

Primärvården får 20 miljoner för arbete med »riskbruk«

Att läkare frågar om patienternas rökvanor är numera rutin, men att fråga om alkoholvanor är betydligt känsligare. Samtidigt tyder mycket på att det lönar sig och att patienterna ofta vill prata om detta. Det är anledningen till att regeringen nu anslagit 20,4 miljoner kronor till primärvården för tidig upptäckt och behandling av patienter med en riskabel alkoholkonsumtion.

Regeringen beslutade den 12 april att anslå 20,4 miljoner kr till primärvården för arbete med att uppmärksamma patienter med riskabel alkoholkonsumtion. Samtidigt efterlyser allmänläkarna mer kunskaper i samtalsmetodik för att möta dessa patienter. Förutsättningarna är goda: läkarnas växande medvetenhet om riskbrukets hälsobetydelse och om den korta interventionens roll; patienternas ökande vilja att diskutera alkoholvanor; nya verktyg såsom motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI), »riskbruksverkstad«, kognitiv beteendeterapi samt nya läkemedel vid beroendeproblematik. Den kritiska punkten är nu att satsningarna utformas så att de får stöd i professionen och att familjeläkarna engageras i landstingens lokala arbete.

Vad är riskbruk? Alkoholproblematik associeras ofta med beroende och missbruk. Det är emellertid betydligt vanli-

gare med lindrigare hälsokonsekvenser. »Riskbruk« och »skadligt bruk« är termer som beskriver detta och avser alkoholkonsumtion som är eller kan bli skadlig för hälsan. Betydelsen för primärvårdens vardagssjukdomar – hypertoni, depression, metabolt syndrom, hudsjukdomar, sårskador, sömnstörning m fl – är stor.

Riskbruk är definitivt ett av allmänmedicinens intresseområden. Vanligtvis kan en person som blivit medveten om riskerna med sitt alkoholbruk själv ändra sitt beteende utan några vårdinsatser. Det viktigaste som allmänmedicinen kan göra är att föra frågan på tal och motivera till förändring. Det finns

starka belägg för att sådan korttidsrådgivning har stor effekt [1]. Detta är en anledning till regeringens satsning.

Riksdagen har sedan 2001 anvisat över en miljard kronor, huvudsakligen till kommunerna inom ramen för den nationella alkoholpolitiska handlingsplanen. Den nya regeringen riktar nu sin satsning mot tidig upptäckt och behandling av riskpatienter inom framför allt primärvården. Detta torde vara den största nationella satsningen på utbildning och kvalitetsutveckling inom vården hittills. Ett trenderbrott är att den finansieras med statliga medel och inte av läkemedelsindustrin. Samtidigt kan konstateras att landstingens egen insats motsvarar minst lika mycket.

Riskbruksprojektet startade inom Familjemedicinska institutet (Fammi), men övergick 2006 till Statens folkhälsoinstitut (FHI). Landstingen har nu för andra året kunnat söka medel. Riskbruksprojektet finns som stöd för landstingens lokala arbete och för att säkra professionernas roll. Riskbruksprojektet är ett nationellt resurs- och kompetenscentrum med fem delprojekt för professionerna: familjeläkare, ST-läkare, barnmorskor, BVC- och distriktssköterskor.



SVEN WÅHLIN

husläkare, Bålsta vårdcentral;
projektledare för familjeläkare
sven.wahlin@fhi.se



ANNA-KARIN SVENSSON

familjeläkare, Sandviken;
projektledare för familjeläkare
anna-karin.svensson@sfam.a.se



ÅSA WETTERQVIST

husläkare, Kungsgårdets
husläkarmottagning;
projektledare för ST-läkare
aswahld@hotmail.com
Samtliga vid Riskbruksprojektet,
Statens folkhälsoinstitut



Trevlig samvaro eller riskbruk?

Foto: IBL

skor, företagshälsovård samt ett delprojekt för motiverande samtal [2].

Tobak, motion och alkohol. Till skillnad från för 20–30 år sedan är det nu rutin att läkare frågar om patientens tobaksvanor, och rökavvänjning i olika former är en väletablerad klinisk verksamhet. Endast 5 procent av familjeläkarna anser sig ha bristande kunskaper om hur de ska ge råd till sina patienter om att sluta röka.

Att diskutera motion har också blivit naturligt på senare år. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är etablerat.

Frågor om alkoholvanor ställs dock mer sällan. Bara hälften av familjeläkarna berör alkoholfrågor med patienterna. Distriktssköterskorna gör det i ännu lägre grad, 27 procent. Av företagsläkarna, som har ett annat uppdrag, frågar hela 86 procent, vilket visar att uppgiften är fullt möjlig. Alkoholvanan är den levnadsvana som familjeläkarkåren anser är svårast att hjälpa patienterna att förändra; cirka 75 procent anser sig inte kunna påverka sina patienter i detta avseende [3].

Många minskar själva sin konsumtion. Drygt 13 procent av vuxna patienter tillfrågas av läkare om sina alkoholvanor, men mindre än 2 procent får rådet att de ska minska sin alkoholkonsumtion. Nästan 8 procent av befolkningen hade själva dragit ned sin alkoholkonsumtion i syfte att förbättra sin hälsa det senaste året; vanligast i yngre åldersgrupper [3]. Detta tyder på att många av våra patienter vill diskutera sina alkoholvanor, men att denna önskan inte tillvaratas fullt ut i våra konsultationer. Dessutom är patienterna positiva till att detta tas upp [4].

Utbildningsbehov. Nu när landstingens folkhälsoenheter startar riskbruksaktiviteter är det viktigt att de utformas så att de kan bli accepterade i professionen och inte upplevs som »kommandoutbildning«. De flesta allmänläkare upplever ju redan sin vardag som alltför pressad: »Måste jag då börja fråga om alkohol också? Hur ska detta underlätta för mig?»

I undersökningar framkommer att familjeläkarna själva efterlyser mer kunskap om samtalsmetoder för att kunna identifiera alkoholrelaterade problem och ge råd [3]. Familjeläkarna vet att konsultationen är deras främsta arbetsinstrument och att ett patientcenterat synsätt i patientmötet ger bäst följsamhet. Många familjeläkare är något bekanta med principerna för t ex motiverande samtal och kognitiv be-

teendeterapi och utnyttjar detta i sitt möte med patienterna utan att vara utbildade terapeuter. För dessa läkare blir de förut så svåra samtalen ofta de mest givande, som också berikar yrkeslivet. Det finns en stor outnyttjad potential i dessa redskap för att hantera alkoholfrågan.

Screening har varit svår att integrera i primärvårdens vardag men har fungerat i vissa begränsade sammanhang, t ex hälsokontroller inom företagshälsovården. Familjeläkarnas unika potential ligger i mångårig kännedom om patienten och i det förtroendefulla mötet mellan läkare och patient [5]. Den s k FRAMES-metoden bygger på allmänna principer för god kommunikation i vården och är lämplig för alkoholrådgivning. I motiverande samtal (MI) har FRAMES-principerna utvecklats vidare. Här får patienten stöd att klarlägga vilka motiv och medel hon kan tänkas ha för att ändra sina alkoholvanor. KBT har grundprinciper som familjeläkare kan utnyttja i patientsamtalen. Detta är några exempel på tekniker och »verktyg« som varje familjeläkare kan använda och som är effektiva, till och med i korta »5-minutersinterventioner«.

I utbildningskonceptet »Riskbruksverkstad« får läkarna bättre färdigheter i patientmötet genom att tydliggöra sina egna patienterfarenheter. Andra utbildningar kan utnyttja video, rollspel eller audit. Självstyrda fortbildnings- och kvalitetsgrupper (FQ-grupper) är en pedagogisk fortbildningsform som utveck-

lats i nära anslutning till det praktiska arbetet. Svensk förening för allmänmedicins studiebrev om riskbruk [6] är ett utmärkt sätt att börja sin fördjupning.

Ett framgångsrikt riskbruksarbete kräver att arbetsmetoden passar in i och berikar allmänmedicinens vardag. Professionens eget val och kontroll är en förutsättning för acceptans. Fortbildnings-samordnarna kan ha en nyckelroll. Att satsa på ST-läkarna är också effektivt då de har störst potential att lära nya arbetsmetoder och har många år i yrket framför sig. Vi ser nu fram emot en dialog mellan läkarkåren och landstingens folkhälsoenheter i dessa frågor!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Behandling av alkohol och narkotikaproblem. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001. SBU rapport 156.
2. Riskbruksprojektet. http://www.fhi.se/templates/Page_8936.aspx
3. Alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
4. Andréasson S, Graffman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågas om alkohol och livsstil tas upp. Läkartidningen. 2002;99:4252-5.
5. Hedberg C. Riskbruk och allmänmedicinens kliniska metod. Allmänmedicin 1995;16(6):290-1.
6. Hallberg H. Riskbruk av alkohol – ett studiebrev. <http://www.sfam.se/documents/Riskbruk031.pdf>

Fler debattinlägg på sidan 1245.

Så kan man gå förbi tatueringen

■ I Läkartidningen 13/2007 (sidan 1062) undrar Rickard Eitrem om riskerna med att sticka i tatueringar – särskilt i samband med lumbalpunktioner. I likhet med honom har jag inte hittat något som kan kallas evidens i ämnet, som naturligtvis också är aktuellt vid anläggande av epidural eller intradural blockad, t ex på förlösningsavdelning.

En del kollegor avstår helt från att sticka ifall patienten är tatuerad i området, men eftersom evidens saknas känns detta väl drakoniskt.

Min egen erfarenhet är att det oftast går att sticka bredvid tatueringen, varvid man bokstavligen talat går förbi problemet.

I fall då detta inte än möjligt brukar jag lägga infiltrationsanestesi i (under)-

huden genom tatueringen, varefter en liten hudincision görs. Detta får huden att glipa isär så att det egentliga insticket i realiteten görs »bredvid« pigmentet i tatueringen – inte genom det. (Rent filosofiskt kan anföras att subkutis kan innehålla pigmentspår efter infiltrationen, men i avsaknad av evidens åt något håll använder jag tills vidare det sunda förnuftet.)

Naturligtvis informeras patienten om tillvägagångssättet, inklusive att det kommer att bli ett litet ärr i tatueringen, och får ge sitt samtycke före proceduren.

Bror Gårdelöv

anestesiöverläkare, Linköping
Bror.Gardelov@lio.se