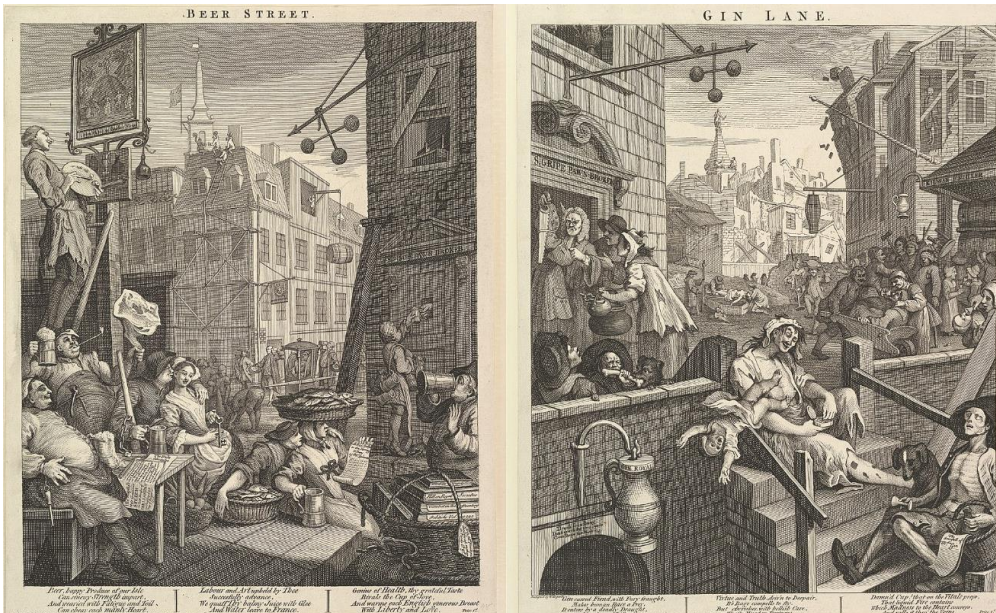


Alkoholbrukslidelse: Utvikling, utbredelse og myter



Kristoffer Høiland
Psykologspesialist/doktorgradsstipendiat
krihoi@siv.no



Myter eller fakta?

- Alkoholbrukslidelse er en kronisk, livslang tilstand
- Totalavhold er eneste mulige behandlingsmål
- Det er klare forskjeller på de som får alkoholproblemer og de som ikke gjør det
- Det finnes et «alkoholgen»
- Alkohol er ikke skadelig så lenge man får utført sine daglige plikter
- Så lenge man drikker innenfor anbefalte mengder er det helt trygt
- Behandling virker ikke
- Tid er alt: Kun effekt av langvarige behandlinger
- Behandlere bør ha egenerfaring med alkoholproblemer
- Kun behandling basert på AA og 12-trinnsmodellen har effekt
- Foreldres drikkestil påvirker ikke barnas drikking senere i livet

Begrepsavklaring

Substance use
disorder (SUD) =
rusmiddellidelser

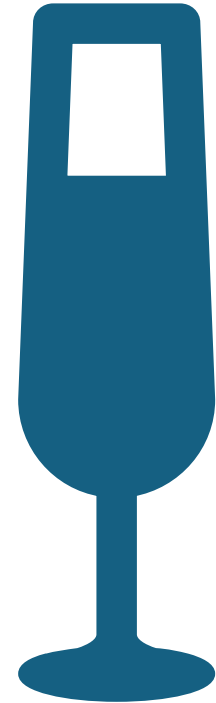
Alcohol use disorder
(AUD) =
alkoholbrukslidelser

Tilsvarende diagnosene
skadelig bruk (F10-
19.1) og avhengighet
(F10-19.2)

Rusmiddellidelser – forekomst i Norge

- Alkohol: 175 000-350 000 (3-4 % kvinner – 8 % menn)
 - 5-8 % i løpet av ett år
 - Livstidsprevalens 6.6 % (Torvik et al. 2018)
- Vanedannende legemidler: 20-40 000
- Illegale rusmidler: 15-30 000
- Spillavhengige: 20-40 000

- 20 000 behandles for alkoholbrukslidelse i løpet av ett år
- Kun om lag 7 % mottar behandling for AUD
- 20-80 % avslutter behandling før planlagt tid
- 40-60 % har tilbakefall etter behandling



Hvordan oppstår alkoholbrukslidelse?

- **Ingen sammenhengende, enhetlig modell**
- Stor variasjon i hvordan AUD fremtrer
- Stor variasjon i varighet
- Alle kan i utgangspunktet få problemer med alkohol
 - Hvor mye, hvor ofte, og hvor fort man drikker
- Atferden er tillært
 - I spenningsfeltet mellom at individet tar valg og tvangspreget atferd
 - Ingen sykdom
 - Men valgfriheten minsker med økende problem

Genetiske faktorer

- Genetisk komponent som spiller inn
 - Arvbarheten anslått til rundt 50 %
- Eksisterer ikke et spesifikt «alkoholgen»
 - Finnes ingen genetisk test
 - Tusenvis av genvarianter kan spille en rolle
- Gener virker i samspill med miljø og kontekst
- Gener som bidrar til personlighetstrekk som impulsivitet og sensasjonssøkende atferd kan øke risiko for AUD

Risikofaktorer for utvikling av AUD

- De som opplever større grad av stimulerende effekter, og mindre grad av sløvende effekter av alkohol
- De som i mindre grad opplever de ubehagelige effektene av alkohol (inkludert hangover)
- Tidlig alkoholdebut er risikofaktor
- Personlighetstrekket *impulsivitet*
- Vanlige psykiske lidelser dobler risikoen for AUD:
 - Angst
 - Depresjon

Risikofaktorer for AUD

- Traumer og psykologisk stress tidlig i livet stor risikofaktor
 - Påvirker hjernen som er under utvikling
 - Øker risiko ikke bare for AUD men også andre psykiske lidelser
 - Kvinner kan være mer sårbare for denne type tidlig stress
- Traumer – større forekomst hos kvinner
 - Finner ikke samme mønster for menn
 - Seksuelle overgrep og vold er de største risikofaktorene for utvikling av AUD

Samfunnsmessige faktorer

- Ideologi, tro og manglende kunnskap om alkoholbrukslidelse
- Konvensjoner
- Stigmatisering og fordommer
- Behandlingspessimisme
- Urealistiske forventninger til behandling
- Politiske tiltak:
 - Affordability, Availability, Acceptability

Alkoholbruk: Nye bøker, gamle myter

Vi trenger historier om alkohol og problematisk forbruk som ikke lener seg på en svart-hvitt oppfatning av hva det innebærer å ha alkoholproblemer.



Mediene har en rolle i å formidle mer nyanserte historier om alkoholproblemer, ikke bare dramatiske enkeltstående, skriver Kristoffer Helland. (Foto: Sofie Amalie Klougart/Morgenbladet)

Av **Kristoffer Helland** (Psykologspesialist ved Avdeling rus og avhengighet, Sykehuset i Vestfold og stipendiat ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo)

Publisert: 08 oktober 2024

Sist oppdatert: 08 oktober 2024

Ulike nivåer

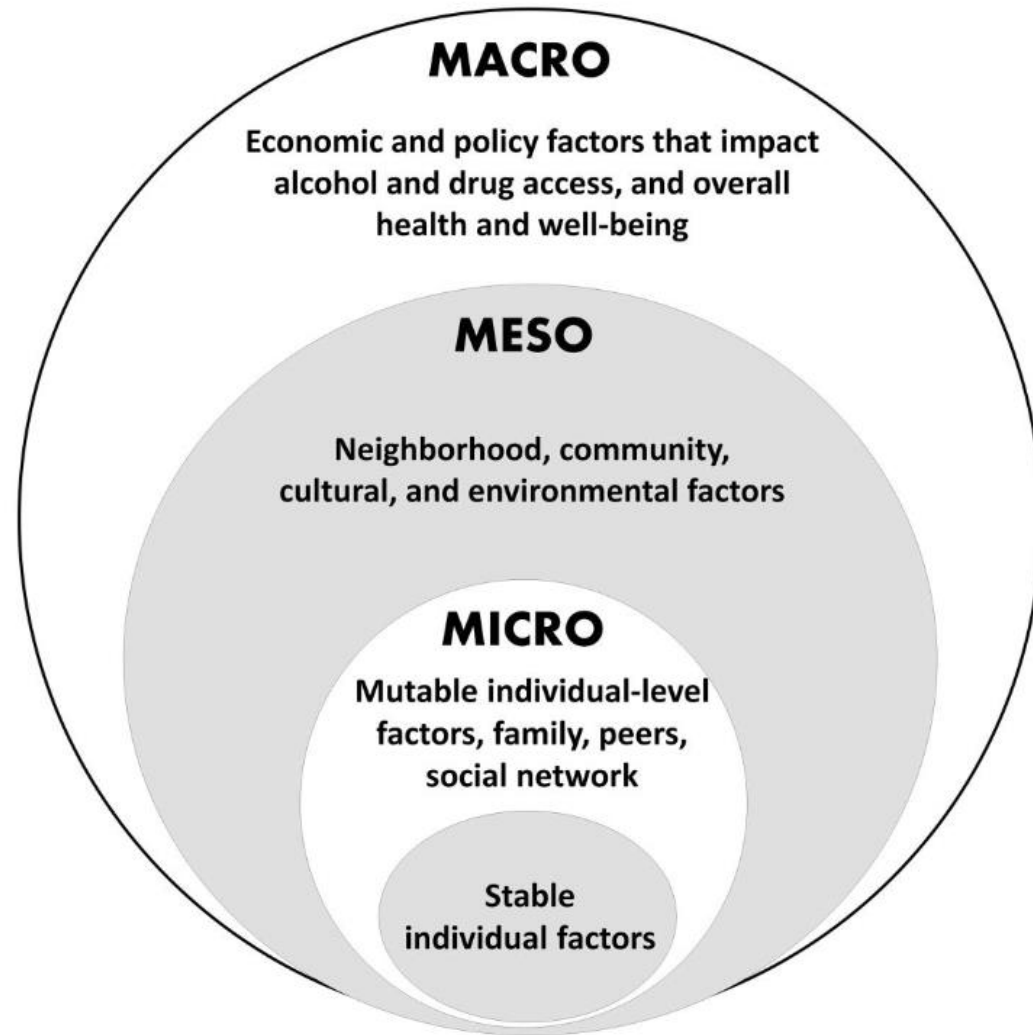


Figure 1. Socioecological model of factors that may promote or hinder substance use disorder recovery in context.

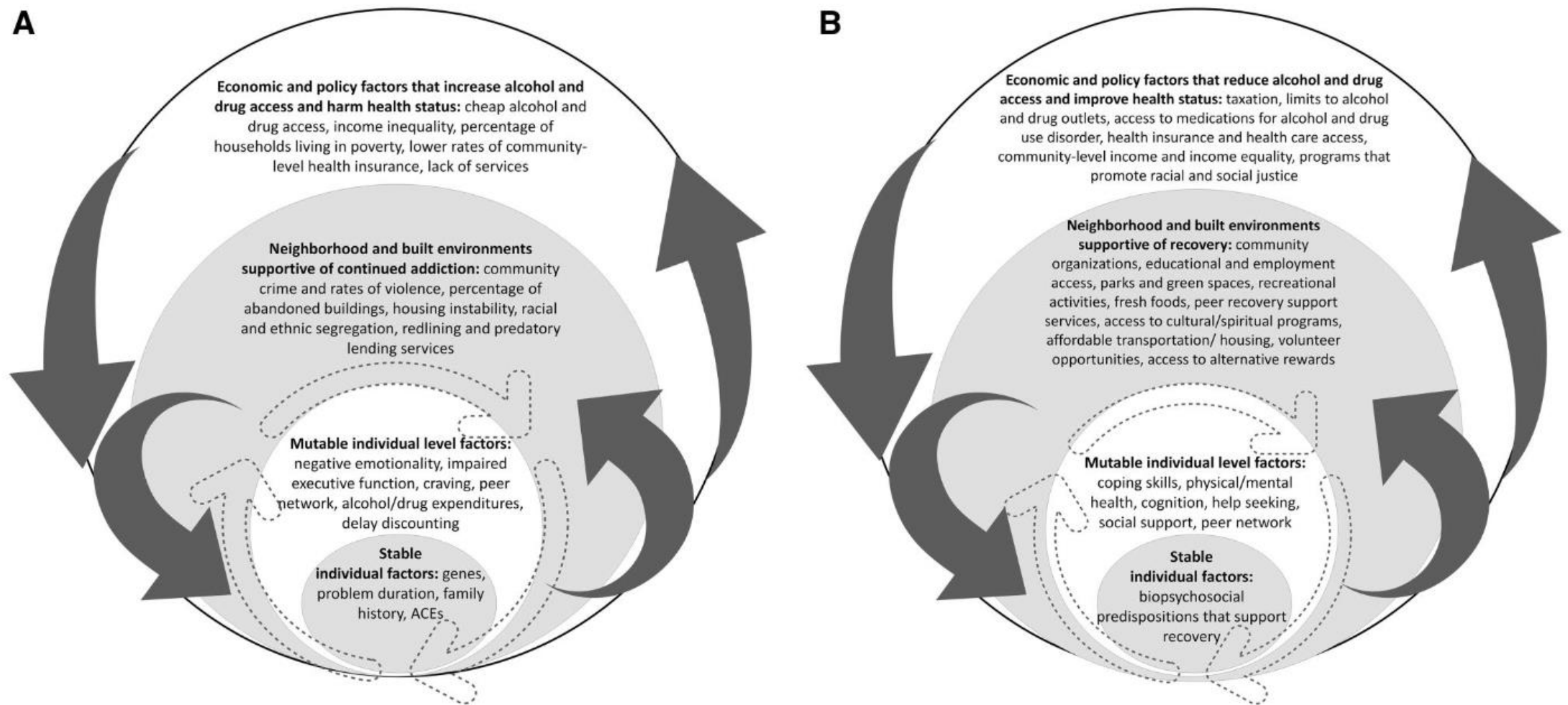


Figure 2. Dynamic behavioral ecological model of person-specific substance use disorder (A) and recovery (B) pathways in context.

Research on SUD recovery has largely been built on moralistic and paternalistic models that hold individuals with SUD responsible for causing and resolving their problem behavior with little to no recognition of the broader behavioral patterns and environmental and systemic factors that support or hinder recovery. Little attention has been given to how these factors dynamically interact over time and how

Flytende overganger mellom normalt forbruk og skadelig forbruk

- Grenseverdier for lite helseskadelig inntak reduseres stadig
 - Norge har valgt å ikke ha spesifikke anbefalinger, da det ikke finnes noen nedre sikker grense
 - Sverige og Danmark: Maks 10 enheter i uken
 - England: 9
 - USA: 14
- Kilde til forvirring:
 - En alkoholenhet defineres forskjellig i ulike land
 - I Norge (og Norden) defineres det som rundt 12-13 g ren alkohol
 - En enhet er 1,25 dl vin, 0,33 l øl eller 4 cl brennevin

The Lancet (2018)

GBD 2016 Alcohol Collaborators

No safe level

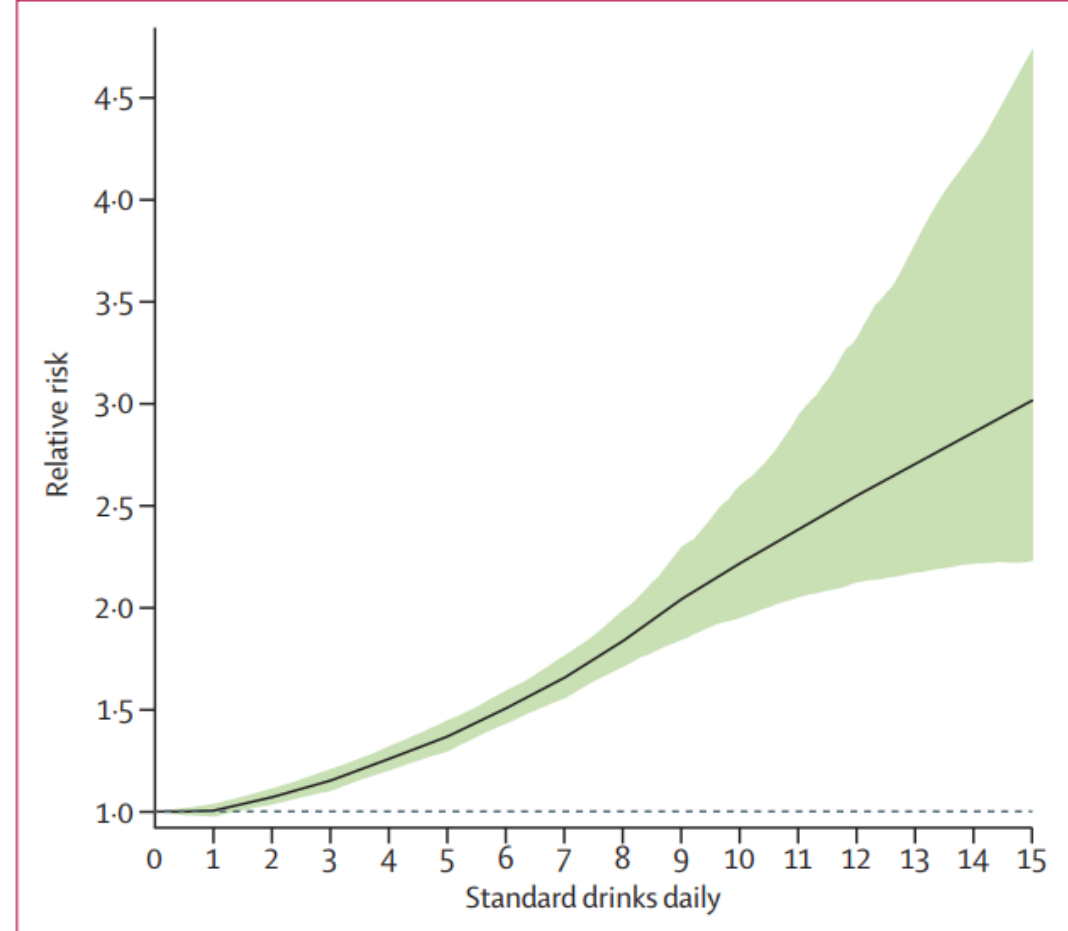


Figure 5: Weighted relative risk of alcohol for all attributable causes, by standard drinks consumed per day

Age-standardised weights determined by the DALY rate in 2016, for both sexes. The dotted line is a reference line for a relative risk of 1. DALY=disability-adjusted life-year.

Hva slags lidelse er alkoholbrukslidelse?

Binær sykdomsmodell

- Brain disease model
- Personer med alkoholproblemer er fundamentalt annerledes enn andre
- Patologiske nevroadaptasjoner
- Kronisk, tilbakevendende tilstand

Kontinuum-modell

- AUD er en heterogen tilstand, med stor variasjon på tvers av individer og kontekst
- Mer psykologisk orientert
- Større optimisme knyttet til behandlingsutfall
- Gjør at flere oppdager problematisk alkoholforbruk

Støtte for kontinuum- modellen

- AUD ikke nødvendigvis kronisk, tilbakevendende tilstand:
 - Mange slutter uten behandling
 - Mange slutter med behandling
 - Mangler god evidens for antakelsene i sykdomsmodellen
 - Ikke god evidens for at endringene ikke blir reversert med reduksjon og avhold
 - Heller ikke at nevrale endringer er direkte relatert til alvorlighetsgrad av avhengighet
- Hjerneendringer som observeres er ikke konsistente
 - Kan ikke diagnostisere AUD på bakgrunn av hjerneavbildning
- Nevroadaptasjoner er et normalfenomen

Ruslidelser – kronisk hjernesykdom?

- Mange bruker også illegale rusmidler sporadisk og kontrollert
 - Harris et al (2013): 15 % injiserte heroin 1-10 ganger i måneden, og hadde rundt 21 års bruk
 - Stea et al (2015): Undergrupper av brukere av heroin og cannabis med kontrollert bruk, som tidligere oppfylte kriteriene for avhengighet
- Mer forskning på hvem som kan oppnå sporadisk rusbruk, og hvor vanlig recovery til ikke-problematisk rusbruk er for DUD-pasienter
- Skadereduksjon: Mindre bruk fører til færre negative konsekvenser

Hvor mange
utvikler
avhengighet?

Table 2
Estimated Prevalence of Extramedical Use and Dependence in Total Study Population and Lifetime Dependence Among Users

Drug categories	Proportion with a history of dependence		Proportion with a history of extramedical use		Dependence among extramedical users	
	<i>P</i>	<i>SE</i>	<i>P</i>	<i>SE</i>	<i>P</i>	<i>SE</i>
Tobacco ^a	24.1	1.0	75.6	0.6	31.9	–
Alcohol	14.1	0.7	91.5	0.5	15.4	0.7
Other drugs	7.5	0.4	51.0	1.0	14.7	0.7
Cannabis	4.2	0.3	46.3	1.1	9.1	0.7
Cocaine	2.7	0.2	16.2	0.6	16.7	1.5
Stimulant	1.7	0.3	15.3	0.7	11.2	1.6
Anxiolytics, etc. ^b	1.2	0.2	12.7	0.5	9.2	1.1
Analgesics	0.7	0.1	9.7	0.5	7.5	1.0
Psychedelics	0.5	0.1	10.6	0.6	4.9	0.7
Heroin	0.4	0.1	1.5	0.2	23.1	5.6
Inhalants	0.3	0.1	6.8	0.4	3.7	1.4

Note. Weighted estimates from the National Comorbidity Survey data gathered in 1990–1992 for persons 15–54 years old (*n* = 8,098). Dash indicates data not estimated. *P* = Estimated prevalence proportion.

^a*n* = 4,414. ^bAnxiolytics, sedatives, and hypnotic drugs, grouped.

Anthony, J. C., Warner, L. A., & Kessler, R. C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244–268.
<https://doi.org/10.1037/1064-1297.2.3.244>

Lite kunnskap i befolkningen om alkohol kan føre til

- Tror at alle må ha døgnbehandling
- Livslangt avhold
- At ett enkelt inntak av rusmidler innebærer en sprek som medfører nye behandlingsrunder
 - *abstinence violation effect*
- Manglende tro på egen mestring
- Manglende tro på betydningen av miljø og kontekst
- Manglende tro på sosial støtte og naturlige bedringsprosesser

Ungdom og alkohol

- Ungdom i Europa har høyest alkoholbruk i verden
 - 44 % av europeisk ungdom har drukket alkohol den siste måneden
 - 25 % av norsk ungdom
 - 50 % av 15-16 åringer har drukket alkohol det siste året
 - Ungdommer i slutten av tenårene drikker mest
 - Den nedadgående trenden i alkoholbruk fra rundt 2000 flatet ut i perioden 2015-2019
- Alkohol og tenåringshjernen:
 - Hjernen ferdig utviklet 25-30 årsalderen
 - Risikoatferd dominerer i tenårene av naturlige utviklingsmessige årsaker
 - Alkohol påvirker kognitiv fleksibilitet hos tenåringer
 - Alkohol svekker risikobedømming og øker risikotaking

Ungdom og alkohol

- 15 % av (amerikansk) ungdom fyller kriteriene for AUD 18 år gamle
- Drikking i tenårene øker risiko for:
 - Psykisk sykdom – både aktuelt og senere i livet
 - Depresjon
 - Drikke seg full i tenårene er risikofaktor for tidlig demensutvikling
 - Alkoholinntak i tenårene predikerte alkoholbruk senere i livet
 - Risikofylt alkoholinntak i tenårene predikerte senere risikofylt drikking i tidlig voksenalder
 - Utvikling av alkoholbrukslidelse

Ungdom og alkohol

- Foreldre som er restriktive med alkohol har ungdom som drikker mindre
- Foreldre som har liberale holdninger til alkohol har ungdom som drikker mer
- Mer kommunikasjon rundt alkohol kan føre til mindre drikking i ungdomsårene
- Rollemodellering kan ha effekt: alkoholvaner (Pedersen & von Soest, 2013)
 - Foreldres drikketil/drikkefrekvens når barna var ungdom predikerte barnas drikkefrekvens når de var 28 år gamle
 - Foreldres bingedrinking predikerte barnas frekvens av bingedrinking når de var 28 år gamle

Ungdom som
driker med
foreldres
godkjenning
(Pereda et al.
2025: Addictive
behaviors)

Age of onset of adolescent alcohol use with parental permission and its impact on drinking and alcohol-harms in young adulthood: a longitudinal study

Participants and Methods

US community sample of adolescents
(n = 387) assessed annually over 9 years



80% used alcohol with parental permission
(age of onset ranged from 5-17 years)



Alcohol use and alcohol-related harms
were assessed in young adulthood



Controlled for several covariates
supported by prior literature

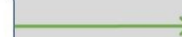


Findings

Parental permission to use alcohol, but **not** the age at
which such permission began, was prospectively
associated with alcohol outcomes in young adulthood.

Parental permission

Alcohol outcomes



Age of onset of
parental permission

Alcohol outcomes



Conclusion: The risk effect of alcohol use with parental permission during adolescence on alcohol outcomes in young adulthood is uniform across age and does not depend on early or late onset

Ungdom og alkohol

- Topp i inntak av rusmidler 18-24 år
 - Utviklingsoppgaver: forlate barndomshjemmet etc.
- De fleste reduserer alkoholinntak (og andre rusmidler) etter dette
 - Modner ut («maturing out»)
 - Økende krav med jobb, parforhold, barn, økonomiske forpliktelser etc.
 - Utvikling av hjernen/kognitiv modning

Alkohol: Forskjeller kvinner og menn

- Kvinnens progresjon til skadelig bruk og AUD er raskere enn menn
- Kvinner rapporterer om mer craving, større vanskeligheter med å slutte å drikke og større risiko for tilbakefall enn menn
- Biologiske forskjeller:
 - Konsentrasjonen av alkohol i blodet (BAC) øker raskere og er høyere hos kvinner
 - Hjerneforandringer som skyldes alkoholbruk hos kvinner:
 - Har større hjerneatrofi
 - Mer dysregulert stressregulering (HPA/stress-aksen)

Alkohol: Forskjeller kvinner og menn

- Psykologiske faktorer:
 - Negativ affekt
 - Kvinner bruker alkohol for å håndtere negative følelser og stress mer enn menn
 - Menn bruker alkohol for å forsterke positive opplevelser i større grad enn kvinner
 - Sterkere sammenheng mellom depresjon og craving i abstinensfasen hos kvinne
 - Kvinner har mer komorbide psykiske lidelser
 - Sammenhengen mellom psykiske lidelser og alkoholbruk sterkere hos kvinner (angst, depresjon)
 - Kognitive vansker
 - Noe evidens for at kvinner raskere får kognitive vansker enn menn
 - Traumer
 - Kvinner opplever oftere traumer og vold
 - Kvinner mer sårbare enn menn for tidlige stressende eller ubehagelige livshendelser

Behandling

- Hva virker?
- Andre faktorer som påvirker behandling

22

Tirsdag 27. juli 2022

Årsmøtet

Debatt & meninger



Kristoffer Høiland
Psykologspesialist i kommunehelsetjenesten, undervisningssjef og ansvarlig for, Sykehuset i Vestfold

Forskning på alkoholbehandling: Hva vet vi?

I Årsmøtet 22. juli stiller professor Jørgen G. Bramness viktig spørsmål: kjenner vi til alkoholbehandling? Hvorfor svarer vi på behandling for alkoholproblemer, og hvorfor behandler vi ikke flere? Bramness har presentert, trenger undervisning og ressurser.

Kommunikasjon i rusbehandling har ikke hatt samme prioritet som behandling av fysisk sykdom de siste årene. Forskning har vært fordomsfull og preget av stridende syn, og strukturelle forhold som venter, ventelister og økonomi har vært en hindring for forskning og behandling. Ulike av alkoholproblemer er en av de vanligste psykiske lidelsene i Norge, og disse pasientene trenger rask behandling. Bramness er innflytende og opplyst: av

alkohol og uten tilleggskostnader. Det som mangler, er forskning på mennesker som kan ha nytte av behandling, og hvor mye behandling som er nødvendig.

Vi vet relativt lite om behandlingen som gir best resultat, og spesialistbehandling, siden alkoholbehandling ikke har vært et prioritert forskningsområde. I spesialistbehandling har pasientene gjort andre psykiske lidelser som depresjon, angst, i tillegg til alkoholproblemer, og dette er en utfordring.

Dette krever mer samarbeid og integrert behandling, men kan bli en utfordring i Norge. Det er behov for studier som tar sikte på å finne ut om behandling er effektiv, og om pasientene trenger rask behandling. Bramness er innflytende og opplyst: av

alkohol og uten tilleggskostnader. Det som mangler, er forskning på mennesker som kan ha nytte av behandling, og hvor mye behandling som er nødvendig.

Vi vet relativt lite om behandlingen som gir best resultat, og spesialistbehandling, siden alkoholbehandling ikke har vært et prioritert forskningsområde. I spesialistbehandling har pasientene gjort andre psykiske lidelser som depresjon, angst, i tillegg til alkoholproblemer, og dette er en utfordring.

Dette krever mer samarbeid og integrert behandling, men kan bli en utfordring i Norge. Det er behov for studier som tar sikte på å finne ut om behandling er effektiv, og om pasientene trenger rask behandling. Bramness er innflytende og opplyst: av

Folk med alkoholproblemer tilbys for dårlig behandling

Det til tross for at lidelsen er blant de aller vanligste i Norge.



Mange pasienter med alkoholproblemer antar at behandling betyr at de helt må slutte å drikke. Men forskning viser at mange pasienter vil klare å oppnå betydelig bedring av psykisk helse og fungering i dagliglivet selv om de ikke blir totalavholdende, skriver Kristoffer Høiland. (Foto: Herman Dreyer)

KRISTOFFER HØILAND
Av Kristoffer Høiland
Psykologspesialist og PhD-kandidat, Sykehuset i Vestfold

Publisert: 03. november 2022
Sist oppdatert: 06. mars 2023

EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS

FAGFELLEVVURDERT

OPEN ACCESS

<https://doi.org/10.52734/dX5j39y5>

Behandling av alkoholbrukslidelse: pasientfaktorer betydning for gjennomføring og utfall

Kristoffer Høiland, Jens Egeland

Publisert: 23.08.2022 | Utgave: 9 | Sider: 798-808

Ψ Psykologtidsskriftet

Hva er endring?

- **Remisjon og recovery:**
 - DSM-5: Møter ikke lenger kriteriene for ruslidelse (ikke basert på avhold eller reduksjon av rusmiddel)
 - ICD: Møter ikke lenger kriteriene for ruslidelse, og har vært avholdende i 12 måneder eller mer (full remisjon)
- Alternativ definisjon:
 - **Recovery som en dynamisk endringsprosess, karakterisert av bedring i helse og sosial fungering, i tillegg til økt velvære og mening i livet**
(Witkiewitz et al., 2020)

Spesifikke behandlingsmetoder

- Evidensbaserte psykososiale behandlingsmetoder:
 - Korte intervensjoner (Brief interventions)
 - Kognitiv atferdsterapi (CBT)
 - Motiverende intervju (MI)
 - Contingency management
 - 12-trinnsbaserte terapier
 - Mindfulness based interventions



Contents lists available at ScienceDirect

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcdep



The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review

Dominique de Andrade^{a,*}, Rachel A. Elphinston^a, Catherine Quinn^a, Julaine Allan^{a,b},
Leanne Hides^a

^a School of Psychology, Lives Lived Well Research Group, The University of Queensland, St. Lucia Campus, Sir Fred Schonell Drive, St. Lucia, 4067, Queensland, Australia

^b Lives Lived Well, Level 1/55 Little Edward St, Spring Hill, 4000, Queensland, Australia



ARTICLE INFO

Keywords:

Residential treatment
Substance use
Substance dependence
Addiction
Mental health

ABSTRACT

Background: Residential treatment is a standard treatment for individuals with severe and complex substance use problems. However, there is limited evidence on best practice approaches to treatment in these settings. This review provides a comprehensive update on the evidence base for residential treatment, and directions for future research and clinical practice.

Method: A systematic review of all studies published between January 2013 and December 2018 was conducted. Public health and psychology databases (Medline, CINAHL, PsycARTICLES and PsycINFO) were systematically searched, and forward and backward snowballing were used to identify additional studies. Studies were included if they were quantitative, assessed the effectiveness of residential substance treatment programs for adults, were published in the English language and in peer-reviewed journals. The Effective Public Health Practice Project's Quality Assessment Tool for Quantitative Studies was used to assess methodological quality.

Results: Our search identified 23 studies. Eight were rated as methodologically strong, five as moderate and ten rated as weak. Quality ratings were impacted by attrition at follow-up and research design. Despite limitations, results provide moderate quality evidence for the effectiveness of residential treatment in improving outcomes across a number of substance use and life domains.

Conclusion: With caution, results suggest that best practice rehabilitation treatment integrates mental health treatment and provides continuity of care post-discharge. Future research and practice should focus on better collection of outcome data and conducting data linkage of key health, welfare and justice agency administrative data to enhance understanding of risk and recovery trajectories.

Hva vet vi om effekten av døgntbehandling?

Døgnbehandling

- Døgnbehandling har effekt
 - Men ingen klar evidens for at det virker bedre enn annen behandling
- Mange metodiske problemer
 - Ikke mange gode studier
 - Behandlingsopplegg uspesifikke
 - Varierende utfallsmål
 - Ulike sammenligningsgrupper
 - Vet lite om optimal behandlingstid (28 dager, 90 dager??)
 - Massivt frafall ved oppfølging: Vi studerer dem som var fornøyd og som gjennomførte – vet lite om de andre

Døgnsbehandling

- Virker best for personer som:
 - Har lite sosialt nettverk og støtte
 - Store somatiske helseutfordringer
 - Komorbide psykiske vansker
 - Befinner seg i et miljø med sterk negativ påvirkning på endringsmuligheter
 - Har ikke egen bolig/ustabil bosituasjon

Internett- og appbaserte behandlingsmetoder

- De siste 20 årene har vist at disse metodene kan være effektive
- Lett tilgjengelig (eller kan bli)
- Mange kan behandles uten store kostnader
- Viktig at alle hindringer for å bruke appene fjernes
- Øker tilgjengelighet – minsker skam/stigmatisering ved å søke behandling
- Digitale intervensjoner med terapeutstøtte fungerer bedre enn de uten
- Utfordringer:
 - Kjedelige å bruke – mange faller av tidlig
 - Klinisk relevante – svært få digitale behandlinger er godt nok utformet (klinikk/forskning) og mangler studier på effekt når de tas i bruk

Pasientfaktorer som påvirker utfall (dropout og endring)

- Alvorlighetsgrad av rusmiddelbruk
- Komorbid rusmiddelbruk
- Mangel på sosiale relasjoner
- Psykiske vansker
 - Spesielt depresjon og angst
- Personlighetsvansker (frafall)
- Kognitive vansker (frafall og langtidsutfall)
- Mestringstro
- Motivasjon

Hva vet vi ikke nok om når det gjelder behandling?

- En del studier har vist at det å motta mest mulig av planlagt behandling gir best utfall – dosen har betydning (Pfund et al. 2020, Pfund et al. 2021)
- Andre har ikke funnet denne type forskjeller, eksempelvis:
 - Miller & Hester (1986). Ingen forskjell i utfall pga forskjellig lengde av behandling. Gjaldt både døgn og poliklinikk
 - Moyer et al. (2002). Ingen forskjell mellom BI og lengre behandling. Antakelig gruppe pasienter med lettere vansker
 - Cutler & Fishbain (2005). Project MATCH: 2/3-3/4 av bedring i gruppen som mottok full behandling var lik i gruppen som ikke mottok noen behandling
 - All bedring i studien inntraff etter 1 konsultasjon
 - Konklusjonen var at det som tolkes som behandlingseffekt ikke skyldes behandlingen
 - Kritisert for metode

Behandlingsdose - oppsummering

- En oppsummeringsartikkel fra 2018 (Kramer-Scmidt et al. 2018) viste at følgende ikke hadde betydning for utfall:
 - Planlagt lengde av behandlingen (antall uker)
 - Varighet av timene
 - Hvor mange timer i uken
 - Antall timer pasienten møtte til

Hvorfor søker folk ikke behandling?

- Vet ikke at behandling finnes
- Tror ikke behandling virker
- Benekter problem – mener behandling ikke er nødvendig
- Stigmatisering og skam (Kilian et al. 2021)
 - En av de mest stigmatiserte psykiske lidelsene
 - Anses som farlige og utilregnelige
 - Blir ansvarliggjort for vanskene
 - Verre for kvinner enn for menn
- Lav sosioøkonomisk status
- **Og en del ønsker ikke å slutte eller redusere bruk av rusmidler**

Negative konsekvenser av å søke behandling

- Henvisninger og annet byråkrati
- Førerkort
- Barnevern
- Forsikringer etc

Ikke alle trenger behandling

- Naturlig bedring, eller self-change, er vanligste vei ut av AUD
 - Rundt 70 % for AUD
 - 40-80 % for SUD generelt?
- En del har nytte av deltakelse i selvhjelpsgrupper
- Mange endrer seg *før* behandlingen starter
 - Endringsprosesser før behandling
- Recovery/bedring er det vanligste utfallet
- De fleste unge slutter med rusmidler i tidlige voksenår
 - «Maturing out»
- Kanskje er det ikke slik at 93 % av de som ikke får hjelp faktisk trenger det?
 - Anslått at det reelle behandlingsgapet er rundt 25 % (Tuithof et al. 2016)

Totalavhold – eneste mål?

- Konsekvenser av totalavhold som dominerende målsetting
 - Mange søker ikke behandling fordi de tror at totalavhold er eneste mulighet
 - Rusinntak under behandling kan medføre utskrivelse av pasienter fra behandling – paradoks sammenlignet med andre sykdommer
 - Større dropout fra behandling grunnet ambivalens knyttet til totalavhold
 - Mindre behandlingseffekt: Øker risiko for alvorlige tilbakefall, og mindre sannsynlighet for å oppsøke behandling på nytt

Hva ønsker pasientene?

- Holde seg i live
 - Økt livskvalitet
 - Redusert inntak av rusmidler
 - Bedre psykisk helse
 - Få dekket grunnleggende behov
 - Økt mestringstro/evne (self-efficacy)
 - Knytte mer kontakt med hjelpeapparatet
-
- **Avhold fra rusmidler var ikke blant de prioriterte målene**

Kontrollert drikking vs totalavhold

Metaanalyse (Henssler et al., 2020)

- Hovedfunn:

1. Utfall ikke dårligere hos dem med kontrollert drikking som mål versus dem med totalavhold som mål
2. Andre utfallsmål: Ingen forskjeller mellom tilnærmingene
3. Alvorlighetsgrad av AUD hadde ikke betydning for hvem som hadde best nytte av metodene

Oppsummert: Totalavhold, alkoholreduksjon og kontrollert bruk

- De siste årene har sett en utvidelse av utfallsmål, også i kliniske studier
- Mange kan redusere og gå tilbake til kontrollert bruk
- Klinikere er ofte for negative med tanke på andre utfallsmål enn totalavhold
- Mål som baserer seg på reduksjon og kontrollert bruk har fordeler:
 - Enklere å oppnå for pasienten
 - Mulig å opprettholde over tid
 - Mange fordeler, både fysisk og psykisk