

Fler kan få beroendebehandling om den integreras i primärvård

DE MED RISKBRUK OCH SKADLIGT BRUK KAN NÅS MED RÅDGIVNING

Endast en minoritet av alla individer med alkoholberoende söker behandling för sina alkoholproblem. Både i Sverige och internationellt söker främst de individer som utvecklat ett svårt beroendetillstånd, har psykisk samsjuklighet och sociala stödbehov [1]. Vården når i mycket liten omfattning individer som har måttlig grad av beroende och som är socialt välfungerande, trots att de representerar en majoritet av alla med ett beroendetillstånd [3]. En väg att nå fler är att erbjuda beroendebehandling även inom primärvård.

Alkoholproblem är starkt associerade med skam och stigma, vilket utgör ett viktigt hinder för att söka vård [4-6]. Genom att erbjuda behandling inom primärvård finns möjligheter att reducera stigmabarriären på flera olika nivåer, både strukturellt och på individnivå. Detta beskrivs närmare nedan. Inom stora delar av landet finns dessutom inte så mycket av specialiserad beroendevård inom hälso- och sjukvården att tillgå. Därför blir primärvård i praktiken det enda tillgängliga alternativet för de personer som inte önskar söka hjälp inom socialtjänsten.

Behandling i primärvård kan minska stigmatisering

Historiskt sett har inte behandling av alkoholberoende integrerats inom första linjens sjukvård, utan patienter som uppmärksammats inom primärvården har oftast hänvisats till socialtjänstens missbruksvård eller landstingens beroendevård, där sådan finns tillgänglig. Denna uppdelning riskerar att förstärka stigmatiseringen och signalera att beroendetillstånd är särskilt svårbehandlade. Detta står i kontrast till aktuell behandlingsforskning på området som visar att många patienter kan bli hjälpta av enkla och relativt kortvariga behandlingar [7-9]. Utifrån denna kunskap bör alkoholberoende inte behandlas annorlunda än andra hälsoproblem som primärvården redan hanterar. Genom att erbjuda första linjens sjukvård även för alkoholberoende kan denna strukturella stigmatisering minskas.

Från ett patientperspektiv kan det vara mindre stigmatiserande och ett mindre steg att söka vård hos sin primärvårdsläkare, som man kanske redan känner. Det kan även vara lättare att söka vård på en enhet där man inte är identifierad med att ha alkoholproblem när man går in genom dörren, vilket fallet är på en specialistmottagning; man kan lika väl sitta i väntrummet hos primärvården för att man har halsfluss. Många patienter uttrycker även bristfällig kunskap om kopplingen mellan alkohol- och andra hälsoproblem, som högt blodtryck, sömnsvarigheter och återkommande infektioner. Här har generalistvården, och då särskilt primärvården, en unik möjlighet att öka individens förståelse för alkoholens hälsokonsekven-

Sara Wallhed Finn, med dr, leg psykolog, Riddargatan 1, mottagningen för alkohol och hälsa; Beroendecentrum Stockholm; institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm
● sara.wallhed-finn@ki.se

ser och öka patientens motivation till att förändra sina alkoholvanor [10].

Vad säger då målgruppen om att söka behandling för alkoholproblem inom generalistvården? Resultaten från en telefonundersökning riktad till den allmänna befolkningen i Sverige visar att ca 30 procent av respondenterna var positiva till behandling inom generalistvården, där 10-11 procent rekommenderade primärvård och 20-25 procent rekommenderade företagshälsovård [5]. Ytterligare en studie, som inkluderade individer med alkoholberoende som inte var vårdsökande vid det aktuella tillfället, visade att särskilt äldre är positiva till att söka behandling inom primärvården [4]. Även en studie från USA fann att primärvård sågs som ett lika bra alternativ som specialistvård bland individer med alkoholberoende som aldrig sökt behandling för detta [11]. Således uttrycker många en positiv inställning till att söka behandling för alkoholproblem inom generalistvården.

Primärvården saknar handläggningsrutiner

Som nämnts ovan har den traditionella vårdkedjan vid beroendeproblematik inneburit att primärvården hänvisar patienter med alkoholberoende till specialistvården. Senare års forskning har dock inte kunnat visa att detta leder till att patienterna faktiskt söker sig till specialistvården i högre utsträckning [12], vilket stärker argumentet för att behandling bör initieras inom primärvården.

Dock saknas ofta en tydlig struktur inom primärvården för hur alkoholproblem ska uppmärksammas och behandlas. När rutiner för handläggning på den egna enheten saknas drar sig ofta den enskilde doktorn för att föra alkohol på tal. Patienter upplever kanske att deras alkoholproblem inte är allvarliga nog för en remiss till specialistvård och kan även dra sig för att ta upp frågan om alkohol på grund av skam och rädsla att bli stigmatiserad. En studie genomförd i 5 länder, av vilka Sverige var ett, visade att rådgivande samtal om alkohol gavs i 11 av 1 000 primärvårdskon-

HUVUDBUDSKAP

- Få individer med alkoholproblem söker behandling.
- Skam och stigma är viktiga hinder för att söka vård.
- Genom att integrera beroendebehandling i primärvården kan fler nås.
- Det finns forskningsstöd för att primärvården framgångsrikt kan behandla alkoholberoende.

sultationer [13]. Endast 3 procent av de patienter, vilkas alkoholkonsumtion överskred riskbruksgränserna och som alltså kunde ha nytta av rådgivande samtal fick det. Stor underförskrivning föreligger även av alkoholläkemedel (naltrexon, akamprosot, disulfiram och nalmefen) i Sverige i dag [14]. Utöver brist på rutiner för handläggning har en studie från USA identifierat följande hinder för att initiera behandling för alkoholberoende inom primärvården: låg kunskap och liten erfarenhet av att förskriva alkoholläkemedel, föreställningen att behandling kräver tid som inte finns i primärvården samt stigmatiserande attityder gentemot patienter med beroende [15]. Förbättrade rutiner, ökad kunskap och färdigheter om hur alkohol kan uppmärksammas samt behandling av alkoholberoende kan potentiellt bidra till att fler patienter får stöd att förändra sina alkoholvanor inom primärvården.

15-metoden – en trappstegsmodell

För att stödja implementering av behandling inom primärvård och företagshälsovård har vi utvecklat en manualbaserad trappstegsmodell, 15-metoden [16]. Metoden består av 3 steg, där steg 1 erbjuds initialt. Om patienten har mer problematiska alkoholvanor än riskbruk eller själv uttrycker behov av ytterligare stöd erbjuds steg 2 och vid behov steg 3. Metoden innefattar:

- **Steg 1:** Uppmärksammande av riskbruk och alkoholproblem samt kortfattade råd.
- **Steg 2:** Fördjupad bedömning med självskattningsformulär och biologiska markörer i kombination med ett feedbacksamtal.
- **Steg 3:** Farmakologisk behandling med de alkoholläkemedel som nämnts tidigare, vilken kan kombineras med en psykologisk behandling med fyra korta sessioner baserade på KBT och motiverande samtal. Den psykologiska behandlingen skiljer sig från motivationshöjande behandling (MET) [8] på så vis att den har en förutbestämd struktur med ett tema per besök: målformulering, alkoholkalender, identi-



Foto: Colourbox

»Vården når i mycket liten omfattning individer som har måttlig grad av beroende och som är socialt välfungerande.«

fiering av riskfaktorer samt handlingsplan. Mellan besöken arbetar patienten med hemuppgifter, som följs upp vid nästkommande besök.

Namnet 15-metoden syftar dels på att besöken är korta, 15 minuter med undantag för steg 2 där besöket är 30 minuter, dels på att målgruppen för steg 2 och 3 är individer med mer än 15 poäng på AUDIT (Alcohol use disorders identification test). Mer än 15 AUDIT-poäng indikerar att patientens alkoholvanor är problematiska och att ett beroende kan föreligga [17, 18].

Metoden kan tillämpas i sin helhet av en enskild läkare eller av ett team med exempelvis psykolog, sjuksköterska eller kurator. Vi har utvärderat 15-metoden i en randomiserad kontrollerad studie genomförd i primärvården i Stockholm. Vid 12 månaders uppföljning sågs inga skillnader avseende minskad alkoholkonsumtion eller grad av beroende mellan dem som fått behandling med 15-metoden i primärvården och dem som fått mer omfattande behandling i specialistvård [19]. Primärvårdsläkarna i studien deltog initialt i en endagsutbildning i 15-metoden och behandlade sedan patienterna enligt manualen. Vid uppföljande intervjuer efter behandlingsperioden var primärvårdsläkarna positiva till metodens användbarhet inom primärvårdens kontext, och de uttryckte önskan att implementera metoden i sin reguljära kliniska praktik [20].

Sammanfattningsvis finns det forskningsstöd för att primärvården kan nå fler med riskbruk och skadligt bruk av alkohol med kort rådgivning samt också för att man kan behandla alkoholberoende med goda resultat. Det senare är viktigt att uppmärksamma. En anledning till att många patienter inte får frågor om sina alkoholvanor är att man känner sig osäker på hur man ska behandla alkoholproblem. Våra resultat talar för att man i primärvård kan hjälpa även de patienter som visar sig ha ett alkoholberoende. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E67P*

REFERENSER

- Rehm J, Allamani A, Elekes Z, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract.* 2015;16:90.
- Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, et al; World Health Organization's World Mental Health Surveys collaborators. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry.* 2017;16(3):299-307.
- 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, 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.
- Andréasson S, Danielsson AK, Wallhed-Finn S. Preferences regarding treatment for alcohol problems. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(6):694-9.
- Hausken S, Lönnér R, Fahlke C, et al. Svårt att söka och få hjälp för alkoholproblem. *Läkartidning.* 2016;113:D6F3.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al; COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;295(17):2003-17.
- 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.
- Sobell MB, Sobell LC. Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *J Cogn Psychother.* 2005;19(3):199-210.
- Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(2):CD004148.
- Barry CL, Epstein AJ, Fiellin DA, et al. Estimating demand for primary care-based treatment for substance and alcohol use disorders. *Addiction.* 2016;111(8):1376-84.
- Glass JE, Hamilton AM, Powell BJ, et al. Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction.* 2015;110(9):1404-15.
- Anderson P, Bendtsen P, Spak F, et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction.* 2016;111(11):1935-45.
- Berglund M, Franck J. Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd. I: *SOU 2011:6. Missbruket, kunskapen, vården.*
- Missbruksutredningens forskningsbilaga. Delbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011. p. 329-64.
- Williams EC, Achtmeyer CE, Young JP, et al. Barriers to and facilitators of alcohol use disorder pharmacotherapy in primary care: a qualitative study in five VA clinics. *J Gen Intern Med.* 2018;33(3):258-67.
- Att hantera alkoholproblem i primärvården. En handbok i 15-metoden. Stockholm: Riddargatan 1/ Centrum för Psykiatrforskning/Beroendecentrum Stockholm; 2012.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care.* Geneva: World Health Organization; 2001.
- Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, et al. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):29-36.
- Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andréasson S. Treatment of alcohol dependence in primary care compared to specialist care: a randomized controlled trial [abstract]. *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(Suppl 1):A46.
- Andréasson S, Bakshi AS. Innovative strategies for brief interventions targeting alcohol dependence: program development and implementation for treatment in primary care [abstract]. *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(Suppl 1):A51.