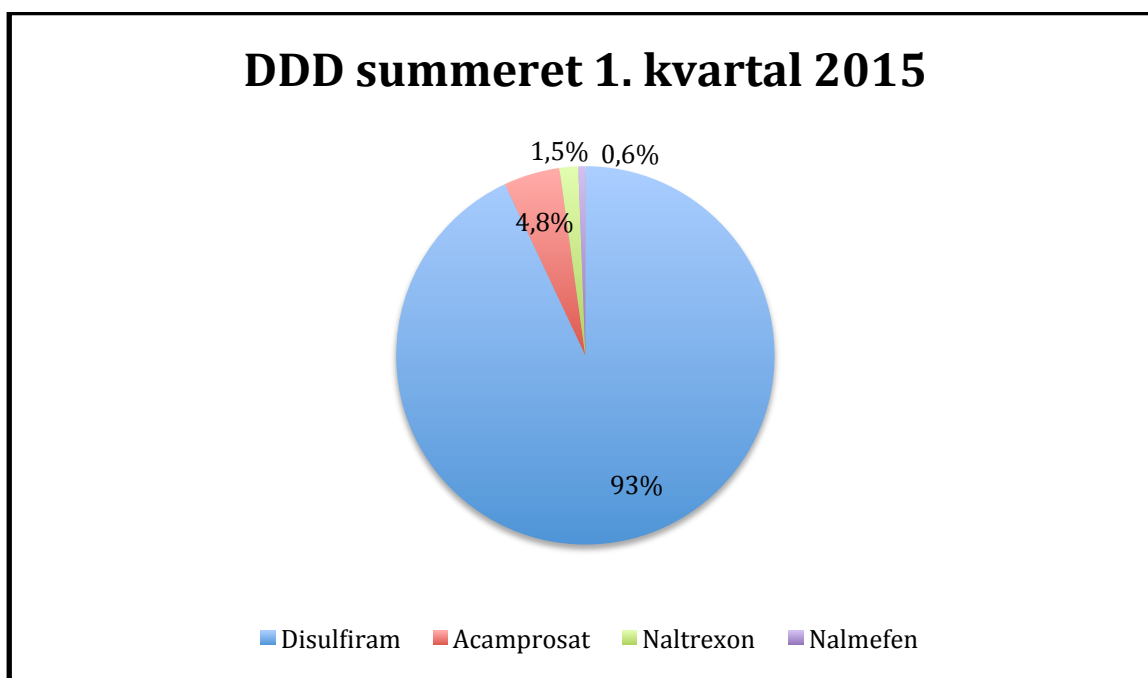
Den videre støttende alkoholbehandling varetages såvidt i almen praksis som i kommunalt regi, og dette i overensstemmelse med gældende retningslinjer, jf. DSAM's vejledning. Ved Center for Alkoholbehandling i Århus er der stor fokus på at fremme samarbejdet almen praksis og kommunalt regi imellem. De giver klart udtryk for, at samarbejdet med almen praksis er begrænset og henvisningerne få.

Medarbejdere fra Folkesundhed Århus og Center for Alkoholbehandling har taget initiativ til projektet "Er du med doktor?", hvor praktiserende læger i Århus Kommune inviteres til et tæt samarbejde på alkoholområdet med tilbud om undervisning til de praktiserende læger og information til patienter og pårørende. Udfordringen lyder, at de praktiserende læger ikke i tilstrækkelig grad er opmærksomme på og i stand til at agere i forhold til en given alkoholproblematik, og tanken bag projektet er, at de praktiserende læger via omtalte indsatser, ændrer praksis vedrørende opsporing og tidlig indsats overfor patienter med en alkoholproblematik.

Under besøget i Center for alkoholbehandling var budskabet klart – henvis endelig patienter med en alkoholproblematik hertil. Efter en rundvisning og gennemgang af behandlingstilbuddet i centret, er det også vores opfattelse, at det kommunale behandlingstilbud til patienter med en alkoholproblematik er almen praksis overlegent på mange områder. Erfaringen med alkoholbehandling er stor, behandlingen foregår tværfagligt, behandlingstilbuddet kan tilpasses den enkelte og alle borgere, der visiteres til et behandlingsforløb, gennemgår et samtaleterapiforløb – i enkelte tilfælde suppleret med en understøttende medicinsk behandling. Et ressourcekrævende set-up de færreste praktiserende læger kan stå mål med. Sammenlignet med behandlingstraditionen i almen praksis var det bemærkelsesværdigt, at behandlingsstrategien altid og primært består i en non-farmakologiske behandling med samtaleterapi, og kun et mindretal af patienterne modtager supplerende farmakologisk behandling efter overstået abstinensbehandling.

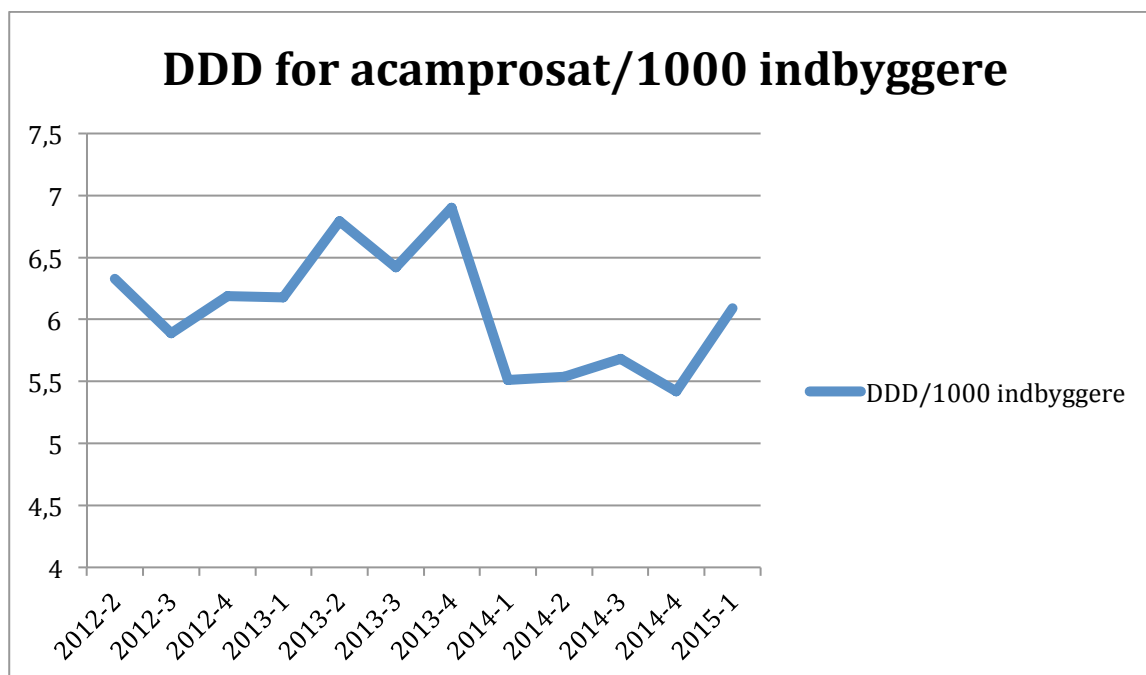
Vedrørende valget af støttende medicinsk behandling er det foretrukne præparat disulfiram, som over 98% af de adspurgte i spørgeskemaet anvender.

Knapt 74% svarer, at de også anvender acamprosat i den støttende behandling. Lægemidlet har som beskrevet en helt anden virkningsmekanisme, og har i nyere retningslinier en mere fremtrædende plads end disulfiram. Den høje andel, der skriver at de anvender acamprosat er noget overraskende ud fra den betragtning, at acamprosat i første kvartal af 2015 på landsplan kun stod for 4,8% af de apoteksekspederede recepter af indregistrerede lægemidler mod alkoholafhængighed, hvorimod disulfiram tegnede sig for 93,1%. I tallene indgår også recepter udstedt i speciallægepraksis og på sygehuse, men fra tidligere opgørelser kan man se, at andelen udstedt i almen praksis udgør langt størstedelen. Der er ingen betydelige forskelle regionerne imellem.²⁰ (se figur 10)



Figur 10

Det samlede salg af lægemidler anvendt til alkoholbehandling har igennem en årrække været svagt faldende, og udgøres som tidligere anført langt overvejende af disulfiram. Fra første kvartal af 2015 ses på landsplan en stigning i salget af acamprosat, der kan være betinget af indførelsen af nye nationale kliniske retningslinier. Det er dog for tidligt at sige om dette er en blivende tendens.²¹ (Se figur 11)



Figur 11

Der lader umiddelbart til at være en vis overrapportering i brugen af acamprosat, når de knapt 75%, der oplyser, at de anvender dette, sammenholdes med det faktiske forbrug, hvor acamprosat står for under 5% af salget. Den samme tilsyneladende overrapportering er ikke lige så udtalt for de andre lægemidler, hvor ca. 12% af de adspurgte svarer, at de anvender nalmefen, der dog kun står for 1,5% af salget.

I vores spørgeskema har vi ikke spurgt ind til, hvor hyppigt de forskellige lægemidler anvendes i forhold til hinanden og nogle respondenter har formodentlig anført, at de bruger acamprosat i behandlingen, selvom de kun har udskrevet dette én eller få gange. Besvarelserne kan også tolkes lidt spekulativt som et udtryk for, at mange har læst de nye retningslinier, og at deres besvarelse af vores spørgeskema også er et udtryk for, hvad de fremover tænker at bruge i deres behandling.

I forhold til valg af behandlingsstrategi vægtes medicinomkostninger, compliance, bivirkningsprofil, erfaringer og kliniske retningslinjer alle højt. Compliance er der flest, der anser for at have afgørende betydning (38%). Dette kan hænge sammen med, at 98% fortsat anvender disulfiram, hvor netop høj compliance sikres ved superviseret indtagelse 2 gange ugentligt. Derimod administreres acamprosat 3 gange dagligt, hvilket kan give store complianceproblemer idet der er større risiko for frafald fra behandling ved hyppigere dosering og motivationen kan svigte når medicinen selvadministreres.

Endvidere kræves ansøgning om enkelttilskud i forbindelse med ordination af acamprosat, som dog altid bevilliges, hvis den ordinerende læge anfører, at det administreres sammen med samtalerapi. Ansøgning om tilskud må anses for at være en barriere for brug af acamprosat.

Både erfaringer og kliniske retningslinjer anses af størstedelen for at have stor eller afgørende betydning. Vi antager, at de praktiserende læger har gode erfaringer med det ældre præparat disulfiram, hvorfor de måske kan finde det vanskeligt at ændre praksis. Dette i overensstemmelse

med en spørgeskemaundersøgelse fra 2012 blandt 51% af landets praktiserende læger, hvor 63% angiver, at de ikke anvender DSAMs vejledning fra 2010. Flere angav, at den var for lang og mange, at den drukner i al den øvrige information, der modtages. En lille andel angav at have læst vejledningen, men ikke anvendte den systematisk.²²

Det er desuden svært at implementere nye retningslinjer i almen praksis. Dels pga. den travle hverdag, men en ny klinisk vejledning skal også matche en interesse og være vigtig for den praktiserende læge. Hvis en ny retningslinje skal implementeres, er særligt tre faktorer væsentlige at tage i betragtning. 1) Viden: Nye retningslinjer skal være forenelige med de værdier, viden og erfaringer som en pågældende lægepraksis i forvejen har. 2) Organisatoriske struktur: Det kan være nødvendigt med en ændring af organiseringen for at den nye vejledning kan implementeres og 3) Praktiske rutiner: Nye arbejdsgange skal opbygges.²³

Arbejdspresset i almen praksis efterlader formentlig begrænset tid til terapeutiske tiltag i den enkelte konsultation. Alligevel svarer mere end halvdelen af de praktiserende læger i spørgeskemaundersøgelsen, at der ofte eller altid afholdes støttende samtaleforløb i almen praksis. I de praktiserende lægers overenskomst er der også aftale om honorering af et struktureret samtaleforløb. Indholdet i de støttende samtaler er dog ikke videre beskrevet, og definitionen af, hvad et støttende samtaleforløb omfatter, vil med stor sandsynlighed være forskellig fra læge til læge. Det er da også bemærkelsesværdigt, at de praktiserende læger i spørgeskemaundersøgelsen samtidig svarer, at der i langt de fleste tilfælde altid henvises til andet behandlingstilbud, herunder kommunale behandlingstilbud. Center for alkoholbehandling i Århus er derimod af den opfattelse, at der henvises for få. Dette er dog i modstrid med en undersøgelse, som viser, at kommunerne generelt set vurderer samarbejdet med egen læge til at være rigtig godt eller nogenlunde.²⁵

Ifølge de gældende vejledninger, anbefales systematisk opfølgning af patienter i alkoholbehandling. 46% af respondenterne angiver, at de sjældent foretager systematisk opfølgning af deres patienter, mens 36% angiver ofte at foretage systematisk opfølgning. Ifølge overenskomsten for praktiserende læger foreligger der mulighed for at afholde aftalte forebyggelseskonsultationer (ydelse 0120) med patienter, hvor det fremgår af de kliniske vejledninger, at der skal tilbydes årskontrol og, hvor der er et lægefagligt begrundet behov herfor.²⁶ I DSAM's vejledning fra 2010, angives det, at ydelsen 0106 kan anvendes ved en i forvejen aftalt forebyggelseskonsultation. Denne er imidlertid erstattet af 0120 i den gældende overenskomst. Ifølge jurist Michael Berner, ansat i PLO, kan 0120 anvendes ved årskontrol af patienter i alkoholbehandling.

Så vidt vi ved, foreligger der ikke undersøgelser af, hvorvidt prognosen for kronikerne bedres efter indførelsen af aftalte forebyggelseskonsultationer. Ligeledes er det uvist, om patienter i alkoholbehandling vil profitere heraf. Det er dog fortsat anbefalingen jf. DSAM's kliniske vejledning.

Studiets begrænsninger kan ligge i udformningen af spørgeskemaet, hvor vi har mange svarmuligheder og dette giver fortolkningsmæssige vanskeligheder både for respondenterne og os som arbejdsgruppe. Vores primære forslag til spørgeskemaet var udformet med dikotome svarmuligheder, men i praksis arbejder man sjældent så kategorisk, at det giver mening med så snævre muligheder for besvarelse. En anden svaghed er den lave svarprocent på 29. Dette skyldes

formentlig til dels måden, hvorpå spørgeskemaet er udsendt. Vi mener dog, undersøgelsen er overførbart, da respondenterne er relativt repræsentative for den samlede gruppe af praktiserende læger.

Perspektivering/Konklusion

Udgangspunktet for vores undersøgelse var en oplevelse af, at alkoholbehandlingen i almen praksis var meget forskelligartet, og vi ville se om behandlingen foregår i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Vores undersøgelse tyder på, at de praktiserende læger aktivt søger viden fra de gældende retningslinjer, og at der er en vilje til at følge dem.

Ud fra besvarelserne at dømmes der kendskab til de kommunale behandlingstilbud og der gøres brug af disse. De offentlige behandlingssteder oplever dog at de praktiserende læger henviser for få af deres patienter, og i langt højere grad kunne gøre brug af de gældende tilbud.

Udgangspunktet er dog, at der er tale om en patientgruppe, hvor det kan være vanskeligt at opnå god compliance i behandlingsforløbet. Mange patienter vil givetvis have forbehold over at skulle møde op i offentlige misbrugscentre, og almen praksis har derfor også fremover en væsentlig rolle at spille i den opfølgende behandling. Overenskomsten lægger op til at prioritere den videre støttende behandling bl.a. via den aftalte forebyggelseskonsultation – ydelse 0120. Vigtigt er det derfor at de praktiserende læger fortsat varetager kerneopgaver, som bl.a. er udredning og behandling af psykiske og fysiske helbredsklager. I det tilfælde, hvor den praktiserende læge ikke har de fornødne kompetencer eller ressourcer til at varetage et længerevarende terapiforløb, anbefales det at gøre brug af de udmærkede kommunale behandlingstilbud.

En del af patienterne med alkoholmisbrug kan have gavn af støttende medicinsk behandling, omend evidensen på dette område ikke er overvældende. Anbefalingerne fra NKR og DSAM ang. medicinsk behandling er uoverensstemmende, hvilket kan skabe forvirring hos de praktiserende læger og dermed ukorrekt behandling.

Vores undersøgelse tyder på, at de praktiserende læger kender de nyeste anbefalinger fra NKR/IRF, men ud fra data om medicinforbruget ser det dog ikke ud som om, at disse bliver efterlevet. De nyeste tal kan pege på, at dette er ved at ændre sig, og det bliver spændende at følge udviklingen de kommende år.

Overordnet set er vores vurdering, at der er en vilje til at behandle efter gældende retningslinjer, men at det kan være svært at implementere ny viden i praksis. Metoder, der kan fremme denne proces kan være enklere retningslinjer og brug af samarbejdspartnere, herunder kommunen. Herudover kan det være vigtigt at se på organiseringen i den enkelte praksis.

Litteraturliste

- ¹ Statens Institut for Folkesundhed. Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige, 2008
- ² Statens Institut for Folkesundhed. Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige, 2008
- ³ Statens Institut for Folkesundhed. Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige, 2008
- ⁴ Alkoholstatistik 2015. Nationale data. Sundhedsstyrelsen og Statens Seruminstitut.
- ⁵ The 2011 ESPAD Report. Alkoholstatistik 2015, Nationale data. Sundhedsstyrelsen og statens seruminstitut.
- ⁶ Unge og alkohol, Forebyggelse og sundhedsfremme 1999/16, Sundhedsstyrelsen.
- ⁷ Danskernes sundhed 2013
- ⁸ Alkoholstatistik 2015. Nationale data. Sundhedsstyrelsen og Statens Seruminstitut.
- ⁹ DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis, Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer. 2010.
- ¹⁰ DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis, Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.
- ¹¹ KORA. Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug. København: KORA; 2014
- ¹² Alkoholstatistik 2015. Nationale data. Sundhedsstyrelsen og Statens Seruminstitut.
- ¹³ [DANSKERNES SUNDHED • DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2013, sundhedsstyrelsen.](#)
- ¹⁴ Promedicin.dk
- ¹⁵ IRF, Institut for rationel farmakoterapi, februar 2015, Alkoholafhængighed skal behandles.
- ¹⁶ National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed, sundhedsstyrelsen, 2015.

¹⁷ http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Om%20PLO/Medlemskab/Medlemstal
tilgået 1/11-2015

¹⁸ Jette Videbæk Le, upublicerede data, fremlagt ved DSAM's årsmøde d. 25/9-2015.

¹⁹ Alkoholbehandling i kommunerne, lægeforeningen 2012, Statens institut for folkesundhed, Syddansk universitet.

²⁰ <http://www.ordiprax.dk/RegionPieData.php> - tilgået 30/11-15.

²¹ <http://www.ordiprax.dk/RegionCurveData.php> i tilgået 30/11-15.

²² Alkoholbehandling i kommunerne, lægeforeningen 2012, Statens institut for folkesundhed, Syddansk universitet.

²³ Lonnie Leddere og Jette Videbæk Le: Den svære implementering, Månedsskrift for almen praksis, Særudgave: Ledelse og organisation, Nov 2013.

²⁵ Alkoholbehandling i kommunerne, lægeforeningen 2012, Statens institut for folkesundhed, Syddansk universitet.

²⁶ Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser, 2014.

Bilag 1

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

1. Baggrundsoplysninger

Klinikkens postnummer	<input type="text"/>
Din alder	<input type="text"/>
Køn (m/k)	<input type="text"/>

Forrige

Næste

Udgivet af



Se, hvor let det er at [oprette en spørgeundersøgelse](#).

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

2. Hvor behandles dine patienter med behov for abstinensbehandling?

	Altid	Oft	Af og til	Aldrig
Almen praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sygehus/psykiatrisk afd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunit behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privat behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andet (skriv venligst i tekstfelt nedenfor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andet

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

3. Hvilken farmakologisk behandling anvendes, såfremt akut alkoholbehandling varetages i almen praksis? (Det er tilladt at afkrydse flere rubrikker)

- Chlordiazepoxid (Klopoxid/Risolid)
- Phenobarbital (Fenemal)
- Diazepam

Andet (angiv venligst)

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

4. Hvor varetages den videre støttende alkoholbehandling?

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
Almen praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sygehus/psykiatri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunalt behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privat behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andet (skriv venligst i tekstfelt nedenfor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andet (angiv venligst)

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

5. Hvilken støttende medicinsk behandling anvendes?

(Det er tilladt at afkrydse flere rubrikker)

- Disulfiram (Antabus)
- Acamprosot (Campral)
- Naltrexon
- Nalmefen (Selincro)
- Der anvendes ikke farmakologisk behandling

Andet (angiv venligst)

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

6. Hvilken betydning har følgende faktorer for ovennævnte behandling?

	Afgørende betydning	Stor betydning	Mindre betydning	Ingen betydning
Medicinnmknstninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compliance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bivirkningsprofil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfaring med brug af pågældende præparat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anbefaling i klinisk retningslinje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

7. Afholdes der støttende samtaleforløb?

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
I almen praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der henvises til andet behandlingstilbud ex. i kommune eller ambulatorium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

8. Planlægges systematisk opfølgning af patienter i alkoholbehandling i almen praksis - 3 mdrs kontrol, årskontrol e.lign.?

- Altid
- Ofte
- Sjældent
- Aldrig

Forrige

Næste

Hvordan håndteres patienter med kendt alkoholproblematik i almen praksis?.

9. Hvor fra stammer din viden om alkoholbehandling?

(Det er tilladt at afkrydse flere rubrikker)

- Erfaringsbaseret behandlingsstrategi
- Kliniske vejledninger (DSAM, SST, IRF mv.)
- Lægehåndbogen.dk/medibox.dk

Promedicin.dk

Andet (angiv venligst)

Forrige

Færdig