

Vård av alkoholberoende – behov av expansion till nya grupper

Anders Håkansson, professor, specialistläkare, Beroendecentrum Malmö, enheten för klinisk beroendeforskning, Lunds universitet
 ● anders_c.hakansson@med.lu.se

Det torde vara väl etablerat i dag att alkoholberoende utgör ett sjukdomstillstånd med biopsykosocial bakgrund där det finns flera evidensbaserade psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoder. Alkoholberoende är dessutom en vanlig diagnos, med en uppskattad förekomst på 4,4 procent i vuxen befolkning [1]. Trots detta är behandlingsansvaret i många fall otydligt, gränsdragningen mellan olika huvudmän varierande över landet och behandlingen otillräcklig i förhållande till problemets omfattning.

Kommunal socialtjänst har med stöd av socialtjänstlagen 1980 ett stort ansvar för behandling av alkoholberoende. Socialtjänstens behandlingsinsatser vid alkoholberoende kan omfatta ett mycket brett spektrum av åtgärder, inklusive stödjande eller terapeutiska samtalsinterventioner, dagvårdsplaceringar eller längre heldygnsplaceringar på behandlingshem och för svåra beroendetillstånd också mycket basala omsorgsåtgärder såsom bostad eller olika grad av rehabilitering till sysselsättning. I många delar av landet har patienter i sjukvård, inklusive i psykiatri, helt enkelt hänvisats utanför sjukvården för den del av deras sjukdomsbild som utgörs av ett alkoholberoende. Den svenska modellen med delat huvudmannaskap för beroende – med stort ansvar hos socialtjänsten och ett samtidigt medicinskt ansvar i sjukvården – är en modell som kan diskuteras och som ställer mycket stora krav på hur dessa huvudmän samverkar. Alkoholberoende är i många avseenden ett tydligt medicinskt tillstånd, både när det gäller laborativa metoder för upptäckt och uppföljning, de många och ofta allvarliga medicinska komplikationerna och den höga förekomsten av psykisk samsjuklighet. Samtidigt är det uppenbart att alkoholberoende hos en del drabbade och deras anhöriga – men långt ifrån alla – kräver professionella sociala insatser.

I den modell Sverige har valt, i motsats till många länder där sjukvården har huvudansvaret för beroendevården [2], är det en utmaning att samordna de olika huvudmännen så att individen får hjälp vid den



Foto: Colourbox

»Förskrivning av dessa fyra preparat är ingalunda begränsad till beroendeläkare – tvärtom är samtliga fullt möjliga och rekommenderade att använda i primärvård eller i annan sjukvård.«

typ av instans och med de metoder som hon eller han behöver. Socialstyrelsens nationella riktlinjer [3] uttryckte en uppfattning om att evidensbaserade psykosociala och psykologiska insatser var underutnyttjade på alkoholområdet. Nyligen rapporterade samma myndighet att det fortfarande föreligger betydande geografiska skillnader i tillhandahållande av evidensbaserade insatser och användning av standardiserade bedömningsmetoder, vilket är tydligt otillfredsställande, och trots att lagen föreskriver att kommun och landsting lokalt ska etablera överenskommelser om samarbete saknas sådana ofta [4].

Primärvårdens potential för ökad alkoholberoendevård

En studie i den allmänna befolkningen undersökte för några år sedan vart man skulle föredra att vända sig om man hade drabbats av alkoholproblem [5]. En majoritet angav någon typ av sjukvård, främst den specialiserade psykiatrien eller beroendepsykiatrien, eller självhjälpgrupper och psykoterapi. Endast fem procent angav att de skulle söka kommunens socialtjänst. Man kan tycka att detta talar starkt för sjukvården som vårdgivare i detta sammanhang. Samtidigt var det endast cirka 10 procent som angav primärvården som behandlingskontakt [5], trots att det har ar-

HUVUDBUDSKAP

- Trots att evidensbaserade behandlingsmetoder för alkoholberoende finns, används de fortfarande i alltför låg grad av vården.
- Behandlingen av alkoholberoende i primärvården behöver utvecklas och öka.
- Parallellt med detta behov kan specialistvården också nå fler; specialiserad beroendevård breddar i dag utbudet för att även nå personer utan socialtjänstbehov men med betydande alkoholproblem.

gumenterats för att bedömning och behandling av alkoholberoende i många fall bör ske just där.

Trots primärvårdens breda sjukvårdsuppdrag sätter många alltså inte sin tilltro till att till exempel en vårdcentral ska behärska alkoholområdet, men mycket talar för att fler borde kunna få behandling i primärvården. Dels handlar detta om alkoholberoendets omfattning som folkhälsoproblem, men evidensbaserade psykoterapeutiska och farmakologiska behandlingar för tillstånden är sådana att de kan ges i primärvård [6, 7], och detta kan enligt en ny svensk studie ge lika goda resultat som i specialistsjukvård [8]. Samtidigt har det beskrivits som en utmaning för primärvården att inom alkoholområdet etablera rutiner och kunskap om behandlingsmetoder och att hinna med [9, 10]. En svensk studie i primärvård visade att kunskapen om och tilltron till förmågan att förändra patienters livsstil var lägre för alkoholkonsumtion än för andra livsstilsfrågor hos primärvårdens läkare och sjuksköterskor [9].

Det har också framhållits att primärvårdens läkares engagemang i alkoholfrågor kan förbättras med ökade möjligheter att remittera patienter till specialistvård för deras tillstånd [10]. Kanske sätter detta fokus på komplexiteten i den här frågan: å ena sidan förbättras uppmärksamheten i primärvården när det tydligt finns någon att remittera till, men å andra sidan är det önskvärt och möjligt att mer behandling av alkoholberoende ges redan i primärvården för att nå bredare grupper [8].

Läkemedel med evidens men begränsad förskrivning

De nationella riktlinjerna för beroendevård från 2015 ger högsta möjliga rekommendationsgrad för tre läkemedel för alkoholberoende: disulfiram, naltrexon och akamprosot (samt en något lägre rekommendation för det nyare preparatet nalmefen). Få andra tillstånd inom det beroendemedicinska området har den höga graden av rekommendation för någon behandling [3]. Förskrivning av dessa fyra preparat är ingalunda begränsad till beroendeläkare - tvärtom är samtliga fullt möjliga och rekommenderade att använda i primärvård eller i annan sjukvård. Trots detta har förskrivningen haft svårt att slå igenom, och trots tydliga rekommendationer tyder data på att förskrivningen på senare år inte har ökat. Från 2006 till 2016 ligger antalet patienter som förskrivs något av de fyra alkoholberoendeläkemedlen anmärkningsvärt stabilt - kring 23 000 personer per år. Mätt som antalet definierade dygnsdoser per 1000 invånare är trenden dessutom försiktigt sjunkande [11]. Även om det är svårt att bestämt fastställa hur många patienter som kan komma i fråga för läkemedelsbehandling, är det tydligt att gruppen med läkemedelsförskrivning utgör en minoritet av de 4-5 procent som lider av alkoholberoende [2].

Det finns många exempel på hur evidensbaserad behandling av alkoholberoende inte kommer till stånd trots problemets tydliga koppling till vården. I en uppföljningsstudie av slutenvårdade patienter med alkoholpankreatit i Skåne framgick det endast i 20 procent av journalerna att man gav någon typ av rådgivning eller behandling avseende alkohol, trots grunddiagnosens synnerligen nära koppling till alkohol [12]. I ett annat material från samma grupp följ-

des patienter med alkoholcirros, och för mindre än var tionde patient kunde en strukturerad behandling av alkoholberoendet återfinnas i journalerna. Mycket få erhöll farmakologisk behandling för beroendet [13].

Mellan specialistvård och primärvård - ny modell

En aktuell trend inom behandlingen av alkoholberoende personer i Sverige har växt fram inifrån den specialiserade beroendesjukvården, på platser där sådan specialistvård finns men traditionellt har nått färre grupper. Det handlar om verksamheter som vill nå grupper av personer som beroendevård och primärvård ofta inte har nått, och som inte har de sociala problem som skulle göra att kontakt med socialtjänsten låg närmare till hands.

Föregångaren på området är Beroendecentrum Stockholms verksamhet Riddargatan 1. Vid Beroendecentrum i Malmö etablerades 2015 en mottagning enligt samma modell, Triangelmottagningen. Ett masterarbete på läkarutbildningen sammanfattade nyligen erfarenheterna från 115 av de första patienter som sökte vård på Triangelmottagningen. Där framgår en social situation som skiljer sig från den som ses hos personer som traditionellt söker beroendevård: 71 procent rapporterade inkomst från arbete och ytterligare 18 procent från pension. Samtidigt uppvisar gruppen en uttalad alkoholproblematik: 57 procent rapporterar ärftlighet för alkoholproblem, 35 procent har en nära anhörig med aktuella alkohol- eller drogproblem och 38 procent uppfyller diagnoskriterier för depression när de söker. Genom testformuläret AUDIT (Alcohol use disorders identification test) visas att alkoholkonsumtionen är hög, med en genomsnittlig AUDIT-poäng på 20,8 (SD 5,57), utan skillnad mellan könen, och 59 procent över 20 poäng, vilket indikerar trolig beroendediagnos [14].

Sammanfattningsvis når denna typ av verksamheter den stora grupp bland alkoholberoende patienter som har uttalade alkoholproblem och ett stort psykiskt lidande inklusive depressiva symtom, men en social situation som kan ha avhållit dem från att söka vård via de traditionella behandlingsalternativen.

Konklusion

Alkoholberoende behöver bli en angelägenhet för fler delar av sjukvården, såsom primärvård och somatisk vård, med möjligheter att utifrån den individuella bilden bedriva diagnostik, hänvisning och behandling på olika arenor inom vården. På alkoholområdet finns ett evidensstöd att bygga på, men här finns ett implementeringsarbete att göra: fler patienter behöver kunna behandlas för alkoholproblem i primärvården, och fler patienter med de svåraste beroendetillstånden behöver få specialiserad beroendevård och sociala stödinsatser, men vården behöver också prioritera möjligheten till flexibla och samordnade lösningar mellan dessa nivåer.

Sammanfattningsvis behövs ökad diagnostik och användning av evidensbaserade metoder för alkoholberoende längs hela linjen, från tillstånd med bevarad social funktion till de allra svåraste tillstånden. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E9EW*

REFERENSER

- Berglund M, Lindén-Boström M, Persson C. Alkohol-sjukdomar i Sverige. En prevalensskattning med hjälp av AUDIT-C. I: SOU 2011:6. Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. Stockholm: Socialdepartementet; 2011. p. 79-86.
- Tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk. I: SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende - Individ, kunskapen, ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm; Socialdepartementet; 2011. p. 675-96.
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-2.
- Socialstyrelsen. Ojämn tillgång till insatser i missbruks- och beroendevården [pressmeddelande]. 15 dec 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/ojamm-tillgangtillinsatseri-missbruks-ochberoendevarden>
- Andréasson S, Danielsson AK, Wallhed-Finn S. Preferences for treatment regarding alcohol problems. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(6):694-9.
- Wählin S. Primärvården möjlig instans för miljonen med skadligt drickande. *Läkartidningen*. 2011;180:2280.
- Wählin S, Andréasson S. Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat. 15-metoden - en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov. *Läkartidningen*. 2015;112:DI1Y.
- Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andréasson S. Treatment of alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist treatment: a randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol*. 2018;53(4):376-85.
- Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol Alcohol*. 2005;40(5):388-93.
- Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, et al. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict Behav*. 2008;33(2):301-14.
- Socialstyrelsen. Statistikdatabas för läkemedel. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>
- Bertilsson S, Swärd P, Kalaitzakis E. Factors that affect disease progression after first attack of acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13(9):1662-9.e3.
- Kalaitzakis E, Cruañes J, Hauksson K, et al. Abstinence from alcohol and therapy for alcoholic liver cirrhosis: an international population-based study [abstract]. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Liver meeting, Washington DC, 20-24 okt 2017.
- Askelöf P. Clinical picture and psychiatric comorbidity in patients receiving first-time alcohol treatment in a novel treatment setting [masteruppsats]. Lund: Lunds universitet; 2017.