

Så kan primärvården påverka patientens alkoholvanor

”Enkel intervention” ger nytt perspektiv på behandlingen

Primärvård och somatisk vård har goda möjligheter att upptäcka patienter med begynnande hälsoproblem orsakade av hög alkoholkonsumtion. En rad randomiserade studier talar för att en enkel rådgivning vid ett eller flera besök minskar konsumtionen i sådana tidiga fall.

En minskad morbiditet har även erhållits i några studier. En potential finns för betydelsefulla preventiva insatser inom bl a primärvården på detta område.

På grundval av den metodik som använts i framgångsrika behandlingsstudier kan ett förslag till arbetssätt anpassat till primärvården ges. Studierna med »brief intervention» ger ett uppmanande och delvis nytt perspektiv på sjukvårdens möjligheter att påverka alkoholvanor.

Såväl WHO [1] som den av regeringen tillsatta alkoholpolitiska kommissionen [2] har uppmanat bl a primärvård, företagshälsovård och akut-sjukvård att i ökad utsträckning införliva tidig upptäckt och intervention vid alkoholproblem, s k sekundärprevention, i sin verksamhet. Denna artikel avser att ge förslag på en modell för sekundär alkoholprevention anpassad till primärvård. Utgångspunkten har därvid varit att bygga på det arbetssätt som tillämpats i randomiserade studier. Arbetssättet har med positiva erfarenheter

även prövats i en pilotstudie på en vårdcentral [3].

Effekt av enkel intervention

Målgruppen i de sekundärpreventiva studierna är högkonsumenter utan svåra alkoholproblem som upptäckts vid allmän screening eller när de sökt för andra hälsoproblem i primärvård eller somatisk vård. Interventionen har i huvudsak bestått i information, råd, »självhjälpsbroschyr» samt vanligen uppföljande besök med feedback utifrån hälsofynd. Att ge uppmaning till alternativ till alkohol och inleda en diskussion om risksituationer anges även som specifika inslag i några studier.

Om krav ställs på minst ett års uppföljning finns tio studier med enkel intervention [5-14], varav åtta [5-12] redovisar signifikant effekt. Alkoholkonsumtionen minskade i regel i såväl interventions- som kontrollgrupp, vilket kan ha berott på att den kartläggning som gjordes av alkoholvanor och hälsotillstånd i båda grupperna i sig innebar en viss intervention. När förändringen i konsumtion var signifikant jämförd med kontrollgruppens minskade den med 12-30 procent [8, 10, 11]. I sex av nio studier erhöles en signifikant minskning av S-GT (serum-gamma-glutamyltransferas) jämfört med kontrollgruppen eller utgångsdata [5-10, 12-14]. Två av tre studier fann även signifikant effekt på antal sjukskrivningsdagar [6, 7, 12].

Anmärkningsvärda är de två studier där vård dagar på sjukhus också användes som effektmått, varvid noterades en halvering av vård dagarna för män jämfört med kontrollgruppen efter ett respektive två till sex år [6, 11]. För kvinnor är resultaten mindre entydiga än för män [4, 8, 10, 11]. Intressant är att ingen skillnad i effekt erhöles när intervention vid ett besök på 5-15 minuter jämfördes med mer tidskrävande sessioner omfattande flera besök. Den korta interventionen hade dock bättre effekt än ingen kontakt alls [4, 5].

En kritik som har anförts är att bortfallet - särskilt det som noterades innan patienten hade givit sitt medgivande till att delta i studien - har varit stort, vilket påverkar generaliserbarheten [15]. Den

egenrapporterade konsumtionen vid utvärdering kan också ha påverkats av sociala »förväntningar».

Sammantaget ger dock kritiska granskningar av validiteten i dessa studier stöd för att tillämpa en enkel intervention hos patienter med lätta alkoholproblem och en beredskap till förändring [15-17].

Behandlarens förhållningssätt

Den attityd som behandlaren väljer i relationen till högkonsumenter av alkohol är väsentlig för utfallet [18, 19]. Strävan bör vara att med hjälp av den information som erhålls från den medicinska undersökningen skapa drivkrafter hos patienten själv. En uppmanande och optimistisk inställning till patientens förmåga att klara en livsstilsförändring förmedlas, och hållningen bör präglas av empati och respekt. Värde-laddade begrepp som alkoholism och missbruk undviks. Alkoholvanor kan beskrivas i termer av »levnadsvanor» och deras konsekvenser. Den målsättning som väljs skall uppfattas som realistisk av patienten.

Urvalskriterier

I de inledningsvis nämnda empiriska studierna har urvalet vanligen gjorts utifrån vissa konsumtions- eller GT-nivåer, samtidigt som man på olika sätt utesluter patienter med svåra beroendesymtom. Den sistnämnda bedömningen gjordes oftast på grundval av praktiska kliniska kriterier, vanligen genom att utesluta dem som tidigare fått behandling för alkoholproblem eller som drack över en viss nivå. Vissa studier uteslöt även dem som uppfyllde kriterier på stor social instabilitet, hade upplevt abstinenssymtom eller missbrukade andra droger.

En rimlig tolkning av dessa urvalskriterier torde vara att även individer med ett lätt alkoholberoende har ingått bland dem som fick den enkla interventionen. Av intresse är att notera att det är ett minskat drickande man i första hand har velat uppnå i dessa studier. I ett par studier accepterades explicit moderat drickande hos en del individer med alkoholberoende [4, 6]. Detta förhållningssätt överensstämmer med bl a be-

Författare

GÖRAN DAHL
distriktsläkare, Leksands vårdcentral

KERSTIN DAMSTRÖM THAKKER
med vet, Samhällsmedicin, Centrum för alkohol- och drogprevention, Huddinge.

handlingsstudier vid lågradigt beroende, som ger stöd för att återgång till ett stabilt kontrollerat drickande är ett realistiskt mål även för en del individer med alkoholberoende [20-22].

Sobell och Sobell sammanfattade nyligen [23] debatten om kontrollerat drickande:

»Förbättring vid lätt alkoholberoende sker huvudsakligen genom minskat drickande, medan förbättring vid svårt beroende i huvudsak sker genom abstinens.» Kontrollerat drickande vid lågradigt beroende framhålls som möjlig målsättning främst hos dem med social stabilitet, låg ålder och givetvis en vilja att dricka på detta sätt [22].

Definition av målgrupp

Med utgångspunkt i ovanstående empiri föreslås följande praktiska kriterier för patienter lämpliga för enkel intervention, för vilka ett minskat drickande kan vara primär målsättning:

1. Konstaterad eller misstänkt förekomst av alkoholrelaterade hälsoproblem.
2. God social stabilitet och socialt stöd för minskat drickande.
3. Ej tidigare sökt behandling för alkoholproblem.
4. Inget annat drogberoende.
5. Ej haft återställarbehov, abstinenskramp, hallucinos, pankreatit eller levercirros.

En mer exakt avgränsning av gruppen alkoholberoende tycks inte nödvändig på grundval av hur målgruppen definierats i »brief intervention»-studierna. Vid bristande framgång med minskat drickande kan målsättning och val av behandling ändras. Naturligtvis måste målsättningen också modifieras utifrån den sjukdom patienten har.

Gräns för skadlig konsumtion

Eftersom alkoholkonsumtion, liksom många andra riskbeteenden, för individen upplevs ha positiva konsekvenser är det rimligt att ta hänsyn till graden av riskökning. Det är därför tilltalande att utgå ifrån ett riskzonsresonemang. Enligt en i Sverige ofta använd riskvärdering [24] befinner sig en icke-beroende, frisk, vuxen, normalviktig man som dricker 110–250 gram alkohol per vecka i riskzonen. För kvinnor anges motsvarande riskzon vara 25 procent lägre, dvs 80–190 gram/vecka. Ju närmare man kommer den övre gränsen, desto större är risken; en högre konsumtion än så är definitivt för mycket. En nivå motsvarande mellersta delen av riskzonen är för män i god överensstämmelse med internationella rekommendationer för »lågriksdrickande» [25]. För kvinnor anges motsvarande gräns vara lägre, vid nedre gränsen för riskzonen.

Tabell I. Biokemiska markörer vid alkoholproblem [43, 44]. »Skadlig konsumtion» innebär över ca 280 g/vecka.

Laboratorieprov	Sensitivitet, procent	Specificitet, procent	Tid för återgång till normalvärde
GGT			
Skadlig konsumtion	20–50	>55	3–6 veckor
Alkoholberoende	60–90	>55	
MCV			
Skadlig konsumtion	20–30	>64	2–6 månader
Alkoholberoende	40–50	>64	
ASAT			
Skadlig konsumtion	10–30		7–14 dagar
Alkoholberoende	35–50		
CDT			
Skadlig konsumtion	26–62	>90	1–3 veckor
Alkoholberoende	65–95	>90	
Triglycerider			24–48 timmar
Urat			2–3 dagar
Referensvärden för S-GT [45]:			
	Män	Kvinnor	
<41 år	<0,6	<0,4	
41–60 år	<0,8	<0,65	
>60 år	<1,2	<0,65	

För att snabbt räkna ut om patienten har ett riskbruk definierat utifrån alkoholmängd räcker det i regel att minnas följande standardmängder:

- 1 flaska starksprit (70 cl) = 230 gram
- 1 flaska lättvin (75 cl) = 60 gram
- 1 burk starköl (45 cl) = 20 gram
- 1 burk folköl (45 cl) = 13 gram

En vilja att utreda orsaken

Ett patientcentrerat förhållningssätt, där man bygger på patientens vilja att utreda orsaken till sina besvär, minskar risken för förnekande [19]. Man kan t ex inleda med att »levnadsvanor kan ibland ha betydelse vid dessa besvär, därför är det av värde att vi också går igenom dem. Har du något emot det?».

Kontakten underlättas om man utgår ifrån att förnekande inte är en inneboende egenskap hos personer med alkoholproblem utan snarare ett resultat av interaktionen mellan behandlare och patient [21]. Lämpligt är att fråga efter konsumtion senaste helg, och sedan dag för dag en vecka bakåt. Genomsnittlig konsumtion per vecka omräknat i gram eller centiliter starksprit kan sedan uppskattas på ovan angivet sätt.

Vid förnekande finns stöd i en interventionsstudie [5] för att en hög alkoholkonsumtion kan påverkas även av en allmän information om att alkohol kan påverka de fynd som gjorts.

Alkoholrelaterade symtom

En primärvårdsstudie i Norge på ca 400 patienter med hög alkoholkonsumtion fann att neuros, hypertoni och dyspepsi var de vanligaste diagnoserna i denna grupp [26]. Den ökade frekvensen »neuros» kan delvis bero på den ökade autonoma aktivitet som kvarstår

nästan en vecka efter ett alkoholrus med ökad oro, sömnsvårigheter, svettningar och hjärtklappning [27].

Blodtrycket kan stiga redan vid en måttlig överkonsumtion [28] och kan framgångsrikt användas som feedback för att ge motivation till minskad alkoholkonsumtion [29].

Andra vanliga symtom som kan vara alkoholorsakade är hypertriglyceridemi, gikt, hjärtarytmier och täta eller svåra infektioner. Kronisk bronkit, besvär från rörelseapparaten, eksem och psoriasis förekommer i ökad frekvens [27].

Biokemiska markörer

Den mest använda biokemiska markören för hög alkoholkonsumtion är S-GT, som stiger till följd av bl a enzyminduktion, »ansträngd lever». Det anges krävas långvarig konsumtion över ca 280 g/vecka för GT-stegring. Bland oselektade patienter i somatisk vård har högt S-GT i omkring hälften av fallen annan orsak.

Vanligast är härvid övervikt och vissa farmaka, främst dextropropoxyfen som även i normaldos kan ge GT-förhöjning [31]. Referensvärdena varierar med ålder och kön och når sällan förhöjda värden på grund av alkohol om patienten är under 30 år.

Dessa förhållanden åskådliggörs närmare i Tabell I, som också beskriver andra vanliga markörer.

CDT (carbohydrate deficient transferrin) kräver en något högre konsumtion än S-GT för att nå förhöjt värde, över 350 g/vecka i minst två veckor [32]. En stor fördel med CDT är dess höga specificitet. En nackdel är dock att provet inte kan tas på ett lika neutralt sätt som övriga biokemiska markörer,

som ju ofta tas också av andra skäl än vid misstanke om hög alkoholkonsumtion. Sekretessen blir också mindre med CDT, eftersom den personal som tar provet får kännedom om den misstanke läkaren har.

Frågeformulär

Ett flertal frågeformulär har konstruerats för att underlätta tidig upptäckt av alkoholproblem [33]. Dessa fokuserar på patientens egna tankar om alkoholvänorna, omgivningens reaktioner på dessa, problem som kan ha samband med alkohol och symtom på alkoholberoende. Ett formulär, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), tar dessutom upp frågor om alkoholmängder och dryckesfrekvens.

Vissa av dessa formulär, t ex CAGE (Cut down, Annoy, Guilty, Eye-opener) och MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), har visat hög validitet när de testats på grupper som behandlats för »alkoholism». I primärvården är målgruppen dock i huvudsak högkonsumenter utan beroende eller med lågradigt beroende. I ett sådant material blir formulärens tillförlitlighet sämre [34]. Av dem som allmänläkare bedömer ha alkoholrelaterade problem får bara omkring hälften positivt utslag med CAGE (fyra frågor) och S-MAST (kort version av MAST, 13 frågor) [35].

AUDIT har i ett WHO-projekt utarbetats och validerats specifikt för primärvård, dvs med syfte att upptäcka såväl »skadligt drickande» som beroende [36]. Detta formulär med tio frågor anges i primärvård ha en sensitivitet på 80 procent och en specificitet på 89 procent vid en konsumtion över 280 g alkohol/vecka hos män och över 140 g/vecka hos kvinnor. Vid en sensitivitet på denna nivå förekommer dock ett stort antal falskt positiva resultat, ca 30–40 procent [37].

Den bristande tillförlitligheten i frågeformulär och svårigheten att finna former för att tillämpa dessa i rutin-sjukvården begränsar denna methods användbarhet.

Förslag till intervention vid första besöket

Med de empiriska studiernas enkla intervention som grund kan ett strukturerat förslag ges för den målgrupp som ovan definierats. Det inkluderar en strategi med en stegvis upptrappad intervention [23]. Arbetssättet kan klassificeras som en kognitiv beteendeterapeutisk metod:

1. *Alkoholkonsumtion.* Patientens alkoholkonsumtion av öl, vin och sprit uppskattas och omräknas i gram alkohol/vecka. Vad standardmängderna motsvarar enligt ovan kan läras i minnet. För patienten kan gram/vecka över-

sättas i centiliter starksprit. Alternativt kan man ta hjälp av Systembolagets »Testaren» för att räkna ut veckokonsumtionen. Konsumtionens läge i eller över riskzon diskuteras.

Var patientens konsumtion ligger i förhållande till hela befolkningens kan åskådliggöras med hjälp av ett histogram [8, 38].

2. *Alkoholrelaterade problem.* För att bygga upp största möjliga motivation till förändring går man igenom samtliga symtom och fynd som kan vara alkoholrelaterade (hjärtklappning, oro, magbesvär, blodtryck, provsvar etc). Hur alkoholen kan påverka just de symtom eller fynd som gjorts diskuteras. För att finna så många skäl som möjligt för en alkoholminskning tas blodtryck, leverstatus, eventuellt triglycerider och andra biokemiska markörer.

3. *Maximal alkoholmängd.* Lämplig maximal alkoholmängd per vecka till nästa kontakt diskuteras utifrån de alkoholrelaterade hälsoproblem som föreligger och vad patienten själv finner realistiskt. Patienten måste uppleva att han själv väljer målsättning. En tydlig verbal överenskommelse görs.

4. *Initial abstinens.* Ett alternativ för vissa patienter är att göra en överenskommelse om avhållsamhet från alkohol i ca 2–3 veckor till ett nytt besök. Motivet till detta förklaras då noga. T ex: »Det kan hända att dina levnadsvanor har betydelse för dina besvär. För att utreda om det finns något samband kan det vara lämpligt att först, innan vi går vidare med annan utredning, göra ett försök att utesluta alla alkoholdrycker till ett återbesök om tre veckor för att se om det blir någon förbättring. Vad tycker du om ett sådant förslag?»

Om abstinensperioden noga motiverades fann Sanchez-Craig att hälften av patienterna följde rådet eller kraftigt reducerade sin konsumtion [39].

Flera fördelar finns med en sådan initial abstinens. Alkoholtoleransen kan minska, bättre förutsättningar skapas att söka alternativ till alkoholdrickande och patienten får tillfälle att träna att hantera olika risksituationer. Dessutom skapas optimala möjligheter till såväl förbättring av symtom och alkoholrelaterade fynd som feedback [20]. Det patientegna normalvärdet för S-GT kan också fastställas på detta sätt och användas som utgångspunkt när man följer behandlingsförloppet. Patientens förmåga att klara en sådan abstinensperiod är även ett visst test på graden av alkoholberoende.

5. *Skriftlig information.* Ett skriftligt informationsmaterial ges med gränser för skadlig konsumtion och tips och råd som underlättar alkoholminskning, t ex »Testaren», »Apotekets Råd för livet»

eller en av oss utarbetad broschyr (kan rekvireras från författarna).

Fortsatta besök

6. *Feedback.* Vid nästa kontakt poängteras den eventuella förbättring som skett i allmäntillstånd, symtom, biokemiska markörer och blodtryck för att stärka patientens motivation till ändrade vanor. Patientens egen erfarenhet av den förbättring som mindre alkohol eller kort avhållsamhet i regel fört med sig förstärks av den förbättring som läkaren kan påvisa i objektiva fynd. Nu finns ett bättre underlag för att diskutera lämplig maximal alkoholkonsumtion/vecka. Vissa patienter kan dock föredra fortsatt abstinens.

Det kan ibland också vara lämpligt att här (eller vid första besöket) fråga om patienten själv haft funderingar på att skära ner sin alkoholkonsumtion. Fler patientegna skäl kan då komma fram som kan användas för att ge ytterligare förstärkning.

7. *Uppmuntra alternativ.* Nuvarande och tidigare intressen och hobbies kan penetreras för att uppmuntra alternativ som ej går ihop med alkohol (motion, föreningsliv, fiske, utveckla relationer med andra etc). Det gäller att finna »konkurrerande» beteenden som ger mer belöning och mindre problem än stor alkoholkonsumtion.

8. *Uppföljning.* Vid behov sker fortsatta hälsokontroller med feedback utifrån hälsofynd och biokemiska markörer, främst S-GT, med målsättningen att stabilt normalisera alla avvikande fynd och eventuellt minska behovet av mediciner (t ex mot blodtrycksförhöjning).

Mellan varje besök kan brevbesked med provsvar ges där de nya värdena jämförs med de gamla och med kommentarer som är så uppmuntrande som möjligt. Även variationer av S-GT inom normalintervallet kan indikera en förändrad konsumtion.

9. *Vid bristande framgång* bör man göra en kartläggning av risksituationerna och eventuellt ändra målsättningen. Utlösande situationer (tankar, känslor, sällskap osv) kartläggs och olika sätt att klara dessa utan att dricka diskuteras.

Vad i patientens livssituation som försvårar respektive underlättar en alkoholminskning kan kartläggas för att planera en medveten strategi [19].

Om patienten inte visar sig klara ett minskat drickande med förbättring av alkoholrelaterade problem (t ex förbättrade laboratorievärden) finns underlag för att diskutera att ändra målsättningen till avhållsamhet. Ett misslyckande bör ses som en erfarenhet som både patient och läkare kan lära av, och som motiverar ny diskussion om risksituationer etc

ANNONS

för att resultatet skall bli bättre nästa gång.

10. *Upptrippad intervention*. Om den enkla interventionen ej har effekt får remiss till specialist, t ex kommunens alkoholrådgivning, för en upptrappad intervention övervägas. Ett samarbetsprogram mellan primärvården och andra lokala instanser som kan fungera som samarbetspartner kan härvid utarbetas.

Vid förnekande (eller bristande motivation) ges information om att det kan vara värt att veta att alkoholvanor inte sällan bidrar till problem av det slag patienten söker för [5]. Även i dessa fall kan en anpassad uppföljning med medicinsk feedback göras.

Tillvägagångssättet representerar något nytt

Detta är ett förslag på interventionsstrategi som utgår från den enskilda distriktsläkarens roll. För vissa patientgrupper kan det även vara en framgångsrik strategi att samverka med sjuksköterskor, t ex när det gäller hypertoni-patienter som ofta även kontrolleras på en sköterskemottagning. Om sköterskan vid blodtryckskontroll har som rutin att penetrera levnadsvanor inklusive alkoholvanor kan patienter med alkoholrelaterad blodtrycksförhöjning upptäckas. Förslag om avhållsamhet från alkohol till nytt besök om ett par veckor kan ges för att utreda alkoholvanornas betydelse för blodtrycket. Om blodtrycket då förbättras kan sköterskan förstärka patientens motivation till minskade alkoholvanor och därmed bättre blodtryckskontroll [29].

Intervention enligt punkt 1–8 har vanligen räckt till för att nå signifikant effekt.

Fyndet att enkel intervention för denna målgrupp ofta är lika effektiv som en mer avancerad behandling [40] leder till frågan vilka specifika inslag i behandlingen som egentligen står för effekten. Rimligt är att det mest handlar om en påverkan av patientens motivation [40]. De medicinska konsekvenserna, som ofta objektivt kan påvisas, kan göra att patienten upplever att de positiva konsekvenserna av ändrade vanor så starkt överväger att en process mot ändrade vanor sker. De som tidigare själva upplevt negativa konsekvenser av sina alkoholvanor kan antas vara mer benägna att svara på de förstärkta motiv som interventionen ger.

Hypotetiskt kan man anta att fortsatt feedback, uppmuntran av alternativ och övriga element som föreslagits förstärker och underhåller effekten för en del. Sett på detta sätt blir sjukvårdens insats ett understöd av naturliga självläkande processer. Ett förhöjt alkoholrelaterat blodtryck eller påverkade laboratorie-

värden är exempel på fynd som tycks ha en mäktig motivationsförstärkande effekt.

Studierna med »brief intervention» tillsammans med studier angående kontrollerat drickande genomförda på alkoholmottagningar talar för att ett minskat drickande kan vara en adekvat målsättning även vid låtta grader av beroende i den målgrupp som har definierats. Beslut om målsättning bör även vid lätt alkoholberoende således involvera patientens egen uppfattning och alltså baseras på ett patientcentrerat förhållningssätt.

Man har funnit en möjlig skyddande effekt mot hjärt-kärlsjukdom av en konsumtionsnivå upp till nedre delen av riskzonen för dem som är över 50 år [41]. Flera möjliga felkällor finns dock i dessa studier som gör att några rekommendationer om måttligt drickande för bättre hälsa ej kan ges [42]. I detta förslag till interventionsstrategi är målgruppen de med hälsoproblem på grund av alkohol, varför frågan i detta sammanhang knappast blir kontroversiell.

*

Artikeln har skrivits med stöd från Dalarnas forskningsråd.

Referenser

- Dahl G. Intervention vid tidiga alkoholproblem, en pilotstudie. *AllmänMedicin* 1990; 11: 81-5.
- Nilssen O. The Tromsø study: identification of and a controlled intervention on a population of early stage problem drinkers. *Prev Med* 1991; 20: 518-28.
- Kristenson H. Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. *Recent Dev Alcohol* 1987; 5: 403-23.
- Persson J, Magnusson PH. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol* 1989; 6: 403-8.
- Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988; 297: 663-8.
- Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992; 87: 891-900.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997; 277: 1039-45.
- Heather N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol Alcohol* 1995; 30: 287-96.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press, 1991.
- Sanchez-Craig M, Annis HM, Bornet AR, Mac Donald KR. Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 390-403.
- Rönnerberg S. *Kontrollerat drickande*. Stockholm: CAN, 1987.
- Sobell MB, Sobell LC. Controlled drinking

- after 25 years: how important was the debate? *Addiction* 1995; 90: 1149-53.
- Rydberg U, Damström-Thakker K, Skerfving S. Risk evaluation of alcohol. In: Costa e Silva JA, Nadelson CC. *International review of psychiatry*. American Psychiatric Press 1993; 1: 563-600.
- Norden Å, red. *Alkohol som sjukdomsorsak*. Malmö: Tika Läkemedel AB, 1995.
- Maheswaran R, Beevers M, Gareth D. Effectiveness of advice to reduce alcohol consumption in hypertensive patients. *Hypertension* 1992; 19: 79-84.
- Rydon P, Redman S, Sanson-Fisher RW, Reid ALA. Detection of alcohol related problems in general practice. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 197-202.
- Picinielli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ* 1997; 314: 420-4.
- Arborelius E, Wahlquist L, Wennermark B. Med all respekt. En handbok i alkoholrådgivning. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems. *Addiction* 1993; 88: 315-35.
- Conigrave K, Saunders JB, Whitfield J. Diagnostic tests for alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 1995; 13-26.

En fullständig referenslista kan erhållas från Göran Dahl, Leksands vårdcentral, Box 310, 793 27 Leksand.

Summary

Detection of heavy drinking, and intervention in primary care; a model based on empirical studies

Göran Dahl, Kerstin Damström Thakker

Läkartidningen 1998; 95: 4726-30.

A review of findings in randomised trials with at least one-year follow-up suggests that primary care physicians can intervene briefly and successfully for patients manifesting symptoms of excessive drinking but no serious dependence. The risk level can be assessed by summing the preceding week's intake of spirits, wine and beer in standard measures and then convert it into grams of pure alcohol. Denial is minimised by using a non-judgemental lifestyle approach, and defining problems in terms of lifestyle habits and its consequences. Nervous problems, hypertension and dyspepsia are the most common diagnoses in the target group. Measurement of biochemical markers can be used, the serum γ -glutamyl transpeptidase (GGT) level being still the most useful. Questionnaires are of limited value as they are associated with high false-positive rates. To motivate patients to reduce alcohol consumption, an intervention strategy with feedback is proposed, mainly based on the monitoring of symptoms and clinical findings including biochemical markers, and a self-help pamphlet is recommended. It is emphasised that the goal should be realistic to the patient, and that controlled drinking is an acceptable goal even in cases of mild dependence.

Correspondence: Dr Göran Dahl, Leksands vårdcentral, Box 310, S-793 27 Leksand.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.