

LOKALT ARBETE MOT  
ALKOHOL OCH NARKOTIKA



# Alkoholförebyggande insatser i primärvården



# **Alkoholförebyggande insatser i primärvården**

*Nr 8 i Statens folkhälsoinstituts metodskrifter  
för lokalt arbete mot alkohol och narkotika*

**Statens folkhälsoinstitut**  
**Alkohol- och narkotikaavdelningen**  
**103 52 Stockholm**  
**[www.fhi.se](http://www.fhi.se)**

**Text: Sven Andréasson**  
**[sven.andreasson@fhi.se](mailto:sven.andreasson@fhi.se)**

Omslagsbild: Louise Billgert/Bildhuset  
Foto: Bruno Ehrs/Bildhuset (sid. 6)  
Lena Granefelt/Bildhuset (sid. 9)  
Micke Lundström/Bildhuset (sid. 17)  
Georg Sessler/Bildhuset (sid. 22)  
Teckningar: Erland Törngren (sid. 24, 25)  
Grafisk form: Majbritt Hagdahl  
Språkgranskare: Kerstin Törngren  
Tryck: Intellecta Tryckindustri, Solna 2006  
ISBN 91-7257-439-9

# Innehåll

- 5** Förord
- 7** Alkoholförebyggande insatser i primärvården
  - Alkoholutvecklingen 8
  - Medicinska effekter av alkohol 8
  - Det vetenskapliga underlaget för alkoholrådgivning 11
  - Varför förekommer det så lite alkoholrådgivning i primärvården? 11
- 14** Kort rådgivning om alkohol – hur ska det gå till?
  - Screening 14
  - Motiverande samtalsmetodik 16
  - Koppling till behandling 19
- 21** Vad den lokala samordnaren kan göra
  - Lokala vårdprogram 22
  - Arbete inom team med flera kompetenser 22
  - Alkohol en riskfaktor bland andra riskfaktorer 24
- 29** Lästips



## **Att förebygga alkohol- och narkotikaproblem – en lokal utmaning**

Det finns starka skäl för en större satsning på förebyggande insatser i Sverige. På statlig nivå har flera viktiga initiativ tagits. Bl.a. har nationella handlingsplaner för att förebygga alkohol- och narkotikaproblem antagits. I dessa läggs en ökande vikt vid lokalt förebyggande arbete. Samtidigt har många kommuner och landsting ökat sin aktivitet genom att anta nya alkohol- och narkotikapolitiska program och handlingsplaner. De flesta har också anställt alkohol- och drogsamordnare, och påbörjat förebyggande aktiviteter inom många områden.

Det finns nu också en ökande kunskap om vilka åtgärder som fungerar. Avgörande för utformningen av förebyggande åtgärder är att man har kunskap om vilka de viktigaste risk- och skyddsfaktorerna för alkohol- och narkotikaproblem är, och hur dessa ska kunna motverkas respektive främjas.

Preventionsforskningen visar att ju fler risk- och skyddsfaktorer på individ-, grupp- och samhällsnivå som kan påverkas desto större blir den förebyggande effekten. De satsningar som på många håll görs för barn och ungdom är bra, men behöver kompletteras med insatser för hela befolkningen om de ska ge verklig effekt.

För att understödja det lokala alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet ger Statens folkhälsoinstitut ut en serie metodskrifter. Syftet är att ge kortfattad information om metoder på ett antal centrala områden inom det förebyggande arbetet. De ska ses som praktiska verktyg för lokalt verksamma personer med ansvar för alkohol- och narkotikafrågor, bl.a. alkohol- och drogsamordnare och beslutsfattare på politisk och administrativ ledningsnivå.

*Gunnar Ågren*  
Generaldirektör

*Sven Andréasson*  
Avdelningschef Alkohol- och narkotikaavdelningen



# Alkoholförebyggande insatser i primärvården

Primärvården är en viktig del av lokalsamhället. Under loppet av några år har flertalet invånare haft en eller fler kontakter med primärvården. Detta ger primärvården en unik möjlighet att förutom vård och behandling också nå hela befolkningen med hälsofrämjande insatser. Alkoholforskningen visar att allmän upplysning om alkohol i media har liten påverkan på människors alkoholvanor. Enskild rådgivning från en läkare eller sjuksköterska till en person som söker vård eller behandling i sjukvården har däremot god effekt.

**Enskild rådgivning från en läkare eller sjuksköterska till en person som söker vård eller behandling i sjukvården har god effekt.**

har däremot god effekt.

Hittills har insatserna på alkoholområdet inte fått den omfattning i primärvården som alkoholens betydelse för hälsan motiverar. För detta finns flera anledningar, både på den professionella nivån och på ledningsnivån. På professionell nivå torde den viktigaste anledningen vara att alkohol upplevs som ett känsligt område att ställa frågor om. På politisk och administrativ ledningsnivå har problemet ofta varit avsaknad av policy som lett till tydliga uppdrag och resurser.

Det är viktigt att klargöra att frågan om implementering av alkoholordgivning inte bara handlar om utbildning. Till lika stor del handlar den om policybeslut på ledningsnivå. Här finns ett ansvar för politiker, beställarorganisationer och motsvarande att med ledning av forskning och erfarenhet fatta beslut om att effektiv metodik ska implementeras.

Såväl huvudmannen som professionen bör driva frågan om alkoholprevention som en policyfråga. Ur professionens perspektiv handlar det om ett processarbete för att övervinna de hinder som den enskilde läkaren kan känna inför att tillägna sig ett nytt arbetssätt: tidsbrist, tvekan om relevans och osäkerhet rörande metodik. Ur huvudmannens perspektiv handlar det om

att efterfråga och stödja medicinsk metodik som är dokumenterat effektiv och som reducerar vårdbehov och vårdkostnader.

## Alkoholutvecklingen

Utvecklingen på alkoholområdet innebär att allt fler svenskar dricker alkohol regelbundet, samtidigt som det traditionella berusningsdrickandet lever vidare. Detta innebär att allt fler människor som kommer till sjukvården är utsatta för riskabla alkoholmängder. Det finns därför starkare skäl än tidigare för läkare och annan vårdpersonal att överväga vilken roll alkoholkonsumtionen har för patienternas hälsa och diskutera detta.

Ökningen av den allmänna konsumtionsnivån har följts av en ännu större ökning av riskdrickande. Antalet berusningstillfällen har under tidsperioden 1998–2004 ökat med cirka 40 procent. Detta är särskilt viktigt att observera, eftersom en stor del av alla akuta problem som uppstår kring alkohol, såväl medicinska som sociala, sammanhänger med berusningsdrickande.

## Medicinska effekter av alkohol

Helt riskfri är inte någon alkoholkonsumtion, men så länge drickandet är måttligt ses små hälsoeffekter. Vad är då måttligt drickande, och vad är riskdrickande? Med måttligt drickande menas både att den regelbundna alkoholkonsumtionen är låg och att berusningsdrickande inte förekommer. Ur medicinsk synpunkt bör män inte dricka mer än 2 standardglas per dag och kvinnor inte mer än 1–1½ standardglas per dag, eller 14 respektive 9 standardglas per vecka. Ett standardglas motsvarar 15 cl vin, 33 cl starköl eller 4 cl sprit. Allt berusningsdrickande innebär en medicinsk risk. Med berusningsdrickande menas mer än tre standardglas vid ett och samma tillfälle för kvinnor och mer än fyra standardglas för män. Vårdpersonal borde diskutera konsumtionsmönster, och i synnerhet berusningsdrickande, i samtal med patienter betydligt mer än vad som oftast sker.



Även måttlig alkoholkonsumtion innebär dock vissa hälsorisker, främst för fosterskador, vissa cancerformer, leversjukdomar, olycksfall, våld och högt blodtryck. Skyddande effekter rapporteras för hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och för kognitiva funktioner. Huruvida dessa skyddseffekter är reella eller skenbara är för närvarande föremål för vetenskaplig debatt. Skulle alkoholens skyddande effekt vara reell kan konstateras att skyddseffekten uppnås vid mycket låg konsumtion, som mest ett knappt standardglas alkohol om dagen för män i 70-årsåldern, och mindre än ett halvt glas om dagen för kvinnor i samma ålder. All konsumtion över dessa nivåer leder till ökad risk. Lägre nivåer för att uppnå skyddande effekter gäller för yngre personer. Personer under 40 år gör inga hälsovinster över huvud taget av alkohol. Detta innebär att man kan rekommendera en restriktiv hållning till alkohol utan att riskera att människor går miste om en eventuell hälsoskyddande effekt av alkohol.

Risken med alkohol är störst för unga människor för att sedan avta med stigande ålder. Den eventuella nyttan med alkohol är en spegelbild av detta. Unga har ingen nytta av alkohol, men från och med medelåldern ser forskarna en tilltagande nytta, tydligare för män än för kvinnor. Kvinnor i alla åldrar är mer känsliga för alkohol än män. Om konsumtionen överstiger den måttliga nivån ses ökade risker med ökande konsumtion. Dels ökar risken för organskador och psykiska problem, dels ökar risken för beroende.

**Risken med alkohol är störst för unga människor för att sedan avta med stigande ålder.**

Att aktivt rekommendera alkohol som medicin är oförenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, då det underlag i form av kontrollerade studier som medicinen ställer krav på saknas. Det finns å andra sidan ingen anledning att avråda från måttligt drickande i det enskilda fallet – förutsatt att man har tagit hänsyn till kända kontraindikationer. Till kontraindikationerna hör alkoholberoende, leversjukdom, graviditet och medicinering med en rad läkemedel som samspelar ogynnsamt med alkohol.

## Det vetenskapliga underlaget för alkoholrådgivning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade 2001 en rapport om behandling av alkohol- och narkotikaproblem, där också frågan om sekundärprevention behandlades. Flera hundra vetenskapliga artiklar har publicerats internationellt inom detta område. Av dessa uppfyllde 25 SBU:s högt ställda vetenskapliga krav, bl.a. avseende randomiserade kontrollgrupper. Slutsatsen var att 30 procent av högkonsumenter till vilka sekundärpreventiva åtgärder riktades reducerade sin alkoholkonsumtion till en medicinskt acceptabel nivå, jämfört med 20 procent i kontrollgrupperna. Eftersom även kontrollgrupperna fick en viss intervention ligger den verkliga effekten av dessa program i intervallet 10–30 procent. Även en försiktig effektberäkning på 10 procent innebär mycket god effekt jämfört med andra förebyggande insatser inom sjukvården. Mycket talar för att effekterna av alkoholrådgivning är större än för annan livsstilsrådgivning. Detta kan förklaras med att de flesta högkonsumenterna av alkohol inte är beroende. Detta i motsats till exempelvis de flesta rökare som är nikotinberoende. Detta gör att högkonsumenterna av alkohol har det relativt lättare att dra ner på sin konsumtion.

## Varför förekommer det så lite alkoholrådgivning i primärvården?

Vad dessa studier och många andra runt om i världen visar är att s.k. sekundär prevention av alkoholproblem fungerar. Dvs. att man fångar upp ett riskbeteende – i detta fallet hög alkoholkonsumtion – innan det lett till problem. Frågan är varför det inte görs. Några tänkbara skäl:

**Tidsbrist:** primärvården har en mängd uppgifter och arbetsmängden har ökat markant på senare år. Det är inte möjligt att då lägga på ytterligare en uppgift. Kommentar: hög alkoholkonsumtion

Antalet besök i öppenvård och antalet dagar på sjukhus minskade för de som fått alkoholrådgivning.

genererar i sig mycket merarbete för sjukvården. Om man kunde förebygga alkoholproblem skulle vårdtrycket minska. Detta framgår av svenska studier, där antalet besök i öppenvård och antalet dagar på sjukhus minskade för de som fått alkoholrådgivning. Därtill har många en överdriven föreställning om tidsåtgången för alkoholprevention.

**Alkoholfrågor provocerande:** alkoholvanor är känsliga saker och det är lätt att hamna i konfronterande diskussioner, där patienten känner sig påhoppad, förnekar problem och doktorn känner sig frustrerad. Kommentar: alkoholen kan förvisso vara ett känsligt ämne, men om frågan tas upp på rätt sätt är de flesta människor beredda att diskutera den. I själva verket visar flera svenska primärvårdsstudier att människor förväntar sig att deras doktor tar upp sådana frågor, eftersom de upplevs som viktiga för hälsan.

**Ej medicinsk uppgift:** människors levnadsvanor är deras ensak. Det är inte sjukvårdens uppgift att predika för folk hur de borde leva. Kommentar: sjukvårdens uppgift är inte bara att behandla sjukdomar när de uppkommit, utan också att förebygga dem. Redan Hippokrates föreskrev för läkarna att de borde råda sina patienter till måttfulla mat- och dryckesvanor. Avgörande är att detta görs på rätt sätt, med respekt för att människor kan vilja göra andra val.

**Ineffektivt:** att ge råd om alkohol leder inte till några förändringar. Kommentar: SBU konstaterar att det finns få medicinska åtgärder som är lika kostnadseffektiva som alkoholprevention. Detta beror på att åtgärden är enkel och tar lite tid. Alkoholskadorna är särskilt kostsamma eftersom de oftast drabbar människor i ungdom eller medelålder.

**Kunskap saknas:** de flesta läkare och sköterskor i sjukvården saknar kunskap om alkohol och alkoholprevention. Dels vet man inte hur man ska identifiera riskpatienterna, dels vet man inte

hur man ska diskutera frågan. Kommentar: detta är inte svårt. I många av de studier som gjorts har sjukvårdspersonal fått en mycket kort utbildning, ofta bara någon timme, ibland ännu mindre.

I en intervjustudie i Blekinge 2001 har man i djupintervjuer med distriktsläkare diskuterat vilka faktorer som kan hindra ett alkoholförebyggande arbete. De hinder som främst diskuterades var den stress som allmänläkarna lever under, oftast relaterad till underbemanning. Arbete med missbruk hade låg status. Vidare saknades enhetliga riktlinjer eller vårdprogram för alkoholfrågor; alla önskade mer utbildning i dessa frågor. Särskilt korta, men återkommande utbildningar i diagnostik, behandling samt uppföljning av högkonsumtion efterfrågades. Man hade också dålig kunskap om vilka resurser som kommunen och andra hade för vård och behandling. Man efterlyste större tydlighet från primärvårdsledningen vad gällde målsättningen och kvaliteten i det alkoholförebyggande arbetet.

I en studie från Östergötland redovisas erfarenheterna av en utbildningssatsning avseende rutiner för tidig identifiering och behandling av personer med alkoholkonsumtion på risknivå. Såväl läkare som sjuksköterskor rapporterade ökad kompetenskänsla efter projektet, och särskilt läkarna beskrev ett större engagemang i frågan. Författarna drar slutsatsen att framtida satsningar bör ta sikte på utbildning, handledning och goda exempel.

Från beslutsfattare krävs ett klart uppdrag: alkoholprevention ska bedrivas. Motivet är enkelt eftersom detta är en dokumenterad effektiv verksamhet som räddar liv, minskar sjuklighet och sänker vårdkostnaderna. Sett ur ett prioriteringsperspektiv är verksamheten högprioriterad eftersom kostnadseffektiviteten är hög. Samtidigt måste stöd ges till utbildning och metodutveckling. Från professionen krävs ett arbete för att överkomma de hinder den enskilde praktikern kan uppleva i form av osäkerhet rörande relevans och metodik.

# Kort rådgivning om alkohol – hur ska det gå till?

Genomförandet av kort rådgivning innefattar två delar: upptäckt av riskabel alkoholkonsumtion (screening) och rådgivning.

## Screening

Alla studier som redovisat positiva resultat av sekundärprevention har utgått från screening i någon form. Det finns ett flertal metoder för screening.

*1. Biokemiska markörer.* De mest använda laboratorieproverna för att påvisa hög alkoholkonsumtion är leverprover ( $\gamma$ -GT, ASAT, ALAT), kolhydratfattigt transferrin (CDT) och blodkroppsvolym (MCV). Dessa markörer har genomgående låg sensitivitet (ca 25–35 %) för måttlig högkonsumtion av alkohol, dvs. den konsumtionsnivå som de icke-beroende riskkonsumenterna har. Sensitiviteten är högre, ca 65–80 % för alkoholberoende patienter, som oftast har en betydligt högre konsumtion.

*2. Frågeformulär om alkoholvanor.* AUDIT-formuläret är det effektivaste instrumentet för att identifiera riskkonsumenter. För att identifiera alkoholberoende är CAGE det effektivaste instrumentet. Även om dessa metoder har ett stort värde, bör framhållas att det naturligaste är att använda den reguljära anamnesen som screeningmetod. I många fall kan frågor om alkoholvanor kopplas till orsaken till besöket. Frågorna kan initialt hållas mycket allmänna: ”Dricker du alkohol?”. För det stora flertalet patienter som bejakar denna fråga kan sedan ett kort samtal utvecklas, där sambanden mellan alkohol och det aktuella hälsoproblemet diskuteras. Ibland kan det vara av värde att öka precisionen genom att ställa några standardfrågor: ”Hur många dagar brukar du använda alkohol under en normal vecka?”; ”De dagar då du dricker alkohol, hur mycket dricker du då?”; ”Hur ofta händer det att du dricker mer än 5 glas vid ett och samma till-

fälle?”. Ett alternativ till dessa konsumtionsinriktade frågor är att ställa frågor om upplevda problem, t.ex. ”Har du funderat över om dina alkoholvanor kan leda till hälsoproblem?” eller ”Är du orolig över dina alkoholvanor?”. När möjlighet finns att knyta an till ett hälsoproblem upplevs alkoholfrågorna sällan som svåra, vare sig för läkare eller för patient. Däremot kan det vara svårare att ta upp en alkoholdiskussion när medicinsk anledning för detta inte föreligger vid besökstillfället. Med tillämpning av principerna från motiverande samtalsmetodik är det dock oftast möjligt att snabbt bedöma om patienten är beredd att diskutera frågan eller ej – och att avstå från att driva frågan när beredskap för detta saknas.

En viktig fråga är hur screening i någon av dessa former kan inarbetas i sjukvårdens reguljära rutiner. En del allmänläkare avvisar allmän screening för alla patienter därför att den skapar irritation och äventyrar patient-läkarrelationen. Andra menar att en stor del av den förebyggande potentialen går förlorad om man bara erbjuder rådgivning till patienter identifierade genom klinisk bedömning. Man identifierar då i stor utsträckning patienter som redan utvecklat allvarligare alkoholproblem, vilka mer sällan går att påverka med kort rådgivning.

I vissa sammanhang är dock screening okontroversiell, exempelvis i samband med nybesök, vid hälsokontroller och/eller vid vissa diagnoser där alkohol är en allmänt accepterad riskfaktor. Dock krävs att läkare och annan vårdpersonal förberetts genom utbildning i samtalsmetodik, risken är annars stor att en del samtal skapar irritation.

Då alkohol uppfattas som ett särskilt känsligt område för personalen att diskutera med sina patienter, är det möjligt att screening skulle underlättas om denna inte bara handlade om alkohol utan vävdes in i ett mer allmänt livsstilsperspektiv.

## Motiverande samtalsmetodik

Samtal i syfte att höja motivationen hos patienten att förändra sitt alkoholbruk är den centrala uppgiften i alkoholrådgivningen. Själva screeningen kan lösas på flera olika sätt, med anpassning efter lokala förutsättningar och önskemål, men om läkarna känner olust inför samtalet om alkohol kommer troligen inte heller screeningen till stånd.

Utbildning i motiverande samtalsmetodik kan genomföras med olika ambitionsnivåer. På den basala nivån handlar det om att ta fasta på det som läkare och sjuksköterskor har stor erfarenhet av och redan gör bra – rådgivning – och utveckla de motivationshöjande inslagen i rådgivningen.

Den motiverande rådgivningen kan med fördel sammanfattas i akronymen FRAMES (se textruta). I denna beskrivs de bärande inslagen i de framgångsrika sekundärpreventiva studier som rapporteras i litteraturen. FRAMES-modellen förutsätter att behandlaren har en grundläggande alkoholkunskap och kan besvara de vanligaste frågorna som patienten kan ställa om alkoholens hälsoeffekter.

### FRAMES

<b>Feed-back</b>	Läkaren delger patienten sin bedömning
<b>Responsibility</b>	Det är patientens ansvar att förändra sitt drickande
<b>Advice</b>	... men läkaren kan ge råd
<b>Menu</b>	... och dessa råd kan utformas som en meny, där det finns olika alternativ
<b>Empathy</b>	Ett empatiskt förhållningssätt fungerar bäst
<b>Self-efficacy</b>	Läkaren kan stärka patientens tilltro till sin förmåga att göra förändringar



På nästa nivå handlar det om att förmedla principerna för motive-  
rande samtal, Motivational Interviewing (MI). MI är en patient-  
centrerad metod, där praktikern utan påtryckningar hjälper  
patienten att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst  
beteende. I denna metodik inarbetas flera av de inslag som visat  
sig verksamma i olika förändringsmodeller: att ge positiv för-  
stärkning, stärka självtilliten och att övervinna ambivalens. Med  
ökad medvetenhet kan den ambivalens som ofta präglar män-  
niskors beteenden reduceras och beslut om förändring underlättas.  
Metoden är attraktiv för många praktiker därför att den är  
generaliserbar till arbete med andra riskfaktorer och ett flertal  
beteendeproblem. Den är dock mer krävande för sjukvårdspersonal  
att ta till sig, och fordrar en grundutbildning på tre dagar,  
plus uppföljningssträffar och handledning.

Många praktiker tycker alkoholfrågan är speciellt svår att  
hantera därför att en del patienter blir defensiva eller irriterade då  
alkohol förs på tal. Detta kan i viss utsträckning bero på hur sam-  
talet förs. Genom att välja samtalsstrategi beroende på patientens  
beredskap till förändring kan det motstånd som en del patienter  
annars utvecklar reduceras.

Den motiverande samtalsmetodiken innehåller två delar. Den  
första delen är bedömningen av patientens beredskap till föränd-  
ring. Här handlar det om att nå insikt om patienten inte är beredd  
att göra förändringar, om han/hon är ambivalent till förändring  
eller redan har bestämt sig för förändring. Den andra delen utgörs  
av ett samtal som är anpassat till patientens förändringsbered-  
skap. Det är av stor vikt att korrekt identifiera i vilket stadium  
av förändring en person befinner sig, då de olika stadierna stäl-  
ler olika krav på behandlare. Om en patient inte är beredd bör  
behandlaren inrikta sig på saklig neutral information men inte  
ha någon ambition att få patienten att fatta beslut om föränd-  
ring. Om patienten är ambivalent bör samtalet inriktas på att ge  
henne/honom hjälp att nå förbi det stadiet och fram till ett beslut.  
I de fall slutligen, där patienten är inställd på förändring, inriktas  
samtalet mot att ge stöd för förändring.

I den motiverande samtalsmetodiken använder man sig av ett antal tekniker vars syfte är att underlätta kommunikation och öka förståelse. Dessa tekniker är väl kända från kommunikationsforskningen och innehåller bl.a. öppna frågor, reflekterande lyssnande, summeringar och uppmuntran. Därtill strävar man efter att från patienten locka fram självmotiverande uttalanden, dvs. att patienten själv uttalar en önskan om att göra en förändring, snarare än att läkaren talar om detta för patienten.

Inför de aktuella studierna, se sid. 13, erhöll dock praktikerna mycket lite utbildning, oftast bara någon timme. Detta talar för att flertalet praktiker redan hade merparten av de alkoholkunskaper som krävdes för att tillämpa FRAMES. Däremot krävs mer utbildning för att tillämpa Motivational Interviewing (MI).

Därtill kan övervägas om de rådgivande samtalen ska genomföras av läkare, eller om läkare ska hänvisa riskkonsumenter till annan personal som getts särskild utbildning i alkoholrådgivning. Läkarens roll skulle då begränsas till att motivera patienten till sådan alkoholrådgivning.

## **Koppling till behandling**

Alkoholproblem är varierande, över tid och mellan individer. De kan vara akuta och kroniska, ha olika svårighetsgrad och svara i varierande grad på behandling. De ter sig därmed som en rad andra hälsoproblem som den praktiserande läkaren ser dagligen och lämpar sig därför för långsiktig handläggning i primärvården. I allmänhet kräver alkoholproblem inte specialiserade behandlingsinsatser. Det viktigaste är att någon uppmärksammar dem.

Alkoholproblem är vanliga. För de flesta är de övergående och i många fall går de över utan kontakt med det formella behandlingssystemet. De orsakar dock ofta stort lidande under den tid de pågår, och orsakar ofta bestående problem. Forskningen säger oss att spontan förbättring av alkoholproblem är betydligt vanligare än terapeutledd förbättring. Förbättringen är dock inte

spontan i ordets vanliga betydelse. Oftast är den ett resultat av påtryckningar från människor i individens omgivning, framför allt från familj och andra närstående, exempelvis arbetskamrater. Det är uppenbart att även läkaren och sjuksköterskan kan spela en viktig roll som påtryckare. Många av de orsaker som för människor till sjukvården är alkoholrelaterade och ger vårdpersonal ett rimligt skäl att väcka frågan.

För människor med begränsade alkoholproblem finns i praktiken inte något alternativ till insatser i primärvården. Den specialiserade alkoholvården är inte dimensionerad för eller inriktad på att ta hand om denna grupp. De problemdrickare det här rör sig om har i allmänhet betydande resurser och stabilitet i sina liv. De har kortare anamnes på problemdrickande. De saknar flera av de för svåra beroendetillstånd karaktäristiska symtomen, exempelvis svåra abstinensbesvär. De ser sig inte som ”alkoholister”. De söker ofta begränsa sitt drickande snarare än att sluta helt och har ofta motstridiga känslor beträffande sitt drickande.

Om screening för riskabla alkoholvanor genomförs kommer inte bara högkonsumenter att identifieras, utan även personer med mer omfattande problem. Benägenheten att genomföra screening ökar om praktiker kan erbjuda dessa personer behandling. Det kan till och med ifrågasättas om screening är etiskt försvarbar om identifierade problem inte kan åtgärdas. Program för kort rådgivning bör därför kombineras med ett samarbete med specialiserad beroendevård, så att dessa personer kan hänvisas till kompetent behandling.

## Vad den lokala samordnaren kan göra

I flertalet landsting ingår det alkoholskadeförebyggande arbetet i ett mer övergripande hälsofrämjande uppdrag. Aktivitetsnivån på alkoholområdet har dock varierat stort. Genom regeringsbeslut har landstingen 2005 getts möjlighet att söka utvecklingsmedel för att höja aktivitetsnivån. Detta har resulterat i att nästan alla landsting påbörjat en planeringsprocess som nu skapar bättre förutsättningar för alkoholförebyggande arbete än på länge.

Som i all verksamhet måste förslag om nya arbetssätt förankras såväl på ledningsnivå som på den kollegiala nivån. Många försök att få igång strukturerad alkoholrådgivning i primärvården har stupat på bristande förankring på endera nivån. I *Policy*

**Många försök att få igång strukturerad alkoholrådgivning i primärvården har stupat på bristande förankring på endera nivån.**

*för prevention*, nr 1 i denna skriftserie, diskuteras principerna för policyarbete. Dessa är tillämpliga även här. I korthet innebär de att den högsta verksamhetsledningen måste fatta beslut om att verksamheten ska bedrivas, vem som har ansvaret för den, vilka

medel som ska avsättas, och i vilka former verksamheten ska följas upp och återredovisas till ledningen. Det alkoholförebyggande arbetet ska ses som en del av den ordinarie verksamheten, inte som projektverksamhet – även om sådan också naturligtvis kan bedrivas för att pröva nya verksamhetsformer.

Men också den kollegiala nivån är viktig. Strukturerad alkoholrådgivning måste uppfattas som både relevant och legitim bland läkare och sjuksköterskor. Inte minst ur ett prioriteringsperspektiv, då det finns fler uppgifter än vad tiden räcker till.

# Nummerlappar till Distriktssköterskan



## Lokala vårdprogram

Varje vårdcentral/mottagning bör anta ett eget vårdprogram, eller en policy, för det förebyggande arbetet. Detta bör innefatta insatser för flera riskfaktorer som alkohol, tobak, kost och motion. Den lokala förankringen av vårdprogrammet förutsätter oftast en återkommande diskussion om egna attityder och värderingar i arbetslaget. Inslag i ett vårdprogram kan bl.a. vara rutiner för screening (exempelvis erbjudande av datoriserat livsstilstest eller frågeformulär för vissa patientkategorier under vissa tidsperioder etc.), rutiner för rådgivning/behandling (hos läkare eller hos specialutbildad sjuksköterska eller annan personal), policy för vidareutbildning i alkoholfrågor och policy för dokumentation.

## Arbete inom team med flera kompetenser

Läkare och andra personalgrupper kan ha olika roller i det förebyggande arbetet. Exempelvis kan arbetsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor se olika ut. En framgångsrik modell bygger på att läkarna identifierar patienter med riskdrickande och hänvisar dem till en specialutbildad sjuksköterska på vårdcentralen. Sjuksköterskan utvecklar diagnostiken och genomför därefter samtal som syftar till att hjälpa patienten att genomföra en beteendeförändring. Även personal med annan utbildningsbakgrund; kuratorer, sjukgymnaster, psykologer m.fl. kan genomföra denna typ av rådgivning. En annan modell innebär att läkarna svarar för både screening och rådgivning. En kombination av läkarens medicinska kompetens (ordination av laboratorieprover, läkemedelsbehandling, etc.) och andra personalgruppers psykosociala behandlingskompetens bör eftersträvas.

## Exempel på lathund för alkoholförebyggande arbete i primärvård

1. Bestäm vid vilka diagnoser/sökorsaker alkoholvanor ska efterfrågas. En del vårdcentraler har tagit med alla diagnoser; andra har begränsat sig till diagnoser där hög alkoholkonsumtion är en viktig etiologisk faktor, exempelvis:

- a. Depression/ångest/sömnproblem
- b. Dyspepsi/magproblem
- c. Hypertoni
- d. Diabetes
- e. Värkproblematik
- f. Övervikt
- g. Trauma

2. Välj screeningmetod. Exempelvis AUDIT-formuläret.

En del föredrar att istället ställa tre standardfrågor:

- a. Hur många dagar en vanlig vecka dricker du alkohol?
- b. Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker?
- c. Hur ofta under den senaste månaden har det blivit mer än 5 glas vid ett och samma tillfälle?

*Med "glas" menas något av följande:*



2 flaskor lättöl

45 cl folköl

### **Vem är riskkonsument?**

Konsumtionen beräknas genom att multiplicera antalet glas med antalet dagar per vecka. För män går gränsen för riskkonsumtion vid 14 glas/vecka; för kvinnor vid 9 glas/vecka. Berusningsdrickande (mer än 5 glas på en gång 2 ggr per månad eller oftare) betraktas också som riskkonsumtion.

3. Om möjligt ges kort rådgivning (5–10 minuter) till riskkonsumenter direkt. Annars bokas patienten in på snabbt återbesök, där syftet är att prata om alkoholvanor och hälsa.
  - a. Okomplicerad högkonsument: ingen ytterligare åtgärd, förutom uppföljning.
  - b. Patient med tyngre alkoholproblem: hänvisa till kurator på vårdcentralen om sådan finns, alternativt till beroendemottagning.
4. Dokumentera.
5. Telefonuppföljning efter 2–3 veckor.
6. Vid kommande kontakter: följ upp.



33 cl starköl

15 cl vin

8 cl starkvin

4 cl sprit

## Alkohol en riskfaktor bland andra riskfaktorer

Diskussionen om alkoholvanor bör ses som en del av en allmän diskussion om levnadsvanor. Budskapet till såväl patienter som personal är att hög alkoholkonsumtion är en riskfaktor för ohälsa på samma sätt som rökning eller olämpligt sammansatt kost är det. Detta synsätt kan förmedlas genom att läkare, sjuksköterskor och andra i rutinsjukvården applicerar en screeningmetodik som innebär att frågor om alkoholvanor vävs samman med frågor om andra levnadsvanor. Ett tillämpningsexempel för denna metodik är datoriserade livsstilstest där patienten (t.ex. i väntrummet) erbjuds att vid en dator besvara frågor om livsstil, innefattande matvanor, alkohol, droger, rökning och motion. Datorprogrammet är interaktivt och levererar omedelbar feedback på alla avsnitt och gör slutligen en sammanställning av patientens livsstil som kan användas för dialog mellan patient och vårdgivare.

För att klara uppdraget att utveckla det alkoholförebyggande arbetet måste den lokala samordnaren ha ett tydligt uppdrag, med angivna mål och angivna former för redovisning. Givet detta uppdrag innehåller sedan uppgiften ett antal viktiga delar. Här presenteras ett exempel på hur arbetet kan läggas upp.

- Inledande kontakt med berörda offentliga och privata primärvårdsenheter; vårdcentraler, mödra- och barnavårdscentraler, m.fl. Syftet är att med ledningen för dessa verksamheter komma överens om arbetets uppläggning. Ofta är det värdefullt att vid en arbetsplatsträff samla all personal för att diskutera frågan. Vid ett sådant möte är det värdefullt att även en representant för den centrala ledningen medverkar för att klargöra landstingets policy.
- I ett tidigt skede bör en policy/ett vårdprogram antas för det alkoholförebyggande arbetet. I detta bör framgå målen för arbetet, hur detta ska läggas upp och hur uppföljning och redovisning ska gå till.

- För framtagandet av vårdprogrammet bör en arbetsgrupp utses. I denna bör ledningen och representanter för olika yrkesgrupper medverka. Det är en fördel om även någon representant för landstingets eller socialtjänstens beroendeverksamhet kan medverka.

Vårdprogrammet bör bl.a. klargöra följande frågor:

- Hur ska screening för riskbruk läggas upp (om AUDIT-formuläret eller annan screeningmetod ska användas, och i så fall hur; om screening ska gälla alla patienter eller begränsas till patienter med vissa diagnoser, vissa åldersgrupper, etc.)? Ska screening för riskbruk ingå i mer allmän screening för ohälsosamma levnadsvanor – eller ska den genomföras för sig?
- Hur ska rådgivningen läggas upp: kort samtal om alkohol direkt; snabbt återbesök för att diskutera levnadsvanor; hänvisning till sjuksköterska för samtal; tryckt information, etc?
- Dokumentation: hur ska aktivitetsredovisningen gå till; vad ska noteras i journalen; hur görs dokumentationen tillgänglig för uppföljning och redovisning?
- Hur ska samverkan med den specialiserade beroendebehandlingen läggas upp; rutiner för remisser, konsultstöd, etc?

Utbildning: de flesta läkare och sjuksköterskor har goda kunskaper om alkoholens hälsoeffekter. I likhet med andra områden sker dock en snabb utveckling inom alkoholområdet, varför kunskaperna behöver uppdateras. En första utbildningsdag bör följas av en kortare uppföljning, varefter någon form av kontinuerlig seminarieverksamhet bör planeras.

Följande är exempel på områden som bör ingå i denna utbildning:

- Alkoholfakta: uppdatering om konsumtions- och skadetvecklingen, förekomst av riskbruk och beroende lokalt och nationellt; skadliga och skyddande effekter av alkohol; nya rön från beroendeforskningen rörande exempelvis belöningsystemen i centrala nervsystemet; nya behandlingsmetoder, såväl farmakologiska som psykosociala.
- Metoder för screening.
- Metoder för rådgivning; bl.a. FRAMES-metodiken och principerna för motiverande samtal.
- Principer för beroendebehandling; samverkan med beroendespecialister, med medverkan av personal från lokal beroendemottagning, om sådan finns; annars representant för socialtjänstens missbruksenhet eller annan lokal verksamhet.
- Dokumentation och uppföljning
- Erbjudande om mer omfattande utbildning. Exempel på sådan kan vara utbildning i motiverande samtalsmetodik, eller deltagande i s.k. riskbruksverkstäder, där allmänläkare samlas för att diskutera handläggningen av alkoholfrågor utifrån ett allmänmedicinskt perspektiv. Kurser i motiverande samtal och andra utbildningar anordnas genom Statens folkhälsoinstituts riskbruksprojekt.

## Lästips

Andréasson, S. & Brandell-Eklund, A. Alkoholprevention i sjukvården: metodik för screening och motiverande samtal. *Läkartidningen*, 1999; 96:1594-98.

Bendtsen, P. Sekundärprevention i hälso- och sjukvården. I: Andréasson, S. (red). *Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. Statens folkhälsoinstitut, R 2002:11

Bien, T.H., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 1993; 88:315–336.

Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K. & London, R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in a community-based primary care practice. *Journal of American Medical Association* 1977; 277, 1039–1045.

Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M., Booker, S., Miller, V., Gingrich, R. & Rankin, J. G. Screening for problem drinking and counselling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol: Clinical and Experimental Research* 1996; 20, 1443–1450.

Hedberg, C., Hallberg, H., Urwitz, V. Projekt om »Riskbruk av alkohol». Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. *Läkartidningen*, 2000; 97:48–50

Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, M.-B., Trelle, E & Hood, B. Identification and intervention of heavy drinking in results and follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1983; 7(2):203–209

Riskbruksprojektet [www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet)

Salaspuro, M. Intervention mot riskfylld alkoholkonsumtion – sekundär prevention av alkoholproblem. I: *SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Rapport Nr. 156*, 2001







Alkoholprevention räddar liv, minskar sjuklighet och sänker vårdkostnaderna. Med sina unika möjligheter att nå hela befolkningen borde det därför vara självklart att primärvården prioriterar denna verksamhet.

Enskild alkoholorådgivning från en läkare eller sjuksköterska till en person som söker vård eller behandling i sjukvården har dessutom god effekt – betydligt bättre än exempelvis allmän upplysning om alkohol i media.

I denna handbok betonas vikten av policybeslut på ledningsnivå om alkoholförebyggande insatser i primärvården. Här redogörs också för de olika rådgivningsmetoder som är dokumenterat effektiva.

Skriften ingår i en serie med följande titlar:

- 1 Policy för prevention
- 2 Metoder för kartläggning och uppföljning
- 3 Mobilisering, opinionsarbete och media
- 4 Tillsyn över alkohol i lokalsamhället
- 5 Ansvarsfull alkoholservering
- 6 Föräldrar är viktigast!
- 7 Skolan kan förebygga
- 8 Alkoholförebyggande insatser i primärvården
- 9 Trafikonykterhet
- 10 Alkoholförebyggande insatser i arbetslivet



STATENS  
FOLKHÄLSOINSTITUT

Statens folkhälsoinstitut  
Distributionstjänst  
120 88 Stockholm  
Fax 08-449 88 11  
E-post: [fhi@strd.se](mailto:fhi@strd.se)  
Internet: [www.fhi.se](http://www.fhi.se)  
ISBN 91-7257-439-9