

Flera behandlingar för alkoholproblem är bevisat effektiva

UTMANINGEN ÄR ATT REALISERA BEHANDLINGARNA I VÅRDEN SÅ ATT PERSONER MED LINDRIGT-MÅTTLIGT BEROENDE FÅR HJÄLP

Claudia Fahlke, professor, leg psykolog, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
 ● claudia.fahlke@psy.gu.se

Sven Andréasson, professor, överläkare, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Att beroende av alkohol kan ge upphov till en rad biologiska, psykologiska och sociala konsekvenser för den enskilda personen är väl känt. Trots det har det gått förvånansvärt långsamt att få alkoholberoende, som ofta är förenat med stora samhällskostnader, accepterat som ett tillstånd som ska bemötas med vetenskapligt grundade insatser. Detta gäller såväl inom vården som bland beslutsfattare och i samhället i stort [1].

Alkoholproblem är starkt stigmatiserande, vilket i många fall hindrar vårdsökande. Bidragande till detta är ansvarsfördelningen i Sverige mellan sjukvård och kommun för beroendeinsatser, där socialtjänsten har huvudansvaret för insatser för personer med dessa problem, varför många inom sjukvården hänvisar dessa patienter till socialtjänsten.

För drygt 10 år sedan publicerade Socialstyrelsen de första nationella riktlinjerna [2] innehållande drygt 50 rekommendationer rörande effektiva metoder och

»Trots det har det gått förvånansvärt långsamt att få alkoholberoende ... accepterat som ett tillstånd som ska bemötas med vetenskapligt grundade insatser.«

insatser mot alkoholberoende. Riktlinjerna reviderades 2015 och innehåller i dag drygt 150 evidensbaserade metoder och insatser mot alkoholberoende, dvs rekommendationer avseende exempelvis screening, provtagning, stödinsatser och behandling [3].

Psykologiska och psykosociala insatser med evidens

Vad gäller psykologiska och psykosociala behandlingar har motivationshöjande behandling (MET, från engelskans »motivational enhancement therapy») för närvarande det starkaste vetenskapliga stödet i Socialstyrelsens riktlinjer från 2015 [3]. Även insatser som kognitiv beteendeterapi (KBT), återfallsprevention, tolvstegsbehandling och »community reinforcement approach» (CRA) har starkt vetenskapligt stöd.

För samtliga insatser finns det strukturerade manualer att följa. Längden och tidsåtgången för respektive behandling varierar dock stort: allt från 5 sessioner av MET under 12 veckor till CRA-behandling som kan pågå under 1 år. MET är en individuell behandling, liksom CRA, medan KBT och återfallsprevention även

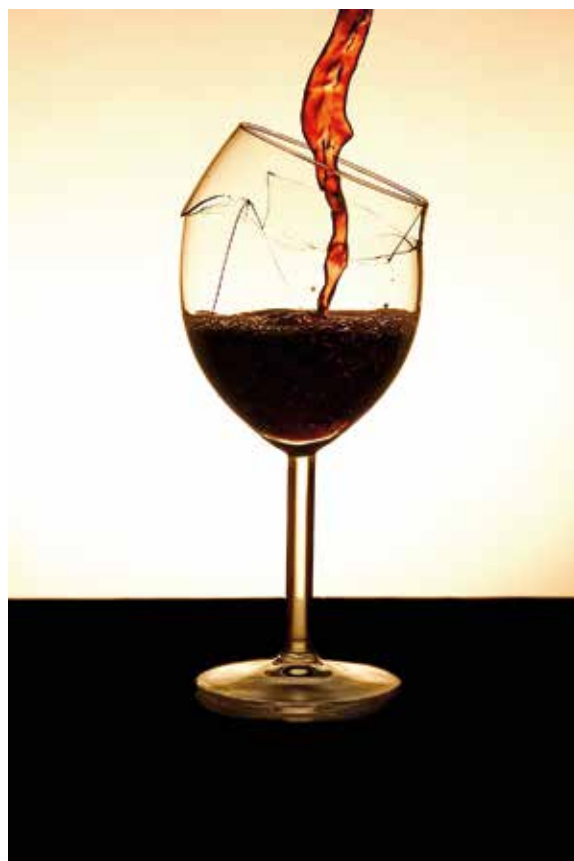


Foto: Colourbox

HUVUDBUDSKAP

- Det finns i dag flera evidensbaserade psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingar för alkoholberoende.
- Det stora flertalet av personer med alkoholberoende har lindrigt till måttligt beroende. Genom att erbjuda dem evidensbaserade insatser ökar möjligheten att förebygga en fortsatt negativ utveckling.
- Utmaningen vi nu står inför är att dessa insatser sällan erbjuds inom hälso- och sjukvården och inte heller inom primärvården, som har den största kontaktytan mot personer med alkoholberoende.
- Vi behöver därför få större spridning av evidensbaserade insatser och understödja implementeringen av dem.

kan ges i grupp. Tolvstegsbehandling ges framför allt i grupp.

För samtliga insatser gäller att behandlaren ska ha god kunskap om beroende och relevant utbildning i den metod som ska ges. För att utöva KBT bör behandlaren dessutom ha grundläggande psykioterapiutbildning [3].

Motivationshöjande behandling har starkast stöd

Studier visar att MET har lika god effekt för alkoholberoende som KBT och tolvstegsbehandling. Skälet till att MET får en högre prioritering i Socialstyrelsens riktlinjer [3] är att behandlingen är mer kostnadseffektiv än KBT och tolvstegsbehandling. MET är en behandling som syftar till att utveckla motivation till förändring av alkoholkonsumtionen hos personer med alkoholberoende. I MET arbetar behandlare med att stödja patientens förmåga att fatta ett välgrundat beslut om förändring.

MET-behandlingen innebär i korthet att man använder motiverande samtal (MI) för att initiera en undersökning av alkoholens roll för individen medicinskt, psykologiskt och socialt. Motiverande samtal används också för att återkoppla och värdera undersökningsresultaten. Kartläggningen av alkoholens eventuella effekter görs med hjälp av en intervju och ett antal frågeformulär samt alkoholrelaterade biomarkörer. Efter återkopplingsamtalen följer tre uppföljande motiverande samtal. En närtstående rekommenderas att involveras vid återkopplingsamtalen.

Vartefter patientens motivation tydliggörs och diskuteras kan den också konkretiseras i en skriftlig plan för förändring av alkoholkonsumtionen, som följs upp i efterföljande samtal.

MET-manualen är avsedd att användas i arbete med vuxna personer och finns att ladda ner kostnadsfritt på <https://alkoholhjälpen.se> [4]. Manual anpassad för ungdomar finns, men ännu inte i svensk översättning.

Tre farmakologiska behandlingar rekommenderas

Bland de farmakologiska behandlingarna får disulfiram, naltrexon och akamprosat de högsta rekommendationerna i Socialstyrelsens riktlinjer [3].

Disulfiram har snabbt insättande effekt om alkohol konsumeras; alkoholens normala nedbrytning blockeras, med en ansamling av acetaldehyd som följd. Detta leder till att en rad förgiftningssymtom uppträder: illamående, huvudvärk, hjärtklappning och ångest. Disulfiram används om målet är helnykterhet. Effekten av läkemedlet har dock ifrågasatts, vilket sammanhänger med motivationen att ta tablettarna. Vid övervakat intag är dock effekten god [5].

Traditionellt har därför behandling med disulfiram inneburit täta besök på sjukvårdsmottagningar för övervakat intag. I längden har det emellertid varit svårt att vidmakthålla sådana behandlingsupplägg. Man försöker därför i stället att engagera någon närtstående att närvara vid tablettintaget.

I modern behandling av motiverade patienter används disulfiram i dag för att under någon till några månader bryta ett långvarigt problemdrickande och för att förebygga återfall. Motivationen att ta tablettarna på egen hand bedöms då vara densamma som vid annan behandling av kroniska sjukdomar, tex

högt blodtryck eller astma. Redan för 20 år sedan konstaterades att ordinationsföljksamheten var densamma för alkoholberoende som för kroniska sjukdomar som astma och diabetes [6].

Naltrexon leder till minskad dopaminfrisättning vid alkoholkonsumtion, vilket upplevs som begränsad eller utebliven belöning vid alkoholkonsumtion. Detta har visat sig leda till färre dagar med intensivkonsumtion. Genetisk variation på receptornivå leder till att ca 30 procent av patienterna beskriver god effekt av tablettarna [7]. Ungefär lika många beskriver ingen effekt.

Eftersom effekten av naltrexon sätter in redan efter någon timme, kan tablettarna tas vid behov. Detta gäller främst de patienter som har ett tydligt dryckes-

»Vilken typ av insats som bör ges beror dock på beroendets svårighetsgrad och på patientens informerade val. Vid riskbruk av alkohol är exempelvis begränsad rådgivning effektiv ...«

mönster och som kan förutse risksituationer där de kan tappa kontrollen över sitt drickande. Biverkningar, framför allt i form av illamående, är vanliga och kräver försiktig upptrappning av läkemedlet vid insättning.

Akamprosat har främst effekt på alkoholbegär och används framför allt för att uppnå eller behålla helnykterhet [8]. Även här finns en betydande genetisk variation, där ca 30 procent av patienterna får god effekt med minskad konsumtion och färre återfall.

För samtliga läkemedel gäller att bäst effekt uppnås när medicinen ges i ett sammanhang med regelbunden uppföljning av laboratorieprov och mottagningsbesök [7]. Trots att de ovan beskrivna läkemedlen har en låg kostnad per effekt, med ett NNT (number needed to treat) på 8-9 [9], finns fortfarande en underförskrivning av dem med stora regionala skillnader.

Beroendets svårighetsgrad avgör val av behandling

Vilken typ av insats som bör ges beror dock på beroendets svårighetsgrad och på patientens informerade val. Vid riskbruk av alkohol är exempelvis begränsad rådgivning effektiv [10]. Det innebär således att kostsamma och tidskrävande insatser inte bör prioriteras vid riskbruk. Vad gäller alkoholberoende varierar svårighetsgraden betydligt [11].

Vid lindrigt eller måttligt uttalat alkoholberoende, vilket gäller ca 75 procent av alla med alkoholberoende, uppfylls färre av de diagnostiska kriterierna, patienterna får lägre värden på skattningsskalor för beroende, beskriver lägre alkoholkonsumtion och har lägre värden på de biologiska markörerna (kolhydratfattigt transferrin [CDT] och fosfatidyletanol [PEth]).

Personer med lindrigt till måttligt alkoholberoende

är hjälpta av MET, men också av KBT och återfallsprevention. De är också hjälpta av farmakologisk behandling eller en kombination av farmakologisk behandling med de tidigare nämnda psykologiska eller psykosociala behandlingarna. Särskilt MET, korta former av KBT och farmakologisk behandling kan med fördel genomföras i primärvården.

För detta krävs utbildningsinsatser, som dock i allmänhet kan hållas korta. I TAP-studien (Treatment for alcohol dependence in primary care), där allmänläkare på 12 vårdcentraler i Stockholm genomförde ett kort behandlingsprogram för alkoholberoende, med goda resultat, genomfördes utbildningen på 1 dag [12].

Vid svårare beroende krävs vanligtvis mer omfattande insatser av den specialiserade beroendevården, inklusive farmakologisk behandling. Ibland behövs också tillägg av socialtjänstens stödinsatser, främst vad gäller stöd att komma i arbete och boende, men också nätverksarbete och samverkan (vård- och stödsamordning) [3].

Vid behandling av samsjuklighet är det dessutom nödvändigt att såväl beroendet som den psykiska sjukdomen behandlas samtidigt [2, 3].

Behandling som sällan erbjuds inom hälso- och sjukvård

De flesta med alkoholberoende har lindrigt till måttligt beroende [1, 3]. Genom att erbjuda dem evidens-

baserade psykologiska och psykosociala behandlingar (t ex MET, KBT och återfallsprevention) eller farmakologiska behandlingar kan en fortsatt negativ beroendeutveckling förhindras.

Den utmaning vi nu står inför är att dessa insatser sällan erbjuds inom hälso- och sjukvården, och inte heller inom primärvården, som har den största kontaktytan mot personer med alkoholberoende. En möjlig väg är att stärka behandlingspersonalens kompetens i dessa evidensbaserade insatser och verka för att dessa insatser för alkoholberoende alltid kan erbjudas, såväl inom primärvård som inom specialistvård.

Mot bakgrund av de omfattande hälsoproblem som hög alkoholkonsumtion och alkoholberoende ger upphov till finns mycket att vinna på att i högre grad uppmärksamma och behandla dessa tillstånd – för såväl patient som samhälle. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E67R

REFERENSER

- SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Artikelnr 2007-102-1.
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-2.
- Hammarberg A, Andréasson S, Fahlke C, et al. Manual för motivationshögande behandling (MET). Svensk reviderad version. 2016. https://alkoholhjalpen.se/sites/default/files/Manual_for_Motivationshögande_behandling_MET_1.3_bilagor.pdf
- Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011;35(10):1749-58.
- O'Brien C, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet*. 1996;347(8996):237-40.
- Anton RF, Oroszi G, O'Malley S, et al. An evaluation of mu-opioid receptor (OPRM1) as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence: results from the Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (COMBINE) study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(2):135-44.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprostate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9):CD004332.
- Maisel NC, Blodgett JC, Paula L, Wilbourne PL, et al. Meta-analysis of naltrexone and acamprostate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*. 2013;108(2):275-93.
- Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
- 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*. 2018;53(4):376-85.