

15

-Metoden

Manual til sundhedspersonale

Efter model fra Riddargatan 1, Beroendecentrum
Stockholm, Regions Stockholm, Centrum for
Psykiatriforskning og Karolinska Institutet

Indhold

1. Introduktion	3
Hvad er 15-Metoden?	3
Metodens opbygning og indhold	4
Modellen i praksis	5
2. De enkelte elementer	7
Opmærksomhed	7
At tænke på alkohol én gang til	8
Feedback og rådgivning	9
AUDIT	9
Alkoholkalender	10
Nogle mennesker er mere sårbare	10
Fælles refleksion og feedback til patienten	10
Kort rådgivning og tilbud om støtte	11
Støtte til ændring	12
Metodens redskaber som mix & match	12
Hvis der er brug for yderligere behandling	12
3. Information og fakta (materialer til psykoedukation)	13
4. Guide til bedre vaner (patientmateriale)	14
5. Motiverende samtalestil	16
6. Farmakologisk behandling af alkoholproblemer	19
7. Yderligere ressourcer	21

1. Introduktion

Hvad er 15-Metoden?

15-Metoden er en model – eller tilgang – til at tale om alkohol med patienter, når det er relevant for patientens situation eller helbred. Modellen er en støtte til at identificere og håndtere alkoholproblemer og er målrettet patienter med overforbrug, skadeligt forbrug og mild til moderat afhængighed.

Hele tanken bag metoden er at gøre alkoholproblemer til en klinisk problemstilling frem for en moralsk, og at tilbyde en håndgribelig tilgang til alkoholrelaterede problemer. 15-Metoden indeholder både fakta-materiale og (hjemme)opgaver, der kan anvendes efter behov og tilpasses det individuelle patientforløb.

Navnet "15-Metoden" henviser til tre kendetegn ved modellen:

1. Elementer i metoden kan integreres i konsultationer af 15 minutters varighed – eller indgå som et delelementer i længere konsultationer.
2. Metodens 'Guide til bedre vaner' henvender sig primært til patienter, som scorer >8 point på AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test).

Modellens opbygning og indhold

Opmærksomhed

Feedback og rådgivning

Støtte til ændring

15-Metoden indeholder tre overordnede elementer:

Opmærksomhed

på patientens alkoholvaner, med øget fokus på symptomer, som potentielt kan være relateret til alkohol og på, om alkohol kan medvirkende til enten ved at *forårsage* de symptomer og problemer, som patienten oplever - *forværre* dem eller *komplisere* dem.

Feedback og rådgivning

med udgangspunkt i dialog med patienten. Hvis patienten har lyst til at se nærmere på sine alkoholvaner og undersøge en eventuel sammenhæng med aktuell sygdom/ symptomer, undersøges patientens alkoholvaner yderligere. Patienten får mulighed for at registrere og reflektere over sit alkoholforbrug og tilbydes feedback og evt. rådgivning.

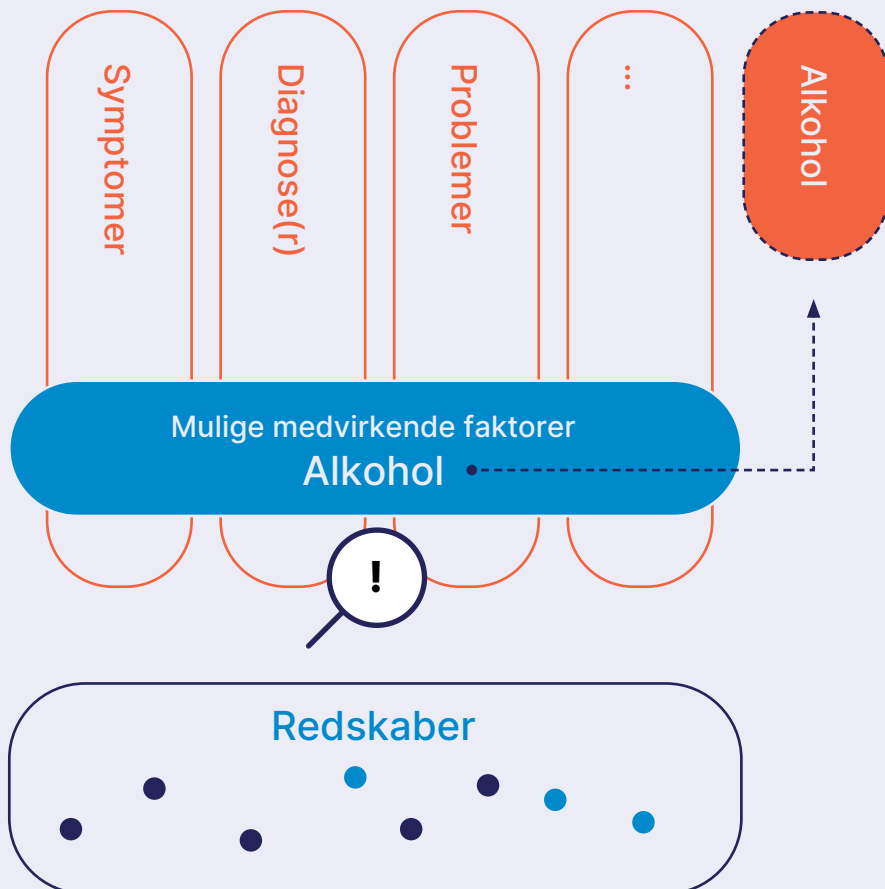
Støtte til ændring

af alkoholvaner, hvis patienten har lyst til at undersøge, om dette kan have en positiv indvirkning på patientens symptomer og/eller andre problemer.

Modellen i praksis

Visuelt kan 15-Metoden-modellen illustreres således:

Indvisitering, udredning og behandling



Når en patient ses i sundhedsvæsenet, vil de sundhedsprofessionelle typisk forholde sig til elementer som: patientens symptomer, den/de diagnoser, der stilles – men også andre problemer hos patienten. De sundhedsprofessionelle anvender en række forskellige redskaber (de mørkeblå punkter) i afdækningen og arbejdet med disse elementer. På tværs af forskellige symptomer og problemer kan andre faktorer muligvis også *medvirke* til patientens symptomer og problemer - ved at *forårsage* dem, *forværre* dem eller *komplisere* dem. **Alkohol** er en af disse faktorer.

15-Metoden hjælper til ekstra opmærksomhed på om patientens alkoholforbrug kan forårsage eller medvirke til de symptomer, som patienten kæmper med. Denne opmærksomhed vil i nogle tilfælde medføre, at man opdager, at en patient faktisk har et alkoholforbrug, der kan forårsage eller påvirker patientens symptomer. I disse tilfælde kan patientens alkoholvaner gøres til *en selvstændig, men integreret del* af dennes behandlingsforløb (illustreret med stiplet boks sideordnet med de øvrige søjler). 15-Metoden tilbyder en buket af *supplerende* redskaber, som den sundhedsprofessionelle og patienten kan bruge, hvis de finder det relevant og hjælpsomt (de lyseblå punkter). Elementerne i 15-Metoden integreres således i patientens igangværende behandlingsforløb, og emnet "Alkoholvaner" bliver *et ekstra punkt på dagsordenen*, når den sundhedsprofessionelle og patienten mødes.



2. De enkelte elementer i 15-metoden

Opmærksomhed

Grundstenen i 15-Metoden er en øget opmærksomhed på patientens alkoholvaner. Metoden bygger på princippet om *pragmatisk screening*¹. Pragmatisk screening foregår typisk *afledt*, dvs. når patienten egentlig kommer for noget andet. Formålet med den pragmatiske screening er at patienten bliver opmærksom på sit alkoholforbrug og de eventuelle risici eller ulemper, det kan have for de symptomer eller lidelser, som patienten dør med.

I 15-Metoden betyder det, at man har ekstra opmærksomhed på de patienter, hvor alkohol potentielt kan spille en rolle for patientens helbred eller symptomer. Der findes særlige situationer, symptomer og lidelser, hvor det kan være en fordel at være ekstra opmærksom på potentielle alkoholproblemer (se evt. pjecen "Fakta om alkohol"). Det er langt fra sikkert, at alkohol kan forklare hele billedet, men alkohol kan ofte/måske være en medvirkende forklaring.

¹ Det der på engelsk også kaldes for *pragmatic case finding*.

Det er vigtigt at understrege, at opmærksomhed på alkohol i metoden altid forbindes med andre aspekter af patientens situation, fx symptomer eller udfordringer, som patienten døjer med. De mulige sammenhænge undersøges sammen med patienten. Hermed gøres opmærksomheden på alkohols relevans for den individuelle patient og hvis det er relevant, tilbydes patienten kort rådgivning eller information om emnet. Det er denne *kobling af symptomer og viden om alkohol, der understøtter 15-Metodens tilgang til alkoholproblemer* som en klinisk og ikke en moralsk problemstilling - eller en løftet pegefinger.

At tænke på alkohol én gang til

Nogle steder afdækkes alkoholforbrug systematisk i forbindelse med indvisitering eller opstart af behandling. Dette står ikke i modsætning til 15-Metoden-modellens idé om pragmatisk screening. I disse tilfælde kan den indledende afdækning blot give informationer, som man sammen med patienten kan undersøge yderligere for mulige sammenhænge mellem alkoholforbrug og helbred.

Det kan også forekomme, at det kan være relevant at undersøge patientens alkoholforbrug yderligere senere i patientens forløb. 15-Metoden lægger op til, at man som sundhedsprofessionel kontinuerligt igennem patientens forløb har opmærksomhed på, hvornår man bør 'tænke på alkohol én gang til'.

Feedback og rådgivning

Hvis en indledende opmærksomhed viser, at alkohol kan være et relevant emne lægger 15-Metoden op til en yderligere afdækning af patientens alkoholvaner – efterfulgt af feedback og fælles refleksion. Udgangspunktet er, at alkoholvanerne undersøges i samarbejde med patienten. Til brug for afdækningen og den fælles dialog kan man fx benytte sig af screenings-instrumentet AUDIT². AUDIT-skemaet kan enten udfylde sammen eller det kan udfyldes af patienten hjemme inden næste aftale. En yderligere afdækning af patientens alkoholvaner kan også tage afsæt i at patienten registrerer sit alkoholforbrug i en alkoholkalender eller en logbog (fysisk eller app-baseret). Patientens registrering danner så baggrund for den efterfølgende dialog og feedback. Brugen af AUDIT-skema og alkoholkalender uddybes herunder.

AUDIT

AUDIT-skemaet består af 10 spørgsmål om patientens alkoholforbrug. Spørgsmålene er standardiserede og opfattes derfor i mindre grad som personligt følsomme. AUDIT-spørgsmålene er et godt udgangspunkt for sammen at undersøge, om alkoholforbruget kan være en medvirkende årsag til patientens symptomer og helbredsproblemer. AUDIT-skemaet giver en score for, hvorvidt der er tegn på et alkoholproblem og i hvilken grad. Hvert spørgsmål scores med 0-4 point. Den samlede score er max 40 points. Jo højere score, desto større er sandsynligheden for, at der er et alkoholproblem.

AUDIT score:

0 - 7

Sandsynligvis ikke et alkoholproblem.
Lav risiko for helbreds­mæssig skade.

8 - 15

Tyder på et storforbrug/risikobrug.
Alkoholindtaget kan have helbreds­mæssige konsekvenser.
Små ændringer kan gøre en forskel.

15+

Tyder på et skadeligt forbrug.
Alkoholindtaget anses som et problem, som bør behandles.

Alkoholkalender

At udfylde en alkoholkalender går ud på at registrere, hvornår man drikker alkohol og i hvilke mængder frem til næste aftale. Det første skridt til at ændre vaner er at få et overblik over dem og vide, hvor og hvornår de optræder.

Nogle mennesker er mere sårbare

AUDIT-skema eller en alkoholkalender kan give gode pejlemærker for, om en patient har et problematisk forbrug af alkohol, men selvom en patient scorer lavere end 16 point eller holder sig inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan et alkoholforbrug stadig give problemer, for anbefalingerne er lavet med udgangspunkt i raske mennesker. Hvis man har det skidt eller er i behandling for eller har symptomer på sygdom kan anbefalingen være slet ikke at drikke alkohol eller kun drikker sjældent og lidt.

Fælles refleksion og feedback til patienten

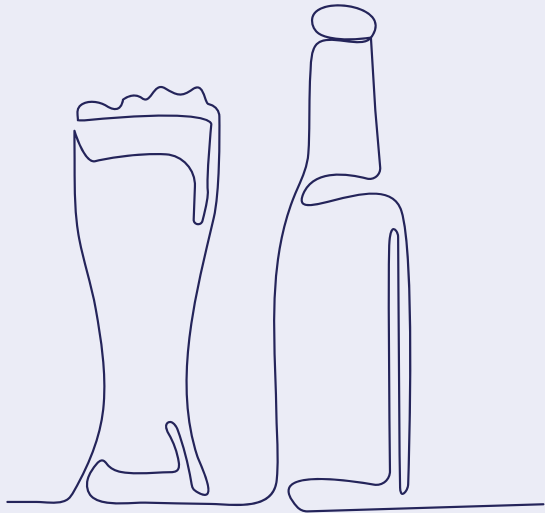
Hvis patienten har besvaret AUDIT eller har udfyldt en alkoholkalender tages udgangspunkt i disse i dialogen med patienten. Målet med dialogen er, at patienten får mulighed for at reflektere over sine alkoholvaner og se nærmere på eventuelle sammenhænge med dennes symptomer/ tilstande. *Læg gerne ud med at spørge patienten, om der er noget, han/hun selv har hæftet sig ved eller har gjort sig tanker om.*

Skemaet og/eller kalenderen gennemgås med patienten, og patienten tilbydes feedback på sine registreringer. Patientens alkoholforbrug drøftes som en mulig *medvirkende årsag* til patientens symptomer eller problemer, og det at ændre alkoholvaner kan drøftes som en af flere *behandlingsmuligheder*. Det materiale, som indgår i 15-Metoden, kan med fordel inddrages som en del af feedbacken og dialogen med patienten.

Kort rådgivning og tilbud om støtte

Hvis en uddybende afdækning og dialog betyder, at den sundhedsprofessionelle og/eller patienten vurderer det relevant at prøve at nedsætte alkoholforbruget, så tilbydes patienten, at arbejde med det som en del af patientens behandlingsforløb. Dét at skære ned på alkoholforbruget kan italesættes som en mulighed for at *undersøge*, om det kan have en positiv indvirkning på patientens symptomer eller problemer. Ændringen kan også med fordel italesættes som "et eksperiment", hvor patienten i en periode nedsætter sit alkoholforbrug, hvorefter det sammen evalueres om patienten oplever, at det har en effekt. Det kan være vigtigt at understrege, at man som sundhedsprofessionel ikke forventer, at patienten kan eller ønsker at lave en aftale om en permanent forandring.

Mange patienter vil på baggrund af en fælles refleksion og feedback være i stand til selv at nedsætte sit alkoholforbrug. Nogle patienter vil have lyst til at tage imod et tilbud om støtte, mens andre måske gerne vil forsøge på egen hånd først. Endnu andre er måske slet ikke motiverede for at gøre yderligere lige nu. Dette er helt fint. Det er patientens ønsker og mål, der sætter retningen for samarbejdet, og uanset hvad har du sået et frø hos patienten.



Støtte til ændring

Redskaber som mix & match

Fælles for redskaberne i 15-Metoden og materialet i 15-Metoden er, at de kan anvendes efter behov og tilpasses det individuelle patientforløb. Det vil sige, at man som sundhedsprofessionel og patient selv vurderer, hvilke dele af materialet, der er relevant at arbejde med. Hvis der udleveres materiale til patienten som hjemmeopgave, følges der op på dette ved den kommende samtale. Her gennemgås patientens besvarelse/arbejde med opgaven, og den sundhedsprofessionelle opmuntrer patienten til at reflektere over sine svar og/eller indsigter.

Alt materialet er lavet således, at det kan udleveres til patienten, som det er. Nogle af redskaberne indeholder alene fakta og information. De dele af materialet, der hedder "Guide til bedre vaner" består af skemaer og opgaver kan enten udleveres som en hjemmeopgave til patienten, eller de kan laves sammen med patienten under samtalen. De enkelte redskaber beskrives yderligere senere.

Hvis der er brug for yderligere behandling

For mange patienter vil patientens alkoholforbrug være større end først antaget – eller det viser sig vanskeligere for patienten at lykkes med sine mål end forventet. Her vil det være relevant at tilbyde patienten hjælp til at få yderligere behandling og støtte, hvis patienten ønsker det. Dette kan være i form af medicinsk behandling eller et behandlingstilbud i Allorfik.



3. Information og fakta (materialer til psykoedukation)

Nogle af 15-Metodens materiale kan anvendes til at understøtte samtalen med patienten og som led i psykoedukation om sammenhængen mellem patientens symptomer og behandling, og dennes alkoholbrug. Dette materiale omfatter:

- Symptomoversigt: alkoholskader og ophør
- Pjece: Fakta om alkohol
- Pjece: At ændre vaner

Symptomoversigten viser både hvilke symptomer, der kan udløses af alkohol, og hvordan drikkeophør eller et nedsat forbrug kan mindske symptomerne eller påvirke prognosen positivt.

Pjecen *"Fakta om alkohol"* er tænkt som materiale, patienten får med hjem og læser videre på, men den kan også med fordel gennemgås i fællesskab. Pjecen siger indsigt i, hvordan alkohol påvirker både kroppen og det mentale helbred. Pjecen *"At ændre vaner"* er ligeledes tænkt som materiale, patienten kan fordybe sig i hjemme. Pjecen forklarer de mekanismer, der er i spil, når man skal ændre vaner og forslag til, hvordan man kan gribe vaneændringer an.

4. Guide til bedre vaner (patientmateriale)

15-Metoden modellen indeholder en del materiale, som er målrettet patienterne, og som kan anvendes enten som led i hjemmearbejde eller kan arbejdes med sammen med behandleren under en behandlingssamtale, alt efter hvad der er mest passende for den enkelte patient. Materialet kan også kombineres på den måde, som passer bedst til den enkelte patient. Materiale omfatter:

- Alkohol-kalender
- Mål og motivation
- Risikosituationer
- Alternativer til alkohol
- Personlig plan

Alkoholkalenderen gives til patienter, som gerne vil have overblik over, hvor meget de rent faktisk drikker i løbet af en periode. Efterfølgende gennemgås forbruget sammen med behandleren, hvorefter patienten kan vælge et mål for det fremtidige alkoholforbrug, som vil være passende (om noget).

Arbejdsopgaven *'Mål og motivation'* guider patienten til at sætte sig et mål for det fremtidige alkoholforbrug. Opgaven kan både udføres af patienten hjemme eller kan indgå i en behandlingssamtale og gennemføres sammen med behandleren. Når patienten har beskrevet sit mål, kan alkoholkalenderen herefter bruges af patienten til at monitorere, at det valgte mål for alkoholforbrug overholdes.

Arbejdsopgaven *'Risikosituationer'* lægger op til at drøfte de potentielle situationer, hvor patienten kan risikere at vende tilbage til det drikke-mønster, patienten egentlig gerne vil ændre. For at komme i tanke om alle faldgruber, der måtte være, oplister arbejdsopgaven en stribe situationer, hvor patienten typisk kan komme til at drikke alkohol. Denne liste er tænkt som inspiration, og kan evt. indgå i en drøftelse, hvor patienten kan overveje hvordan egne relevante risikosituationer kan tackles på en god måde.

Arbejdsopgaven *'Alternativer til alkohol'* kan også gennemføres enten som hjemmeopgave eller direkte laves sammen med behandleren ved en behandlingssamtale. Opgavens formål er at øge fokus på alt det patienten kan gøre som alternativ til at drikke alkohol. Alternativerne bør være ting eller handlinger, der giver patienten glæde, opmuntring, afslapning eller socialt liv – eller hvad det nu er, som patienten har søgt, når han eller hun drak alkohol. Hvis alkoholen brugt som middel til at falde til ro efter en stressende dag skal alternativet derfor være noget, der er afstressende og skaber ro.

Arbejdsopgaven *'Personlig Plan'* kan også enten udføre som hjemmearbejde, eller laves sammen med behandleren ved en behandlingssamtale. Opgaven trækker på den viden, som patienten har fået gennem opgaverne *'Risikosituationer'* og *'Alternativer til alkohol'*. Patient og behandler bør drøfte, hvad der er realistiske mål og især have fokus på, hvilke de muligheder patienten har for støtte og hjælp undervejs. Patienten kan under punktet *'Min personlige alkoholpolitik'* skrive sin plan med egne ord og meget konkret beskrive, hvornår planen skal evalueres og sammen med hvem. Patienten kan evt. inkludere mulige belønninger til sig selv, når planen har været succesfuldt fuldt i den planlagte periode.

5. Motiverende samtalestil

Samtalestilen i 15-Metoden er Motivational Interviewing (MI). MI er en evidensbaseret samtaleteknik, der er målrettet samtaler om forandring. MI hjælper med at undgå at komme til at vække modstand hos patienterne og hjælper samtidig patienterne med at træffe egne beslutninger om forandringer og ændringer, som de har været i tvivl om nødvendigheden af. I MI er behandlerens rolle ikke at forsøge at overtale patienten til en ændring eller til at gøre noget bestemt. I stedet er det behandlerens opgave at *fremkalde* den motivation, der allerede bor inde i patienten. MI handler derfor ikke om at *give* patienten motivation, men om at *finde* patientens motivation. Ansvar for at ændre adfærd ligger hos patienten og ikke hos behandleren.

MI baserer sig på nogle centrale principper. *Ånden* i MI er central og grundlæggende for alt andet i MI, og den er helt centreret om at respektere, styrke og forsøge at *forstå* patienten. Men MI består også af helt konkrete samtaleteknikker.

Den første opgave i en MI-samtale er *at skabe en god relation*. En god relation er selve rygraden i arbejdet. En god relation er funderet på, at man lytter ordentligt til, hvad patienten siger og viser patienten, at man hører, hvad der bliver sagt.

Skabelse af et fokus er den næste centrale opgave. Det handler om at afklare *målet* for patientens eventuelle forandring. Her er arbejdsopgaverne med alkoholkalenderen, 'risikosituationer' og 'alternativer til alkohol' nyttige som udgangspunkt for samtalerne.

Den tredje opgave i MI-samtalen er *at fremkalde patientens egne perspektiver på ting af betydning for, at en eventuel forandring kan lykkes, og at hjælpe til, at ønsket om forandringen styrkes*. Helt konkret kan dette ske ved at udforske patientens tanker og overvejelser om brugen af alkohol, herunder de bekymringer patienten selv gør sig og de eventuelle negative symptomer og konsekvenser af alkoholbrugen, som patienten oplever.

Den sidste opgave i er *planlægning sammen med patienten* af, hvordan en forandring skal ske. Her er det vigtigt, at det er patienten, der træffer beslutningerne og bestemmer tempoet. Arbejdsopgaven 'Personlig plan' er et godt redskab at bruge her.

Om at øge patientens motivation.

Omkring patientens motivation er det underliggende spørgsmål: *"Hvorfor vil patienten gerne derhen?"* Det er der ikke altid et enkelt svar på. Ofte er udgangspunktet for forandring *tvivl* eller *ambivalens*. Når patienten er i tvivl, er det fordi han/hun både kan se grunde til forandring og grunde til at lade være med at forandre noget.

Det kan måske lyde noget i retning af dette eksempel:

"Jeg ved godt, at jeg burde drikke mindre. Det er dyrt at drikke, og jeg har det ofte dårligt bagefter når jeg har drukket. Men jeg har også lyst til at være sammen med dem jeg kender og til at have det sjovt. Jeg har det sjovt, når jeg har drukket sammen med de andre. Der er ligesom ikke noget ved noget mere, hvis jeg bare skal sidde herhjemme alene og føle mig ensom. Før plejede jeg ellers at dyrke motion, og spille spil sammen med vennerne. Måske kunne jeg begynde at gøre det igen, hvis der er nogen, der vil være med. Jeg vil gerne være sammen med andre. Men dem, jeg kender nu, drikker alle sammen".

Som det ses er der både argumenter for og argumenter mod forandring i eksemplet. *Den side af patienten, der vinder denne kamp eller dialog, er ofte den side, der får mest taletid*. Det er det, begrebet *fremkaldelse* i MI handler om. *Fremkaldelse* handler om at sikre taletid til alt det, patienten har indeni, der kan styrke lysten til og beslutningen om en ændring.

Fremkaldelse betyder, at behandleren tilrettelægger samtalen, så der hele tiden bliver mulighed for, at patientens argumenter for forandring naturligt kommer frem. I eksemplet ovenfor er det for eksempel sætningerne:

"Jeg ved godt, at jeg burde drikke mindre."

"Det er dyrt at drikke, og jeg har det ofte dårligt bagefter jeg har drukket".

"Måske kunne jeg begynde at gøre det igen, hvis der er nogen, der vil være med."

Argumenterne mod forandring skal omvendt have knapt så meget taletid. I eksemplet ovenfor er det udsagnene:

"Jeg har det sjovt, når jeg har drukket sammen med de andre"

"Der er ligesom ikke noget ved noget mere, hvis jeg bare skal sidde herhjemme alene og føle mig ensom"

"Dem, jeg kender nu, drikker alle sammen".

Behandleren har indflydelse på, hvilke argumenter, der kommer til orde. Det afhænger af, hvad behandleren spørger om, og hvad behandleren sætter spotlight på: Om behandleren spørger patienten om de perspektiver, patienten kan se ved at sænke sit forbrug, og om hvilke alternativer til alkohol, som patienten kan finde. Eller om behandleren spørger til alt det, der taler for at drikke alkohol. Her kan behandleren med andre ord blidt styre patienten over til et fokus på perspektiverne, og dermed styrke patientens motivation til ændring.

Dette er selvfølgelig en balance og det er vigtigt at have respekt for patientens valg og patientens autonomi. Styrkelse af patientens autonomi er et helt centralt aspekt af at skabe motivation til forandring, og handler i det hele taget om at styrke patientens oplevelse af at have ansvar og af at kunne.

6. Farmakologisk behandling af alkoholproblemer

Nogle patienter kan have svært ved at sænke sit forbrug og for dem kan supplerende farmakologisk behandling måske være en hjælp. Den farmakologiske behandling bør kombineres med samtaler. Der findes forskellige midler, man kan anvende. De har lidt forskellige virkningsprofil;

Acamprosat og Naltrexone reducerer alkoholtrangen og/eller virkningen af alkohol, og dermed risikoen for at få tilbagefald eller drikke ukontrolleret. Disse er derfor velegnet til dem, der ønsker at styrke kontrollen over deres alkoholforbrug. Dette kan enten være at reducere indtaget i visse situationer, eller stoppe helt. Hvis målet er at afstå helt fra alkohol, er især Acamprosat en mulig støtte til at mindske trang. I Grønland bruges Acamprosat ofte som første valg. For Naltrexone er det vigtigt at spørge hvorvidt patienten bruger opiater (lægemidler såvel som narkotika), da Naltrexone hæmmer effekten af disse stoffer.

For nogen kan Antabus være en alternativ støtte. Indtag af alkohol under Antabus behandling medfører en række ubehagelige symptomer, såsom ansigtsrødme, åndenød, hjertebanken, hovedpine, kvalme og opkastning, og nogle patienterne oplever derfor, at de ved at tage antabus, forhindrer sig selv i at drikke.

Farmakologiske behandling kan sammensættes på flere måder afhængigt af patientens behov og effekten af det valgte lægemiddel. Det anbefales, at behandlingen som udgangspunkt varer seks måneder, med mulighed for at forlænge med tre måneder ad gangen, hvis patienten oplever at der er et behov. Hvis patienten ikke har gavn af lægemidlet, eller har vedvarende bivirkninger, kan dosisjustering, præparatskifte eller afslutning af farmakologisk behandling overvejes.

Klinisk vurdering ved medicinordning bør finde sted indledningsvist, samt efter en, tre og seks måneder. Der kan måles blodtryk og foretages en fokuseret objektiv undersøgelse af organer, der kan være påvirket af alkohol, forud for opstarten (hud, lever, nervesystem, hjerte). Prøverne kan dække: GGT, ALAT, ASAT, INR, Bilirubin, Albumin og MCV. Formålet med at kontrollere disse lever- og forbrugsmarkører er dels at opdage bivirkninger og dels at få et objektivt grundlag for undervejs at kunne give opmuntrende feedback til patienten om forløbet.

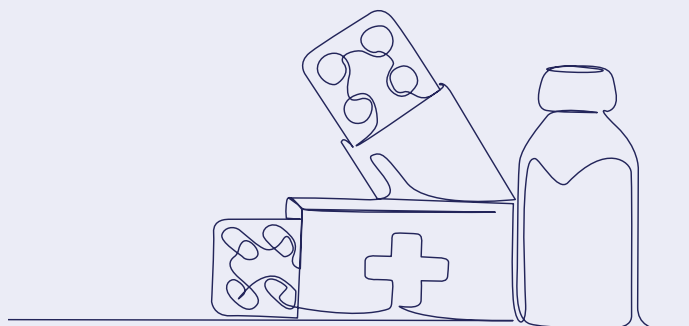
Doseringsforslag

Acamprosat (Campral) tabl. 333 mg, 2 stk. 3 gange dagligt ved legemsvægt > 60 kg. Ved legemsvægt < 60 kg evt. tabl. 333 mg 2 stk. morgen, 1 middag, 1 aften.

Naltrexon tabl. 50 mg 1 gang dagligt. Bemærk, at patienten skal være opioidtolerant og at have ophørt indtagelse af opioider, da svære den abstinenssymptomer ellers kan udløses.

Erfaring viser at Naltrexon skal optitreres for at minimere bivirkninger (hyppigst kvalme). Et forslag til dosering er derfor: 25mg dagligt første uge. 50 mg dagligt i anden uge.

Disulfiram (Antabus) 200-400 mg 2-3 gange ugentligt. Derefter sædvanligvis 100-200 mg dagligt, eller 600-800 mg 2 gange ugentligt. I nogle tilfælde er der behov for højere dosis eller hyppigere dosering. Nogle kan efter en periode med regelmæssig dosering overgå til p.n. behandling for risikosituationer.



7. Yderligere ressourcer

Hvis behandler eller patient har brug yderligere viden om alkohol og alkohols indvirkning på mentalt og somatisk helbred, kan følgende hjemmesider og instrumenter være hjælpsomme:

På grønlandsk: Allorfiks hjemmeside: allorfik.gl. På hjemmesiden kan også findes en bog med introduktion til MI på både grønlandsk og dansk.

På dansk: Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [alkohol og helbred](#) og Alkohol og Samfunds hjemmeside:

- [Alkolinjen](#), hvor alle kan henvende sig for hjælp og rådgivning
- [AlkoLog](#), som kan være en hjælp til at holde øje med sit eget forbrug

På [Sundhed.dk](#) kan man finde viden om [skader på grund af alkohol](#) og om [behandling for alkoholhængighed](#).

