

Beroendevården behöver byta riktning och bli patientcentrerad

KONTROLLERAT DRICKANDE SOM BEHANDLINGSMÅL KAN VARA EN VÄG DIT OCH FÅ FLER ATT SÖKA VÅRD

Anders Hammarberg, med dr, leg psykiater, institutet för klinisk neurovetenskap, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet; Mottagningen för alkohol och hälsa Ridargatan 1, Beroendecentrum Stockholm
 ● anders.hammarberg@ki.se

Trots att en hög alkoholkonsumtion vållar många svåra problem är det få som söker vård för att förändra sina alkoholvanor. Endast mellan 10 och 20 procent av dem som skulle ha nytta av att minska sin konsumtion är aktuella inom vården [1-3]. Som beskrivs i andra artiklar i detta tema kännetecknas gruppen behandlingssökande inom beroendevården av att de i allmänhet dels har högre grad av beroende, dels i många fall samtidiga psykiska och sociala problem jämfört med individer med alkoholproblem som inte söker vård. Vi vet att många med alkoholproblem förändrar sin alkoholkonsumtion på egen hand [4], men också att andelen som minskar sin konsumtion är större bland dem som sökt vård [5].

Svensk beroendevård är inte patientcentrerad

Ett viktigt skäl till att människor med alkoholproblem inte söker vård är att många inte upplever beroendevården som ett tilltalande alternativ [6, 7]. Beroendevård förknippas bl a med en låg grad av inflytande och autonomi i vårdprocessen. Just dessa aspekter är centrala i vad som brukar benämnas patientcentrerad vård, vilket i korthet innebär att vården bör bygga på respekt för patientens upplevelse av sin egen ohälsa och att arbeta för att främja hälsan med utgångspunkt i vad detta innebär för den enskilde.

Patientcentrerad vård ses numera som en självklar utgångspunkt inom många medicinska discipliner [8], men saknas ofta inom beroendevården. Här kan det delade ansvaret för beroendevården i Sverige (mellan socialtjänst och landsting) lyftas fram som en i många fall komplicerande faktor avseende möjligheten att erbjuda lika vård och behandling i olika regioner.

Ensidig betoning på helykterhet talande exempel

Ett talande exempel på bristen på patientcentrering inom svensk beroendevård är den ensidiga betoning på helykterhet som behandlingsmål som fortfarande råder inom stora delar av svensk beroendevård. På många beroendemottagningar i Sverige erbjuds i stort sett enbart behandlingar med helykterhet som målsättning. Detta står i bjärt kontrast till studier som visat att kontrollerat drickande är ett mer accepterat behandlingsmål för majoriteten av patienterna, i alla fall som ett första steg [9, 10].

Denna diskrepans skapar flera problem. Ett sådant är att många anger att de skulle söka vård i ett tidigare skede om behandling med fokus på kontrollerat drickande erbjöds. Internationella beräkningar visar



Foto: Shutterstock/IBL

»Fokus för senare studier har varit att fördjupa kunskapen om för vilka individer kontrollerat drickande kan vara ett möjligt behandlingsmål.«

HUVUDBUDSKAP

- Få söker vård i Sverige för att få hjälp med att dricka mindre alkohol.
- Beroendevården kännetecknas av en ensidig betoning av helykterhet som mål.
- Fler skulle sannolikt söka vård om alternativet att pröva en målsättning om kontrollerat drickande erbjöds inom vården.
- Studier indikerar att KBT-baserad behandling med målsättningen om kontrollerat drickande ger likvärdigt behandlingsutfall som behandlingar med helykterhet som målsättning.
- Svårighetsgrad i beroendet, social funktionsnivå och konsumtionsmönster under behandlingstiden predicerar behandlingsutfall, men mer forskning behövs om vilka som lyckas.

att om vården nådde dubbelt så många (40 procent i stället för ca 20 procent) med skadligt bruk eller beroende av alkohol, skulle den alkoholrelaterade mortaliteten minska med 13 procent för män och 9 procent för kvinnor, vilket på EU-nivå skulle innebära ca 15 000 sparade liv årligen [11].

Det är således angeläget att nå fler med effektiv behandling, som också är anpassad till individens målsättning.

Kontrollerat drickande kontra helnykterhet

Ett annat problem är att evidens saknas för att metoder med helnykterhet som behandlingsmål ger bättre behandlingseffekt än metoder inriktade på kontrollerat drickande. Den mest vedertagna engelska beteckningen för psykologisk behandling med fokus på kontrollerat drickande är »behavioral self-control training« (BSCT), som grundar sig på kognitiv beteendeterapi (KBT) [12, 13].

Sammantaget visar ett stort antal randomiserade kontrollerade studier ingen skillnad i utfall mellan BSCT-program och behandlingar inriktade på helnykterhet [14]. Det är dock viktigt att betona att enbart en viss andel av dem med alkoholproblem lyckas med målsättningen att uppnå måttlig alkoholkonsumtion över tid. Studier har uppskattat denna andel i olika studier till 25-90 procent [15, 16].

De varierande siffrorna avspeglar framför allt stora variationer i undersökningsgruppen, där beroendets svårighetsgrad visat sig vara en betydelsefull faktor. Ju svårare grad av beroende, desto mindre andel lyckas. En annan viktig faktor har visat sig vara social funktionsnivå. Svenska studier som följt upp alkoholpatienter över längre tid har bekräftat att individer med svårare grad av beroende i allmänhet har svårare att uppnå kontrollerat drickande och att god social funktion är viktig för möjligheten att lyckas [17].

Det har också konstaterats [18] att individer som söker vård för alkoholproblem i stor utsträckning ändrar målsättning under behandlingens gång, vilket pekar på vikten av att individen är engagerad i valet av behandlingsmål.

Fortfarande saknas dock viktig kunskap kring vilka faktorer som har samband med utfall i behandling för kontrollerat drickande, exempelvis neuropsykologiska faktorer som impulsivitet, genetisk variation, följsamhet till behandling och tilltro till egen förmåga till förändring. Viktigt att påpeka är också att en brist i tidigare studier är att det saknas studier av utfall i BSCT i jämförelse med annan behandling med kontrollerat drickande som målsättning. Kontrollbetingelser har varit behandling med helnykterhet som mål [14]. De flesta deltagare har dock haft kontrollerat drickande som målsättning i studierna, vilket innebär att behandlingen inriktad på helnykterhet inte matchat deltagarnas målsättning. Effekten av BSCT har därför varit svårbedömd på grund av icke-adekvata kontrollbetingelser.

Än så länge saknas studier där effekten av BSCT jämförs med en kontrollbetingelse som är anpassad för målsättningen kontrollerat drickande.

Alkoholberoende är inte ett kategoriskt tillstånd

Den ensidiga inriktningen på helnykterhet som behandlingsmål står också i kontrast mot ett stort an-

tal stora epidemiologiska studier, som visat att ett dimensionellt perspektiv på beroendeproblem fångar problembilden på ett mer rättvisande sätt [19-21].

I en studie [21] inkluderades t ex knappt 4 500 individer som uppfyllde diagnosen för alkoholberoende enligt DSM-IV. Individerna följdes därefter upp efter 5 år. Resultaten visade att en stor majoritet av deltagarna hade förbättrats i sitt tillstånd i sådan utsträckning att de inte längre uppfyllde kriterierna för beroendediagnosen. Närmare en femtedel av deltagarna hade återgått till en måttlig alkoholkonsumtion utan indikationer på alkoholrelaterade problem.

Denna och andra liknande studier visar entydigt att alkoholberoende inte är ett kategoriskt tillstånd, utan att problemgraden varierar dels mellan olika individer, dels över tid för en och samma individ. Detta är viktig kunskap, inte minst utifrån att det är väl belagt att varje minskning av alkoholkonsumtionen är positiv från ett folkhälsoperspektiv, även om konsumtionen inte upphör helt [11].

I de refererade studierna åstadkom de flesta av deltagarna förändringen i konsumtion och relaterade svårigheter utan att ha varit i kontakt med vården. Uppgiften för vården borde vara att understödja en sådan förändring och korta ner riskperioden där drickandet orsakar allvarliga problem. För vissa innebär detta att sluta dricka helt, för andra en minskning av konsumtionen [22].

Stöd i forskningen

Även om den kliniska verkligheten i Sverige fortfarande i många fall har kvar ett ensidigt fokus på helnykterhet, har forskningen på området tagit viktiga steg framåt. Fokus för senare studier har varit att fördjupa kunskapen om för vilka individer kontrollerat drickande kan vara ett möjligt behandlingsmål.

Ett exempel är en sammanställning av data [22] från tre stora behandlingsstudier [23-25] med syftet att studera faktorer av betydelse för utfall i behandling. Slutsatsen är att konsumtionsmönster i samband med behandling och beroendets svårighetsgrad var av betydelse för behandlingsutfallet. En hög initial konsumtion och ett svårare beroendetillstånd var förenat med sämre behandlingsutfall, tillsammans med högre grad av psykisk samsjuklighet och fler personer med hög alkoholkonsumtion i det egna sociala nätverket.

Ett intressant fynd var också att det saknades skillnader i utfall mellan dem som var helnyktra och dem som hade låg till måttlig alkoholkonsumtion under tiden för behandling. Detta talar för att kontrollerat drickande är ett acceptabelt behandlingsmål initialt för den typiske personen med alkoholproblem [26].

Hur det sedan går i det långa loppet förefaller vara

»... problemgraden varierar dels mellan olika individer, dels över tid för en och samma individ. Detta är viktig kunskap ...«

»Det är en etiskt viktig fråga att patienter över hela landet erbjuds metoder som bättre matchar deras målsättning ...«

en öppen fråga, där en del klarar av att dricka måttligt, medan en del kommer fram till att helnykterhet är ett bättre alternativ. Denna kunskap bör avspeglas inom modern beroendevård också i Sverige. Det är en etiskt

viktig fråga att patienter över hela landet erbjuds metoder som bättre matchar deras målsättning och som samtidigt har gott stöd i forskningen. Först då kan patientcenterad vård bli verklighet också inom beroendevården. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E9EX*

REFERENSER

1. 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.
2. Kohn R, Saxena S, Levav I, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.
3. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(12):2036-45.
4. Blomqvist J. Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environ mental influences and perceived reasons for change. *Subst Use Misuse.* 1999;34(10):1371-406.
5. Trim RS, Schuckit MA, Smith TL. Predictors of initial and sustained remission from alcohol use disorders: findings from the 30-year follow-up of the San Diego Prospective Study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(8):1424-31.
6. 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.
7. Hausken S, Lönnér R, Fahlke C, et al. Svårt att söka och få hjälp för alkoholproblem. Yrkesverksamma, socialt etablerade föredrar individuell samtalsbehandling och privat vårdgivare, visar enkätstudie. *Läkartidningen.* 2016;113:D6F3.
8. En mer tillgänglig och patientcenterad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner - delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Artikelnr 2016-3-22.
9. Heather N. Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol related problems. *Addict Res Theory.* 2006;14(1):7-18.
10. Sanchez-Craig M, Leigh G, Spivak K, et al. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *Br J Addict.* 1989;84(4):395-404.
11. Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(4):509-13.
12. Miller WR, Muñoz RF. Controlling your drinking. 2 uppl. New York: The Guilford Press; 2013.
13. Hammarberg A, Wallhed Finn S. Åter till kontrollerat drickande - en handbok för kliniker. Lund: Studentlitteratur; 2015.
14. Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: a metaanalysis of randomized control studies. *Behav Ther.* 2000;31(1):135-49.
15. Miller WR. Controlled drinking - a history and critical review. *J Stud Alcohol.* 1983;44(1):68-83.
16. Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol Bull.* 1993;113(1):129-39.
17. Nordström G, Berglund M. A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: social drinking versus abstinence. *J Stud Alcohol.* 1987;48(2):95-103.
18. Öjehagen A, Berglund M. Changes of drinking goals in a two-year out-patient alcoholic treatment program. *Addict Behav.* 1989;14(1):1-9.
19. Tuithof M, ten Have M, van den Brink W, et al. Predicting persistency 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.
20. Sundin E, Landberg J, Raninen J, et al. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige - en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2015. CAN-rapport nr 149.
21. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction.* 2005;100(3):281-92.
22. Witkiewitz K, Roos CR, Pearson MR, et al. How much is too much? Patterns of drinking during alcohol treatment and associations with post-treatment outcomes across three alcohol clinical trials. *J Stud Alcohol Drugs.* 2017;78(1):59-69.
23. COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003;27:1107-22.
24. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol.* 1997;58(1):7-29.
25. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ.* 2005;331(7516):541-4.
26. Storbjörk J. Commentary on Witkiewitz et al (2017): Abstinence or moderation - a choice for whom and why? *Addiction.* 2017;112(12):2122-3.