

Nya metoder behövs för alkoholarbetet i primärvården

Karin Hyland, doktorand, psykiater, överläkare, Riddargatan 1, mottagningen för alkohol och hälsa; Beroendecentrum Stockholm; institutet för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm
 ● karin.hyland@sl.se

Riskabla alkoholvanor innefattar riskbruk, skadligt bruk samt beroende och ses som ett spektrum med tilltagande svårighetsgrad. För de flesta kan svårigheterna variera över tid, medan en mindre grupp har ett mer kroniskt och svårt förlopp [1]. Screening och enkla råd, SBI (screening and brief intervention), för ohälsosamma alkoholvanor har sedan 30 år rekommenderats av Världshälsoorganisationen, WHO, som prevention och tidig intervention för alkoholproblem [2]. SBI innebär alkoholscreening med validerade instrument, som AUDIT (Alcohol use disorder identification test), följt av råd eller en kort intervention för dem som överskrider riskkonsumtionsnivåerna. AUDIT är inte ett diagnostiskt instrument. Generellt kan sägas att ju högre AUDIT-poäng, desto större sannolikhet är det att personen är alkoholberoende, men några absoluta gränser finns inte. AUDIT-poäng 6 eller mer för kvinnor respektive 8 eller mer för män indikerar riskabla alkoholvanor, ofta riskbruk, men vid 15 poäng och över föreligger ofta ett alkoholberoende. SBI är utvecklat för att vara användbart i primärvården, och WHO har i år gett ut en ny SBI-manual [3]. För att också nå dem med svårare beroendetillstånd kompletterades SBI i USA med en rutin för remiss till behandling inom specialiserad beroendevård, SBIRT (screening, brief intervention and referral to treatment) [4].

Effekter av tidigare satsningar

Trots visst vetenskapligt stöd för SBI och stora satsningar under lång tid i många länder, så har SBI inte kunnat implementeras i reguljär vård [5]. På senare tid har flera studier och översikter [6, 7] konstaterat att stödet för SBI och SBIRT är svagare än vad som hittills uppfattats. Visst stöd finns för att SBI leder till minskad alkoholkonsumtion i »efficacy«-studier, men inte i »effectiveness«-studier, när man försökt implementera metoden i reguljär sjukvård. Riktad AUDIT-screening och motiverande samtal vid graviditet har implementerats framgångsrikt i svensk mödravård. Det har däremot visat sig vara svårt att genomföra screening i den form som WHO-modellen föreskriver, då flertalet praktiker är tveksamma till generell screening. Detta beror delvis på att alkohol är ett stigmatiserat område bland både patienter och kliniker. Andra barriärer är klinikers stora arbetsbörda och upplevda tidsbrist samt osäkerhet på den egna förmågan att hantera riskabla alkoholvanor hos patienter. Vidare ser man små möjligheter att hänvisa patienter med svårare problem till specialistvård [8]. Att inte identifiera och hantera riskbruk är dock inte rimligt, då riskbruk är en allvarlig riskfaktor för både sjuklighet och dödlighet [9].

Alternativ för att upptäcka och behandla

Det är främst två åtgärder som krävs för ett effektivt

»Det är främst två åtgärder som krävs för ett effektivt alkoholarbete i primärvården: en ny form av screening som utgår från patientens hälsoproblem och enkla effektiva metoder för att behandla alkoholberoende.«

alkoholarbete i primärvården: en ny form av screening som utgår från patientens hälsoproblem och enkla, effektiva metoder för att behandla alkoholberoende. Utan sådana kommer många att känna fortsatt tvekan inför att ta upp frågor om alkohol och alkoholkonsumtion.

Alkohol bidrar till vanliga sjukdomar i primärvården. Alkohol passerar alla cellmembran, interagerar med proteiner och enzymer, påverkar DNA-transkriptionen och aktiverar stresssystemet. Det finns en stor genetik variation när det gäller hur vi påverkas av alkohol [10]. Flera vanliga sjukdomstillstånd orsakas eller försämras av för hög alkoholkonsumtion. Det

HUVUDBUDSKAP

- Flera vanliga sjukdomstillstånd försämras eller orsakas av hög alkoholkonsumtion.
- Screening och enkla råd, SBI (screening and brief intervention), vid alkoholproblem har rekommenderats i 30 år, men har varit svåra att implementera i reguljär sjukvård. En förklaring till detta är motståndet mot generell screening. En annan kan vara att många patienter med riskbruk också har ett beroende, som man inte känner sig rustad att behandla.
- En tredjedel av patienterna med ohälsosamma alkoholvanor är beroende; då är inte SBI tillräckligt.
- De flesta av dessa har måttliga beroendetillstånd och är bekymrade över detta, men är inte tilltalade av specialiserad beroendevård.
- Vi behöver alltså tänka nytt, och denna artikel visar på några effektiva alternativ för att uppmärksamma riskbruk och behandla beroendetillstånd i primärvården. Med ökad kompetens för att behandla även beroende kommer förhoppningsvis benägenheten att alls ställa frågor om alkohol att öka.

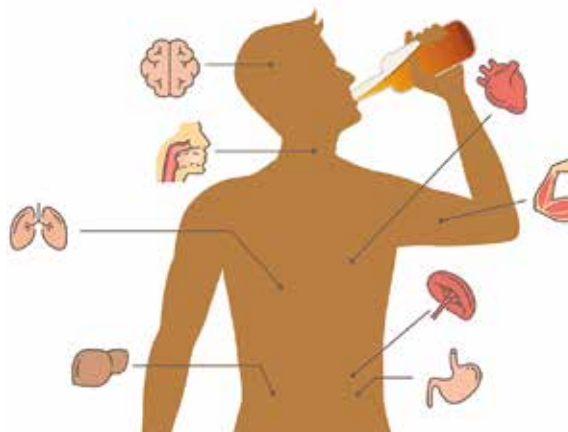
gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, flera cancerformer, sömnstörning, depression, ångest, neurologiska besvär, magbesvär, hudbesvär, infektioner och svårårläta sår. Enligt WHO finns samband mellan alkohol och över 70 sjukdomstillstånd [11]. Vid läkemedelsförskrivning kan alkoholkonsumtionen ha stor betydelse för biverkningar, särskilt för äldre patienter [12]. Patienter kan vilja och behöver veta hur de egna symtomen och sjukdomstillstånden kan påverkas av alkohol för att kunna fatta väl grundade beslut gällande sina alkoholvanor. Kartläggningar av patienters alkoholkonsumtion i primärvården kan bidra till bättre ställda somatiska och psykiatriska diagnoser och att evidensbaserad behandling kan erbjudas för alkoholproblemen.

Pragmatisk »case finding« – kliniskt relevant screening. Frågan är då hur den enskilde klinikern kan ta upp frågan om alkohol med patienter så att patienten motiveras att berätta om och vid behov förändra sina alkoholvanor.

Ett sätt är att utgå från de aktuella symtom eller besvär som fört patienten till mottagningen, så kallad pragmatisk »case finding« [13, 14]. Detta kan beskrivas som att läkaren erbjuder sig att berätta hur just gastrit eller sömnsvårigheter kan påverkas av alkohol och på så sätt kartlägga konsumtionen och motivera till förändring. Vidare undersöker läkaren om patienten är beredd att göra någon förändring och i så fall vilken. Läkaren klargör att detta är ett samarbete där läkaren hjälper patienten att resonera sig fram till ett mål, exempelvis halvera konsumtionen eller att hålla upp en tid. Förslagsvis planeras ett återbesök om några veckor, och till dess ombeds patienten ta blodprov, fylla i AUDIT samt kartlägga konsumtionen. Vid återbesöket återkopplar läkaren AUDIT-resultat samt laborativvärden som PETH (fosfatidyletanol) eller CDT (kolhydratfattigt transferrin) och ASAT, ALAT och GT (glutamyltransferas) samt utvärderar effekter på aktuella sjukdomssymtom relaterade till förändring av alkoholkonsumtionen. Även om laborativvärdenas specificitet och sensitivitet varierar (Socialstyrelsen; 2015) kan de ändå användas för biofeedback för att förstärka patienters motivation till förändring. Vid behov kan alkoholläkemedel ordinerar mot alkoholsug eller för nykterhet med stöd av disulfiram (Antabus).

Ett upplägg enligt ovan gör patienter delaktiga och ökar motivationen till förändring. Ambivalens till förändring är vanligt; korta återkommande uppföljande samtal underlättar [15].

Alkoholberoende är en folksjukdom som drabbar 4 procent av befolkningen, men färre än 20 procent av dessa nås av behandling [1]. 13 procent av kvinnorna och 20 procent av männen har ett riskbruk av alkohol. En sammanfattning av kunskapsläget gällande alkoholkonsumtion och risknivåer med förslag till rekommendationer har nyligen publicerats av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting [16]. I denna bedöms friska kvinnor och män generellt ha en låg risk för skador vid en konsumtion under 10 standardglas alkohol i veckan samt mindre än 4 glas vid ett dryckestillfälle. Ungefär en tredjedel av personer med riskbruk har ett alkoholberoende; här är SBI ofta inte tillräckligt [17, 18]. Flerparten med beroende har dock ett lindrigt eller måttligt



Ett sätt att ta upp frågan om alkohol är att utgå från de aktuella symtom eller besvär som fört patienten till mottagningen och erbjuda sig att berätta hur just dessa kan påverkas av alkohol, så kallad pragmatisk »case finding« [13, 14]. Bild: Shutterstock/IBL

uttalat beroende med 3–4 av 6 beroendekriterier enligt diagnossystemet ICD-10 [19]. Många av dessa personer har en stabil social situation och uppsöker primärvården med olika somatiska och psykiska symtom [20]. Vid samtal om deras levnadsvanor är många av dem bekymrade över och vill förändra sin alkoholkonsumtion. Att få hjälp av personal i primärvården är viktigt, då flertalet drar sig för att söka hjälp hos socialtjänsten eller i den specialiserade beroendevården. Därtill tappas många som remitteras från primärvården till specialistinsatser bort på vägen [21]. Några alternativ för denna grupp är följande:

- 15-metoden, en trappstegsmetod utvecklad för behandling av alkoholberoende i primärvård, har i en nyligen publicerad studie visat sig vara lika effektiv som behandling på specialistklinik för den stora gruppen med måttliga beroendetillstånd [22]. Samtalsdelen i 15-metoden bygger på behandlingsmetoden »guided self change« [23], kombinerar enkel KBT med inriktning på motiverande samtal och kan utföras av flera professioner: läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer. Dessa samtal kan vara ett alternativ till motivationshöjande behandling (MET), som Socialstyrelsen prioriterar högst.
- Alkoholnjen.se och Alkoholhjälpen.se tillhandahåller behandling för alkoholberoende via telefon eller internet.
- En annan möjlig väg är att initiera behandling via internet i primärvården. I en pågående studie i samarbete med intresserade vårdcentraler i Stockholms län undersöks om internetbaserad KBT är effektiv för behandling av alkoholberoende i primärvård (alkoholohalsa.se). Om så skulle vara fallet kan internetbehandling komplettera primärvårdens behandlingsarsenal vid alkoholberoende. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E9EU

REFERENSER

- Blomqvist J, Cunningham JA, Wallander L, et al. Att förbättra sina dryckesvanor. Om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. Rapport. Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD); 2007.
- Babor T, de la Fuente J, Saunders J, et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1989. WHO/MNH/DAT 89.4.
- WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. Geneva: World Health Organization; 2017. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edition-LSJB-290917-new-cover.pdf?ua=1
- Babor T, McRee B, Kasabaum P, et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.* 2007;28(3):7-30.
- van Beurden I, Anderson P, Akkermans RP, et al. Involvement of general practitioners in managing alcohol problems: a randomized controlled trial of a tailored improvement programme. *Addiction.* 2012;107(9):1601-11.
- McCambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ.* 2017;356:j116.
- Glass JE, Andréasson S, Bradley K, et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(1):14.
- Wilson GB, Lock CA, Heather N, et al. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol Alcohol.* 2011;46(5):570-7.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2197-223.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert. 2007;(72). Alcohol metabolism: an update. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa72/aa72.htm>
- Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Pringle K, Ahern F, Heller D, et al. Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(11):1930-6.
- Lid TG, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scand J Prim Health Care.* 2012;30(2):64-9.
- Lid TG, Nesvåg S, Meland E. When general practitioners talk about alcohol: exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scand J Public Health.* 2015;43(2):153-8.
- Orford J, Hodgson R, Copello A, et al; UKATT Research Team. To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(1):49-58.
- Allebeck P, Andreasson S, Wåhlin S, et al. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2018. Rapport 2018:1.
- Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsokenkaten/>
- Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(6):631-40.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th ed (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1992.
- Storbjörk J, Room R. The two worlds of alcohol problems: who is in treatment and who is not? *Addict Res Theory.* 2008;16(28):67-84.
- Andréasson S, Danielsson AK, Hallgren M. Severity of alcohol dependence in the Swedish adult population: association with consumption and social factors. *Alcohol.* 2013;47(1):21-5.
- Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andréasson S. Treatment for alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist treatment - a randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol.* Epub 16 Jan 2018. doi: 10.1093/alcalc/axx126.
- Sobell L, Sobell M. Problem drinkers. Guided self-change treatment. New York: Guilford Press; 1993.