

Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat

15-metoden – en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov

SVEN WÄHLIN, överläkare
sven.wahlin@sll.se

överläkare, Karolinska institutet; båda Riddargatan 1, Beroendecentrum, Stockholm

SVEN ANDRÉASSON, professor,

Alkoholkonsumtion kan ha stor betydelse för hälsan och kan påverka de flesta sjukdomar, särskilt om alkoholberoende utvecklats. Den stigmatisering som präglar alkoholproblematik försvårar patientsamtal om alkohol. De flesta med alkoholberoende har emellertid ett lindrigt beroende och kan ändra sina vanor med ett begränsat stöd. Att ha en tydlig struktur för att uppmärksamma, utreda och behandla bidrar till att överkomma det hinder som stigmatisering av alkoholproblematik utgör.

Många hinder för att söka hjälp

Alkoholberoende är en försummad diagnos. Drygt 300 000 svenskar är alkoholberoende, men mindre än 20 procent av dessa söker hjälp, även om de känner oro och har funderingar kring sitt problem [1]. Få berättar spontant om sina tillkortakommanden med att hantera alkoholen. Det främsta skälet är skam samt farhågor om ett nedlåtande bemötande eller brist på förståelse [2]. Många som känner sig trygga och har förtroende är däremot angelägna om att få dryfta sina problem. Det som något nedlåtande benämns »förnekande« kan ibland ses som en naturlig reaktion på att vi inte lyckats etablera en tillräckligt god relation. Ett annat hinder för att söka hjälp är föreställningen att alkoholbehandling måste innebära livslång nykterhet, Antabusbehandling eller behandlingshem. Ett tredje skäl kan vara rädsla för att bli anmäld eller registrerad eller att journaluppgifter kan läsas av obehöriga.

Det stora flertalet personer med alkoholberoende har ett lindrigt beroende, har ingen psykiatrisk problematik och är socialt väl fungerande [3]. De identifierar sig inte med schablonbilden av missbrukare men befår att bli bemötta som missbrukare om de antyder något problem i sin relation till alkohol [2, 4]. Vi i vården bör motverka den stigmatisering som finns kring alkoholproblem, bland annat genom att undvika termer som är värderande eller kan upplevas negativt, se Fakta 1. »Alkoholist« är ingen medicinsk term, inte heller »missbrukare«, även om sociallagstiftningen tyvärr fortfarande använder sig av missbruksbegreppet. Vi ska uppmärksamma snarare än upptäcka någons problematik. I stället bör vi använda stringenta medicinska termer och diagnoser så-

som »beroende«, »skadligt bruk« eller konsumtionsbegreppet »riskbruk«.

Tvärt emot den allmänna uppfattningen är prognosen vid alkoholberoende relativt god. I amerikanska och europeiska studier finner man att cirka 75 procent kommer ifrån sitt beroende inom loppet av några år, oftast utan behandling [5, 6]. Men

även för dessa personer finns en förhöjd sjuklighet och en fördubblad dödlighet som skulle kunna reduceras genom tidig behandling [7]. Därtill kan tidig behandling i många fall förhindra en negativ utveckling, eftersom cirka 25 procent får ett mer kroniskt tillstånd. Alkoholberoende har således oftast, men inte alltid, ett naturalförlopp med positivt utfall. Det är en påverkbar process med olika faser, inte helt olik processen att sluta röka [8, 4].

Behandling är effektiv och relativt enkel

Det har skett en snabb kunskapsutveckling vad gäller olika behandlingars effektivitet. Vid ett lindrigt eller måttligt svårt beroende har faktiskt korta behandlingar, upp till fyra stycken, minst lika bra effekt som längre [9-11]. En vanlig missuppfattning är att beroendetillstånd är komplicerade och kräver omfattande behandling, med många och långa besök. Inom psykiatrisk beroendeverksamhet kan detta förklaras med en hög andel patienter med dubbeldiagnos. För det stora flertalet personer med alkoholberoende gäller dock inte detta.

Exempel på begränsade behandlingar, som kan genomföras med korta besök inom primärvård och företagshälsovård, är vissa KBT-inriktade behandlingar och den ännu rätt okända behandlingen MET (motivational enhancement therapy). Den går ut på att ge patienten återkoppling på en medicinsk utredning bestående av till exempel blodprov och frågeformulär samt uppföljningar med några motiverande samtal (MI-samtal). Därtill är läkemedelsbehandling mot alkoholberoende kraftigt underanvänd [12]. Att kombinera läkemedelsbehandling med regelbundna återbesök hos läkare, med råd och stöd, kan vara lika effektivt som exempelvis KBT-behandling [12, 13]. Till och med att bara förse en patient med en självhjälpsskrift har stark evidens om problemen är begränsade eller måttligt svåra [14].

15-metoden

Som stöd för att hantera alkoholproblem och -beroende av olika svårighetsgrad i primärvård och företagshälsovård har vi utvecklat 15-metoden. Alla ingående komponenter i 15-meto-

»Vi ska uppmärksamma snarare än upptäcka någons problematik.«

SAMMANFATTAT

Det främsta hindret för människor med alkoholproblem att söka hjälp är det stigma som omger alkoholproblem och alkoholvård.

Att söka hjälp i primär- och företagshälsovård är mindre stigmatiserande än att söka i specialistvården.

Alkoholberoende är oftast av lindrig eller måttlig svårighetsgrad och kan därför till stora

delar hanteras utanför beroendevården.

15-metoden är en strukturerad trappstegsmodell med evidensbaserade komponenter, där insatserna anpassas efter patienternas behov.

Det första steget, att uppmärksamma alkoholens betydelse för hälsan, bör alla inom hälso- och sjukvården behärska.

FAKTA 1. Undvik stigmatiserande terminologi:

Alkoholist
Förnekar
Missbrukare
Etyliker
Upptäcka alkoholproblem
Dold alkoholist

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

den har hög evidens och ett starkt forskningsstöd. Flertalet rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2015 [15]. Namnet 15-metoden kommer sig av att besöken ofta kan hålla sig kring 15 minuter, samt att målgruppen är personer med en problematik som ger 15 poäng eller mer på det vanliga AUDIT-formuläret (Alcohol use disorders identification test) [16]. 15-metoden kan ses som ett exempel eller förslag på hur man kan hantera alkoholproblem på ett strukturerat sätt. Den har sammanfört de utrednings- och behandlingskomponenter som har den starkaste evidensen och som kan integreras i exempelvis primärvård, företagshälsovård eller vid preoperativ riskbedömning [17, 18]. En manual har tagits fram som stöd.

Modellen består av tre steg (Figur 1) där det ibland räcker med ett eller två steg, medan man ibland går hela vägen:

- Uppmärksamma en problematik och ge korta råd och information
- Fördjupad utredning och rådgivning
- Behandling.

En enskild läkare kan tillämpa hela 15-metoden själv, eller så kan den användas i team, där exempelvis samtalsbehandlings- ar ges av psykolog. En färdig behandlingsmodell ger en struktur, vilket gör det lättare att komma igång och ökar chansen till framgång. Självklart måste all behandling anpassas till individuella förutsättningar, både hos patienten och hos behandlaren. Med ökad erfarenhet blir det naturligt att se flera olika sätt att behandla sin patient.

Steg 1: Uppmärksamma. Alla inom hälso- och sjukvården bör kunna bedöma om alkohol riskerar att ge negativa hälso- konsekvenser för patienten. Detta kan göras på flera sätt och bör anpassas till verksamhetens art. Det vanliga är nog att man vid enskilda patientbesök aktivt efterfrågar alkoholvanorna eller informerar om alkoholens potential att påverka patientens aktuella problem, och tillsammans med patienten försöker utröna hur det är i hans/hennes fall. Att uppmärksamma alkoholen innebär således att vi uppmärksammar att alkoholen kan ha betydelse för patientens hälsa, aktuell diagnos och behandling, oavsett om patienten är alkoholberoende eller ej. Men det syftar än mer på att patienten uppmärksammas på möjliga samband med sitt problem, och dessutom uppmärksammas på att det finns hjälp om han eller hon vill förändra sina vanor [19].

AUDIT-formuläret kan ibland underlätta [16]. Det tar cirka två minuter för patienten att fylla i under konsultationen. Ibland är det lättare för en patient att svara på några skriftliga frågor om alkoholvanor än att samtala om dem. AUDIT är väl

FAKTA. ICD-10-kriterierna för alkoholberoende.

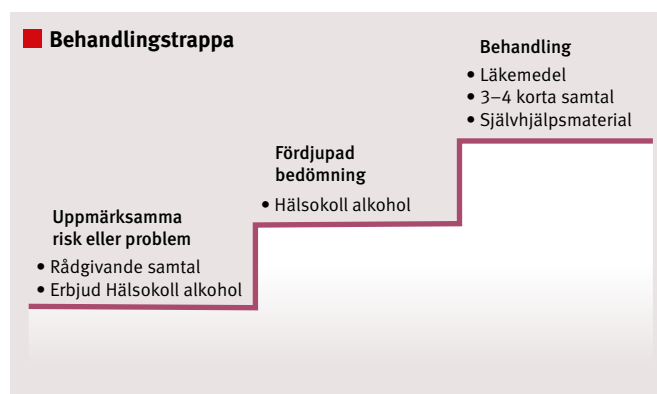
Alkoholberoende kan yttra sig på olika sätt; kriterierna beskriver olika möjliga aspekter av alkoholberoende.

1. Ett starkt begär, längtan, ofta sug eller tvång att dricka alkohol.
2. Svårighet att kontrollera drickandet (dricker till exempel mer än man hade tänkt från början) eller svårt att sluta dricka.
3. Prioriterar alkoholen så att andra viktiga aktiviteter blir lidande, till exempel arbetet, fritidsintressen eller att umgås med andra.
4. Ökad tolerans för alkohol, så att man tål mer eller behöver

dricka mer för att få samma effekt som tidigare.
5. Får skakiga händer, svettning eller känt oro efter att man minskar eller slutat dricka.
6. Fortsätter att dricka fast man vet att alkoholen orsakat kroppsliga eller psykiska problem.

Har tre eller fler av kriterierna förelagat under de senaste 12 månaderna föreligger alkoholberoende.

Ju fler ja-svar desto, högre grad av alkoholberoende.



Figur 1. Behandlingstrappa som används i 15-metoden. Olika patienter behöver olika mycket insatser.

validerat och har en hög sensitivitet och specificitet för riskabelt eller skadligt alkoholbruk.

Om man har en riskkonsumtion, men inte har utvecklat ett beroende, är chansen stor att man ändrar sina vanor genom ett rådgivande samtal, vilket beskrivs i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 [20]. Detta rådgivande samtal kan då ske direkt, eller hellre vid ett snart återbesök, och tar 10–15 minuter. Innehållet i samtalet anpassas efter patientens behov, men att få förklarar på vilket sätt en alkoholkonsumtion, även om den är måttlig, kan påverka en åkomma brukar upplevas som angeläget av patienten. Kort rådgivning har god effekt [21–25].

För andra patienter kan det dock krävas mer. Detta kan framgå direkt eller vid en uppföljning efter några månader. Vid 15 poäng eller mer på AUDIT ökar sannolikheten för att patienten är alkoholberoende, och en utredning enligt steg 2 med HälsoKoll alkohol (se nedan) kan då föreslås, liksom om patienten uttrycker något missnöje med den egna alkoholkonsumtionen.

Steg 2: HälsoKoll alkohol. HälsoKoll alkohol är en fördjupad bedömning eller hälsokontroll med fokus på alkohol. Den består av biologiska markörer samt validerade frågeformulär. HälsoKoll alkohol bygger på »The Drinker's check-up«, som visat god effekt i en rad RCT-studier [26, 27]. De ingående bedömningsinstrumenten och biokemiska analyserna är också väl validerade. Patienten fyller i bedömningsformulären hemma, före återbesöket. På formulären finns information så att patienten får en direkt återkoppling på sin situation. Formulären omfattar alkoholkonsumtion, diagnoskriterier för beroende, beroendets svårighetsgrad, psykiskt mående, övriga levnadsvanor och motivationsfaktorer. De biologiska markörerna kan bestå av ALAT, ASAT, GT (glutamyltransferas), MCV (erytrocytmedelvolum) och CDT (kolhydratfattigt transferrin) eller PEth (fosfatidyletanol), det vill säga markörer som speglar såväl alkoholkonsumtionens storlek som skador på lever och blod/benmärg. Slutligen, om det inte gjorts tidigare, kan en fysisk undersökning av lever, blodtryck, hjärta och hud vara relevant, då dessa ofta påverkas av alkohol.

Denna utredning ger diagnos, en bild av konsumtionen, (både mängder och dryckesmönster), visar alkoholens konsekvenser för kropp och själ samt patientens tankar om förändring. Patienten ska få återkoppling och möjlighet att diskutera resultaten av testen samt professionell bedömning med tillfälle att diskutera olika behandlingsalternativ. Denna objektiva återkoppling brukar vara ytterst uppskattad eftersom patienten ofta varit mycket ensam med sina funderingar om hur allvarlig situationen är, om prognos och om oddsen att kunna dricka »normalt«. Från en orolig omgivning har bud-

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

skapet ofta varit känslomässigt laddat med klander och uppmaning till nykterhet.

För många med måttligt utvecklat beroende räcker denna fördjupade bedömning med återkoppling för att förändra alkoholvanorna på egen hand. Då erbjuds en uppföljning några månader senare för att se hur det gått. Men i en hel del fall krävs mer. Man erbjuder då steg 3, som innebär ett kort behandlingsprogram.

Steg 3: Behandling. Behandlingen kan utgöras av läkemedel, kort samtalsbehandling eller något självhjälpsmaterial (skriftligt eller på nätet) att arbeta med på egen hand. Det mesta av behandlingen kan bedrivas på varje vårdcentral eller i företagshälsovården, men för vissa delar kan särskild utbildning krävas.

Patienternas egna tankar om lämplig behandling bör vara en utgångspunkt i samtalet som leder fram till en behandlingsplan [28]. Den övergripande inriktningen är att patienten väljer såväl behandlingsmål som behandling, men är öppen för att pröva något nytt om målsättningen inte uppnås. Många med alkoholberoende vill kunna lära sig hantera alkoholen bättre i stället för att bli helt nyktra. De måste få en chans att försöka med professionellt stöd, även om vi har en skyldighet att informera om svårigheterna att klara måttligt drickande vid mer uttalat beroende. Ibland går det mycket bra, ofta är det en process med flera försök, ibland blir det i längden en för stor ansträngning att kontrollera sin konsumtion, och ibland går det inte alls. Detta ska inte ses som ett misslyckande. En insikt växer ofta fram med tiden om att man inte klarar av att dricka på ett bra sätt, och det är först då man blir motiverad till att leva nyktert.

Självhjälpsmaterial. Med hjälp av skriftligt självhjälpsmaterial som vi delar ut till patienten kan många själva påverka sitt dryckesbeteende [14]. Materialet kan bestå av alkoholfakta eller tips och råd för att ta kontroll och begränsa alkoholkonsumtionen. Det kan även vara övningar som patienten kan arbeta med på egen hand. Det finns internetsidor som kan fylla en liknande funktion, till exempel www.alkoholhjalpen.se. Den har utvecklats av medarbetare vid Riddargatan 1, Beroendecentrum, Stockholm. Självhjälpsmaterialet passar när patienten inte vill ha kontakt med hälso- och sjukvården. Det kan också vara ett första steg: patienten kanske märker att materialet verkar bra men inte är tillräckligt, och ibland är det svårt att jobba självständigt.

»Guide till bättre alkoholvanor« är ett manualbaserat behandlingsprogram bestående av fyra 15-minutersbesök. Programmet innebär strukturerade samtal med KBT-inriktning och hemuppgifter för patienten. Varje inresserad distriktsläkare, sjuksköterska, socionom eller naturligtvis psykolog kan bedriva detta. Grundläggande kunskap om motiverande samtal (MI) underlättar. För den stora gruppen av människor med måttligt alkoholberoende finns bra evidens för att detta kan vara tillräckligt för att uppnå en minskad alkoholkonsumtion [9, 29]. Programmet kan med fördel kombineras med farmakologisk behandling.

Motivational enhancement therapy (MET) utgår från den kart-

»**Detta motiverar patienten att fortsätta sin nya vana – man vill gärna kunna berätta för sin doktor att det gått bra.**«

läggning som beskrevs i Hälsokoll alkohol. Efter att patienten getts återkoppling på resultaten från kartläggningen följer man upp med tre MI-samtal [30-32]. Då MET är mindre omfattande än många andra psykosociala behandlingsmetoder och inte kräver psykoterapiutbildning kan den erbjudas även inom primärvård och företagshälsovård. MET har den högsta rekommendationsgraden i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2015 [15]. Det finns nu en ny svensk manual för hur MET ska genomföras [33]. Förkunskapskrav är viss utbildning i MI och grundläggande kunskaper om alkoholberoende.

Farmakologisk behandling. Något av alkoholläkemedlen naltrexon, nalmefen, akamprosot eller disulfiram används under tre till sex månader. Läkemedelsbehandling är emellertid mer än att skriva recept. Behandlingen ska följas upp med återbesök där effekt och biverkningar diskuteras, liksom patientens inställning till att fortsätta ta medicinen [13]. Transaminaser och gamma-GT bör tas inför varje besök, dels av säkerhetsskäl men framför allt som en objektiv återkoppling på förbättrade värden vid minskad alkoholkonsumtion. Även förbättringar inom normalintervallen är kraftigt motiverande för många patienter. Antabusmedicinering kräver en tätare kontroll av levervärden än övriga läkemedel. Effekten förbättras om någon kan närvara vid intaget, gärna någon närstående. Evidensen för Antabus när patienten tar tablettorna helt på egen hand är svag, men erfarenheten är att det kan fungera under begränsade perioder och med stark motivation, eller som ett sätt att avbryta en dryckesperiod [34].

Uppföljning

Den som anstränger sig för att förändra sitt drickande eller vara helt nykter behöver ofta en hel del stöd. Därför är det bra att boka ett återbesök efter förslagsvis tre till sex månader efter avslutad behandling. Detta motiverar patienten att fortsätta sin nya vana – man vill gärna kunna berätta för sin doktor att det gått bra. Återbesöket blir också ett tillfälle att lufta de problem man stött på samt en kontroll av om patienten behöver någon ytterligare hjälp.

Därtill är det viktigt att uppmuntra patienten att ta kontakt vid behov, särskilt när det inte går bra! Att misslyckas med sina föresatser väcker ofta skam, vilket tyvärr kan medföra att man drar sig för ny kontakt. Patienter behöver få höra att de är särskilt berömvärda om de snabbt söker hjälp om det inte går bra för dem. Det är också viktigt att följa upp eventuella avbokningar. Vår roll är att finnas till hands, stödjande och ge ytterligare hjälp när det är relevant. Så länge en patient har kvar sin beroendediagnos, och många har det livslångt, bör man planera för återkommande uppföljningar. Dessa patienter bör inte behandlas annorlunda än exempelvis dem med diabetes eller reumatism, som behöver livslång läkarkontakt.

Vår beroendepatient har själv ansvar för sitt drickande – vårt ansvar är att vara lättillgängliga och välkomnande.

■ FAKTA. På www.riddargatan1.se finns följande dokument tillgängliga:

Snabbkurs i användningen av AUDIT
Manual för 15-metoden i primärvård
Manual för 15-metoden i företagshälsovård
Bedömningsformulär som ingår i Hälsokoll alkohol

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Sven Wählin har föreläst mot arvode på AstraZenecas Allmänmedicinskt forum 2012 och 2013.*

REFERENSER

1. SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende – individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
2. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andréasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Subst Use Misuse*. 2014;49(6):762-9.
3. Andréasson S, Danielsson AK, Wallhed Finn S. Preferences regarding treatment for alcohol problems. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(6):694-9.
4. Tucker JA, Simpson CA. The recovery spectrum. From self-change to seeking treatment. *Alcohol Res Health*. 2011;33(4):371-9.
5. Tuithof M, Ten Havre M, van den Brink W, et al. Predicting persistence of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: a prospective general population study. *Addiction*. 2013;108(12):2091-9.
6. Dawson D, Grant BF, Stinson FS, et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005;100(3):281-92.
7. Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2013;108(9):1562-78.
8. Blomqvist J, Cunningham J, Wallander L, et al. Att förbättra sina alkoholvanor: om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen; 2007. FoU-rapport 2007:5, SoRAD-rapport nr 42.
9. Andréasson S, Hansagi H, Österlund B. Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice – a randomized, controlled trial. *Alcohol*. 2002;28(1):57-62.
10. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993;88:315-36.
11. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: en evidensbaserad kunskapsammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2001. SBU-rapport nr 156:1-2.
12. Behandling av alkoholberoende. Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 1:2007. Uppsala: Läkemedelsverket; 2007.
13. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al; COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295(17):2003-17.
14. Apodaco TR, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *J Clin Psychol*. 2003;59(3):289-304.
15. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-2.
16. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, et al. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
17. Andréasson S. Behandling av alkoholberoende: dags att icke-specialister tar över. *Läkartidningen*. 2011;(108)45:2296-9.
18. Wåhlin S. Primärvården möjlig instans för miljonen med skadligt drickande. *Läkartidningen*. 2011;(108)45:2280.
19. Wåhlin S. Alkohol – en fråga för oss i vården. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2015.
20. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-11-11.
21. Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;346:e8501.
22. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, et al. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002;97(3):279-92.
23. Salaspuro M. Intervention against hazardous alcohol consumption – secondary prevention of alcohol problems. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (editors). *Treating alcohol and drug abuse: an evidence-based review*. Weinheim: Wiley-VCH Verlag; 2003. p. 1-41.
24. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55:305-12.
25. Hestema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91-111.
26. Hester RK, Delaney HD, Campbell W. The college drinker's check-up: outcomes of two randomized clinical trials of a computer-delivered intervention. *Psychol Addict Behav*. 2012;26(1):1-12.
27. Hester RK, Squires DD, Delaney HD. The Drinker's check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(2):159-69.
28. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:1300-11.
29. Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB, et al. Fostering self-change among problem drinkers: a proactive community intervention. *Addict Behav*. 1996;21(6):817-33.
30. Sellman JD, Sullivan PF, Dore GM, et al. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *J Stud Alcohol*. 2001;62(3):389-96.
31. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Project MATCH Research Group. *J Stud Alcohol*. 1997;59(6):631-9.
32. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005;331:541-4.
33. Hammarberg A, Andréasson S, Fahle C, et al. Manual för motivationshöjande behandling för alkoholberoende. MET (motivational enhancement therapy). 2015. Tillgänglig på <https://alkoholhjalpen.se/MET>
34. Kalra G, De Sousa A, Shrivastava A. Disulfiram in the management of alcohol dependence: a comprehensive clinical review. *Open J Psychiatry*. 2014;4:43-54.

SUMMARY

The main obstacle for people with an alcohol problem to seek help is the stigma attached to alcohol problems and alcohol treatment. Seeking help in primary health care is less stigmatised. Alcohol dependence is mostly of mild or moderate severity and can consequently be managed by non-specialists to a large extent. The 15-method is a structured stepped care model with evidence-based components, where interventions are matched to patient need. The first step, to recognise the impact of alcohol on health, should be mastered by all health professionals.