

# Riskbruk av alkohol kartlagt på vårdcentral

## Sekundärprevention av alkoholproblem hos primärvårdspatienter

Metoder för att utveckla och implementera enkla och effektiva behandlingsmetoder vid riskbruk av alkohol har studerats. Ett tio frågor långt screeninginstrument, AUDIT, lämnades till 696 patienter och 590 svarade. Dessutom kontrollerades Gamma-GT och MCV (mean corpuscular volume). Man fann låg sensitivitet för AUDIT och stor andel falskt positiva  $\gamma$ -GT-värden, särskilt för kvinnor. Senare testades korta-SWAG, ett fyra frågor långt screeningformulär i kombination med en kort motivationsbedömning för snabb åtgärdsmatchning. Man fann båda metoderna användbara, och användning av periodvis förekommande screening stimulerade arbetet med patienter som har riskbruk och missbruk av alkohol. Motiverande intervju (MI) användes med framgång framför allt på en nyöppnad sköterskemottagning medan det för läkarkonsultationer ofta lämpade sig bättre med en modifierad kortare variant av MI.

### BAKGRUND OCH SYFTE

På senare år har intresset ökat för primärvårdens roll att bedriva sekundärprevention i syfte att tidigt upptäcka och behandla personer med begynnande alkoholproblem [1]. Sekundärprevention har framstått som ett viktigt instrument för att förebygga alkoholproblem och alkoholskador. Flera internationella studier inklusive metaanalyser har visat att tidig upptäckt av riskbruk av alkohol har givit mycket gott resultat, även med korta interventionsinsatser [2-8]. Att befrämja sekundärprevention på detta

### Författare

GÖRAN ERIKSSON

distriktsläkare, Distriktsläkarmottagningen, Askim

FREDRIK SPAK,

med dr, socialmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet, Vasa sjukhus, Göteborg

CHRISTINA ANDERSSON

undersköterska, Distriktsläkarmottagningen, Askim.

område är i linje med den Nationella handlingsplanen för alkohol- och drog-förebyggande insatser, 1995 [9] och rekommenderas av WHO [10]. Ämnet har beskrivits i tidigare artiklar i Läkartidningen [1, 11-14].

I den kliniska situationen med blandade patientgrupper finns svårigheter att identifiera personer med riskbruk av alkohol [1]. Metoder för alkoholförebyggande insatser har endast långsamt implementerats i Sverige [12]. För att lyckas fordras kunskap, enkelt tillämpbara metoder och organisatoriskt stöd.

Det finns flera enkäter för att predicera skadlig alkoholkonsumtion och alkoholberoende. WHO har utvecklat screeninginstrumentet AUDIT, alcohol use disorders identification test, [2]. I Sverige har även CAGE, cut down, annoyed, guilty, eye opener, [3], och svenska versioner av Short-MAST, short Michigan alcohol screening test, använts [4, 13]. SWAG, screening, women and alcohol in Göteborg, har använts i en populationsstudie i Göteborg [15]. Screeninginstrument har visats ha högre sensitivitet än biokemiska markörer, t ex  $\gamma$ -GT [5].

Kognitivt inspirerade beteendeterapeutiska metoder har visat goda resultat för att motivera individen till förändring vid negativa hälsobeteenden [14, 16, 17]. Prochaska och DiClementes modell för förändringsprocessen [18] beskriver olika motivationsstadier i övervägandet av en beteendeförändring. Beredskap till och tro på den egna förmågan till förändring har visat sig vara en av de starkaste prediktorerna för positiva långtidseffekter vid alkoholberoende [19].

Syftet har varit att, med små extraresurser, implementera vetenskapligt väldokumenterade metoder för att identifiera och behandla fler personer med riskalternativt missbruk av alkohol i den kliniska vardagen.

### UNDERSÖKNINGSOMRÅDE

Upptagningsområdet för distriktsläkarmottagningen Askim (DLM Askim) hade 21 087 invånare december 1994. Området karaktäriseras av en yngre befolkning jämfört med Göteborgs kommun, färre personer över 75

### Sammanfattat

- Metoder för att utveckla och implementera enkla och effektiva behandlingsmetoder vid riskbruk av alkohol har studerats.
- Ett tio frågor långt screeninginstrument, AUDIT, lämnades till 696 patienter, och 590 svarade. Dessutom kontrollerades  $\gamma$ -GT och MCV (mean corpuscular volume).
- Man fann låg sensitivitet för AUDIT och stor andel falskt positiva  $\gamma$ -GT-värden, särskilt för kvinnor.
- Senare testades screeninginstrument korta-SWAG, ett fyra frågor långt screeningformulär i kombination med en kort motivationsbedömning för snabb åtgärdsmatchning.
- Man fann båda screeningmetoderna användbara.
- Användning av periodvis förekommande screening stimulerade arbetet med patienter som har riskbruk och missbruk av alkohol.
- Motiverande intervju (MI) användes med framgång framför allt i en nyöppnad sköterskemottagning, medan det för läkarkonsultationer ofta lämpade sig bättre med en modifierad kortare variant av MI.

år, och bedöms som socioekonomiskt stabilt [20]. Ohälsotalet är lägre än det för Göteborg; 1994 var det 25,7 respektive 50,4 [20]. Vid mottagningen tjänstgjorde fyra läkare, tre sköterskor samt två sekreterare. Under våren 1996 tjänstgjorde även en ALU-arbetare på mottagningen. Efter telefoni på morgonen är akutbesök koncentrerade till

s k öppen mottagning, mellan klockan 9 och 11.

## METOD OCH MATERIAL

Vi valde att försöka identifiera personer med alkoholproblem med hjälp av en screeningenkät samt genom att ta biokemiska markörer,  $\gamma$ -GT (gamma-glutamyltransferas) och MCV. Hög kostnad och bristande sensitivitet vid lägre nivåer av hög konsumtion var orsak till att vi inte använde CDT (carbo-deficient transferrine) [21].

### Fas 1 a

696 konsekutivt sökande i åldrarna 16–65 år fick under perioden 17 november–17 december 1994 AUDIT och möjlighet att diskutera sin alkoholkonsumtion och eventuella alkoholproblem. 590 (210 män och 380 kvinnor) svarade på enkäten, 487 (169 män och 318 kvinnor) tog blodprov. Eventuella förhöjda värden kunde följas upp direkt i anslutning till enkätsvaren. Enkäterna delades ut av två sköterskor, som även skötte provtagningen. Patienterna informerades såväl muntligt som skriftligt om syfte och metod. Karaktären av hälsoundersökning betonades. Personerna uppgav identitet, och uppgifterna lagrades som journalhandling.

För AUDIT har två cut off-nivåer föreslagits beroende på syftet med undersökningen [2]. En totalpoäng om  $\leq 8$  ger hög sensitivitet, medan ett högre poängtal ger högre specificitet. Vi valde en cut off-nivå mellan 8 och 9 poäng, förutom i åldersgruppen 18–24, där gränsen sattes till 10/11 poäng för att kompensera för åldersbetingat svarsmönster [21].

AUDITs tio frågor är uppdelade så att indikation erhålls för riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion samt för alkoholberoende. 14 poäng och högre på AUDIT talar för mer uttalade alkoholproblem, sannolikt fysiskt beroende. Maxpoäng är 40. AUDIT är validerat för bruk i många länder, inklusive Sverige (hittills dock inte från primärvården) [11].

För uttolkning av provsvar tillämpade vi följande gränsvärden:  $\gamma$ -GT; kvinnor 16–39 år  $\geq 0,4$   $\mu$ kat/l och 40+ år  $\geq 0,6$ ; män 16–39 år  $\geq 0,6$ , 40–59 år  $\geq 0,8$  och 60+ år  $\geq 1,2$ . För MCV sattes gränsen för patologiskt värde till  $\geq 96$  fl för båda könen.

### Fas 1 b

För att studera förekomsten av falskt positiva värden av blodproven (framför allt  $\gamma$ -GT) gjordes under våren 1995 en telefonuppföljning. Patienterna tillfrågades bl a om förekomst av leversjukdomar och andra relevanta sjukdomar, medicinanvändning, örtteer, vid behov

		“lathund” poäng
1. Jag har märkt att jag tål mer alkohol än tidigare	<input type="checkbox"/> Stämmer inte alls	2
	<input type="checkbox"/> Stämmer inte särskilt bra	4
	<input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra	6
	<input type="checkbox"/> Stämmer precis	8
2. Det har hänt att jag har haft svårt att sluta dricka fast det blivit för mycket	<input type="checkbox"/> Stämmer inte alls	2
	<input type="checkbox"/> Stämmer inte särskilt bra	4
	<input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra	6
	<input type="checkbox"/> Stämmer precis	8
3. Jag har känt oro och skakningar när jag slutat dricka	<input type="checkbox"/> Stämmer inte alls	3
	<input type="checkbox"/> Stämmer inte särskilt bra	6
	<input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra	9
	<input type="checkbox"/> Stämmer precis	12
4. Jag anser att jag har eller har haft alkoholproblem	<input type="checkbox"/> Stämmer inte alls	5
	<input type="checkbox"/> Stämmer inte särskilt bra	10
	<input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra	15
	<input type="checkbox"/> Stämmer precis	20
		Cut off-gräns; summa $\geq 18$ p

Figur 1. Screeninginstrumentet korta-SWAG (Screening Women and Alcohol in Göteborg).

penetrerades alkoholkonsumtionen ytterligare. Body mass index mättes; som riskgräns användes  $>27$  för män och  $>26$  för kvinnor. Patienterna erbjöds nytt  $\gamma$ -GT-test efter fyra veckors alkoholkarens. I samband med provtagningen fanns sköterskor till hands för att besvara frågor.

### Fas 2

Målsättningen var dels att arbeta fram en till rutinmässig primärvård anpassad metod för matchning till olika åtgärder utgående från patienternas motivation [22], dels att genomföra screening med enkät för att stimulera arbetet med alkoholproblematik.

Under två perioder, 16 oktober–15 december 1995 och 1 april–7 juni 1995, genomfördes screening av konsekutivt sökande patienter i åldrarna 16–65 år med en fyra frågor lång enkät kallad korta-SWAG (Figur 1) [15]. Utdelning skedde i väntrummet före läkarbesöket.

Poängberäkningsmetod framgår av Figur 1 (»lathund»). Under dessa perioder sökte 2 109 personer i åldrarna 16–65 år, 628 svarade på enkäten. Det stora bortfallet betingades av varierande tillgång till utdelande personal, som

var betydligt sämre vid detta tillfälle än 1994, men även av vem som skötte utdelningen. Däremot bedömer vi att det ökade bortfallet och deltagande var slumpmässigt i den meningen att inga speciella selektionsfaktorer förekom. Endast två personer avböjde medverkan efter det att de fått information om att deras enkätvärden låg över cut off-gränsen.

## BEDÖMNING OCH BEHANDLING

Vid första besöket gjorde läkaren en bedömning av om riskbruk förelåg, utförde en kort motivationsbedömning samt tog därefter ställning till val av sekundärpreventiv åtgärd. Rådgivning/intervention gavs enligt en beteendeterapeutisk metodik som kallas Motivational interviewing (MI) [14, 16, 17, 22]. Metoden används för att stödja förändring av hälsovådliga beteenden, varvid hänsyn tas till individernas beredskap till förändring. En kort information via broschyren Systembolagets »Testaren» (I) erbjöds framför allt personer med låg motivationsgrad. Motivationsgraden (låg, medelhög eller hög) bedömdes subjektivt av läkaren vid besöket genom att denne, i samband med att enkät-

**ANNONS**

**Tabell I.** Antal personer med förhöjda värden av  $\gamma$ -GT ( $\mu$ kat/l) och MCV (fl) samt på AUDIT. Gränsen för positiva AUDIT-värden är 9 poäng för åldrar <18 år och  $\geq 25$  samt 11 poäng för åldersgrupp 18–24.

AUDIT				$\gamma$ -GT				MCV			
Män (N=210)		Kvinnor (N=380)		Män (N=169)		Kvinnor (N=318)		Män (N=171)		Kvinnor (N=310)	
Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
21	10	6	1,6	36	21,3	67	21,1	10	5,8	28	9,0

**Tabell II.** Antal och andel med förhöjda värden av  $\gamma$ -GT-värden med eller utan AUDIT-poäng över cut-off-gränsen, samt med eller utan förhöjda MCV-värden. Gränsen för positiva AUDIT-värden är 9 poäng för åldrar <18 år och  $\geq 25$  samt 11 poäng för åldersgrupp 18–24.

	Män		Kvinnor	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Förhöjt $\gamma$ -GT	36	21,3	67	21,3
Förhöjt AUDIT + -GT	7	4,1	1	0,3
Förhöjt AUDIT + -GT+MCV	2	1,2	–	–

resultatet presenterades, ställde frågorna: »Vad vet du om hur alkohol påverkar hälsan?» och »Vill du veta mer om detta?».

### Sköterskemottagning

1995–1996 arbetade en undersköterska med en »egen» mottagning under läkarhandledning en eftermiddag/vecka. Patienter med olika grad av riskbruk av alkohol samt personer med lättare till måttligt alkoholberoende har erbjudits motivationshöjande samtal, oftast MI.

### Process

Arbetet har kontinuerligt följts och värderats genom diskussion med personalen och socialmedicinsk expertis. Bl a har en enkät utdelats till berörda personalkategorier vid DLM Askim (enkäten kan erhållas efter önskemål).

Vi har hållit kurser i sekundärprevention av alkoholproblem i primärvården och undervisat i MI. Vi har etablerat kontakt med flera vårdcentraler både i Göteborg och i omkringliggande region och även bildat ett västsvenskt nätverk som arbetar med alkoholfrågor.

## RESULTAT

**Fas 1 a.** Åldersfördelning hos patienterna med förhöjda värden på AUDIT,  $\gamma$ -GT och MCV framgår av Tabell I. 10 procent av männen och 1,6 procent av kvinnorna hade förhöjda AUDIT-poäng. Andelen med enbart  $\gamma$ -GT-stegring och  $\gamma$ -GT-stegring i kombination med förhöjda värden på AUDIT och MCV för män respektive kvinnor framgår av Tabell II.

**Fas 1 b.** Våren 1995 undersökte vi sannolika orsaker till de förhöjda  $\gamma$ -GT-värden vi fann 1994 [23, 24]. Bedömningen baseras på uppgifter från tele-

fonintervju, journaluppgifter och/eller läkarnas kännedom om patienterna. I telefonintervjuerna deltog 45 av 67 kvinnor och 33 av 36 män. Medelvärdet för  $\gamma$ -GT för de 30 kvinnor som deltog i uppföljande provtagning var 1,4 vid första tillfället och 0,9  $\mu$ kat/l vid uppföljningen. Motsvarande värden för 21 män var 1,8 respektive 1,4  $\mu$ kat/l. Av Tabell III framgår att vi fann annan orsak än alkohol hos 53 procent av kvinnorna samt hos 39 procent av männen. Sammanlagt 9 män bedömdes ha relativt säkert och 6 män möjligt alkoholmissbruk. Av de totalt 15 män och 2 kvinnor som vid uppföljningen bedömdes ha möjligt alkoholmissbruk hade 8 män och 1 kvinna förhöjda AUDIT-poäng i fas 1 a. Av de patienter som inte följdes upp hade 20 av de 22 kvinnorna  $\gamma$ -GT <0,8  $\mu$ kat/l och relativt låga AUDIT-poäng. Två tredjedelar av männen som inte följdes upp hade värden <0,75  $\mu$ kat/l och relativt låga AUDIT-poäng.

**Fas 2.** 222 män och 404 kvinnor besvarade enkäten. Av dessa hade 46 män (20,7 procent) och 26 kvinnor (6,4 pro-

cent) poäng överstigande den valda cut off-nivån. Av dessa 72 personer hade 54 sökt akut, 14 på tidsbeställt besök, och 4 besök var ospecificerade. Poängmedeltalet var 23,3 med spridning mellan 18 och 42 poäng. 75 procent hade svarat vid akutbesök.

Trots den stora andelen akutbesök bedömdes flest patienter (N=27, 38 procent) ha hög motivationsgrad. Av dessa var 18 män och 9 kvinnor. 19 personer (26 procent) bedömdes ha medelhög och 18 personer (25 procent) låg motivationsgrad. För 8 personer (11 procent) kunde motivationsgraden inte specificeras. De olika åtgärderna fördelade sig enligt följande: 12 personer deltog i MI, 34 i KS, 2 i enbart biofeedback-behandling (BIO), 9 i BIO i kombination med annan åtgärd och 18 erhöll enbart information (I). 6 personer fick ospecificerad behandling. Nackdelen med MI var att läkarna ofta fann tidsåtgången (vanligen åtminstone ca 15 minuter) alltför stor. Därför kom en kortare variant av MI, som vi kallar »Kort motiverande samtal» (KS), att tillämpas. KS erbjöds framför allt till personer med relativt hög motivationsgrad och MI framför allt till personer med uttalad ambivalens. Strategier i inledningsskedet av KS är t ex att vårdgivaren lyfter fram möjligheten av att de symtom patienten har kan ha samband med hälsobeteendet, alkoholvanor, och därefter frågar t ex: »Hur ser det ut för dej?». Senare kan patienten få beskriva »det som är bra» respektive det som är »mindre bra» med alkohol. Man kan då få en öppning in i ett mer konstruktivt

**Tabell III.** Sannolika orsaker till  $\gamma$ -GT-förhöjning.

	Pöäng på Män		Pöäng på Kvinnor	
	Antal	AUDIT $\geq 9$ ( $\geq 11$ ) <sup>1</sup>	Antal	AUDIT $\geq 9$ ( $\geq 11$ ) <sup>1</sup>
Övervikt, förhöjda s-lipider, diabetes	6	–	12	–
Leversjukdom, annan sjukdom, örttéer	2	–	8	–
Läkemedel enbart	2	–	3	–
Kombination	3	–	1	–
Summa	13	–	24	–
Alkohol (sannolikt)	9 <sup>2</sup>	6 <sup>2</sup>	2	1
Alkohol (misstänkt)	6	2	–	–
Summa	15	8	2	1

<sup>1</sup> 18–24 år, övriga  $\geq 9$

<sup>2</sup> 2 hos 2 av dessa män (varav 1 med AUDIT-förhöjning) kan läkemedel + lipider varit involverade.

**ANNONS**

samtal, där fördelar kan vägas mot nackdelar. Patientens egen reflektion stimuleras. Jämfört med KS ( $\geq$  ca 5 minuter) ger MI ( $\geq$  15 minuter) mer tid för reflekterande samtal och bättre stimulation till självmotiverande yttranden. Läkarna använde endast i enstaka fall MI.

### **Erfarenheter från sköterskemottagningen**

Sköterskemottagningen har av såväl patienter som läkare/sköterskor uppfattats som ett värdefullt komplement till läkarbesöken. Hösten 1995 och våren 1996 gjorde man på sköterskemottagningen en uppföljning av 22 patienter. 20 av dessa fick MI samt 2 KS. 14 rekryterades via screening och övriga 8 genom remiss efter egen önskan.

### **Erfarenheter av personalenkäten**

Patienterna bedömdes som positivt inställda till att svara på enkäterna. När någon av de tre sköterskorna inte var i tjänst, uppstod svårigheter att hinna med enkätutdelning till samtliga patienter. Läkarna upplevde inga svårigheter med poängberäkningen eller med att lämna information om enkätresultatet till patienterna. Två av tre läkare rapporterade svårigheter med att bedöma motivationsgraden hos patienterna. Alla läkare ansåg sig haft otillräcklig tid att göra motivationsbedömningen på akutmottagningen men inte vid tidsbeställda besök.

Två tredjedelar av deltagande läkare bedömde det som en fördel från behandlings- och uppföljningssynpunkt att patienten följdes upp/behandlades på sköterskemottagningen. En läkare angav brist på egen tid som orsak till att välja uppföljning hos sköterska.

Bland övriga synpunkter betonades vikten av att all personal på mottagningen var väl informerad om metod och syfte, att det behövdes upprepad genomgång av behandlingsmetoder och informationsmaterial samt att man upplevt det som roligt, lärorikt och stimulerande att arbeta med projektet.

### **Etiska överväganden**

Projektet föregicks av en etisk diskussion angående metodik och uppföljningsberedskap. Risken för integritetskränkning bedömdes som liten. Vid meddelande om förhöjda provvärden har personalen betonat att det kan föreligga en koppling till alkohol, inte att det gjorde det.

### **DISKUSSION**

Arbetet med implementering av sekundärprevention av risk- och missbruk av alkohol var framgångsrikt. Projektet

har lett till ökad medvetenhet om förekomst av alkoholmissbruk och riskbruk, bättre behandling samt etablering av sköterskemottagning. Sannolikt har de periodvis förekommande screeningperioderna bidragit till denna utveckling genom att fokusera alkoholfrågan. All personal har utbildats i »Motivational interviewing», och flera har fortsatt att använda metoden efter projektfasen, även för andra ändamål än arbete med alkoholrelaterade tillstånd.

AUDIT-screeningen antydde förväntad förekomst av alkoholrelaterade problem/överkonsumtion hos män, 10 procent, medan andelen kvinnor, 1,6 procent, var oväntat liten. Den höga svarsfrekvensen och den positiva inställningen hos många personer till att diskutera den egna alkoholkonsumtionen med vårdpersonalen talar dock emot en eventuell underrapportering eller selektivt bortfall från kvinnornas sida. Vad gäller screening med korta-SWAG fungerade såväl enkätutdelning som poängberäkning bra. Oavsett screeningmetod visade patienterna stor beredvillighet att diskutera alkoholproblemen.

### **Stor andel falskt positiva**

Den större andelen av eventuell riskkonsumtion som vi fann med korta-SWAG är svår att dra slutsatser av utifrån detta lilla material, som inte heller är vetenskapligt stringent insamlat. Sensitiviteten föreföll vara större för korta-SWAG än för AUDIT. I så fall blir sannolikt andelen falskt positiva också större för korta-SWAG. I en screeningsituation är detta dock acceptabelt, eftersom frågan om falskt positiva värden kan hanteras i en efterföljande behandling. Den relativt ringa förekomsten av alkoholmissbruk som antyds enligt AUDIT stämmer inte heller med vad man förväntar sig på basen av  $\gamma$ -GT-fynden, eftersom sensitiviteten på screeninginstrument vanligen är betydligt högre än för laboratorieprov [5]. Detta stöder förslaget att använda en lägre cut off-gräns för AUDIT, åtminstone för kvinnor.

En oväntat stor andel kvinnor, 21,1 procent (motsvarande för män är 21,3 procent), hade förhöjda  $\gamma$ -GT-värden. Den stora andelen fall med förhöjda  $\gamma$ -GT-värden innebär att en stor andel är falskt positiva om samtliga förhöjda fall tolkas som alkoholbetingade. Våra  $\gamma$ -GT-värden för kvinnor överensstämmer relativt väl med resultaten från Nyström och medarbetares undersökning, där man fann en stor andel falskt positiva resultat av  $\gamma$ -GT, vilket tolkades som en ospecifik metabolisk indikator samt att antalet fall som korrelerade till alkoholintag var ungefär 25 procent [25]. Fyndet understryker vikten av att inte okritiskt tolka höga

$\gamma$ -GT som en indikator på missbruk, även om vår undersökning inte medger beräkning av specificitet och positivt prediktivt värde.

### **Enkätutdelning kräver stor arbetsinsats**

I den andra fasen utdelades flest enkäter vid akutbesök. Det kan höra samman dels med att ca 60 procent av besöken vid mottagningen sker som akutbesök, dels med att utdelningen av enkäter ur praktisk synvinkel är lättare att administrera under den kortare tidsperiod på dagen då akutbesöken skedde (mellan klockan 9 och 11). Eftersom enkätutdelning är arbetskrävande rekommenderar vi att metoden tillämpas i kortare perioder, inte kontinuerligt. För detta talar också det faktum att effektiviteten i utlämning av enkäterna var beroende av personaltäthet samt personligt intresse hos utdelande personal.

### **Sköterskemottagning värdefullt komplement**

Flera behandlingsmetoder etablerades framgångsrikt på vårdcentralen. Dock noterades vissa svårigheter. Så upplevdes t ex motivationsbedömningen och MI ofta som alltför tidskrävande vid akutbesök. Läkarna valde därför att i flera fall slussa patienten vidare till sköterskemottagningen. Denna upplevdes som ett mycket värdefullt komplement till läkarsamtalen. Våra slutsatser av dessa fynd är att man bör satsa mer på utveckling av sådana mottagningsenheter. När denna väl hade etablerats kom även förfrågningar om behandling från allmänhet och andra mottagningar.

### **MI lägger större ansvar på patienten**

Grundkoncepten i MI har visat sig värdefulla för att möta/behandla personer där en förändring av ett negativt hälsobeteende är önskvärd, t ex vid överkonsumtion av alkohol, rökning, övervikt, diabetes m m [14, 16, 22]. Metoden innebär att vårdgivaren är konsult, att patienten tar ansvar för »sin behandling», och att motstånd ses som en naturlig del av en förändringsprocess. Detta synsätt kan kännas befriande för vårdgivaren och hjälpa behandlare att tona ner orimliga ambitioner om att »bota» patienter. Ett mer systematiskt införande av MI skulle därför sannolikt minska risken för utbrändhet.

### **IMPLEMENTERING I ÖVRIGA GÖTEBORG**

Trots att Göteborgs kommun tog beslut om att stödja sekundärprevention redan 1981 har utvecklingen därefter gått trögt. Det arbete som har beskrivits i denna artikel har genomförts med visst

stöd från primärvårdsadministrationen. Det har dock framför allt möjliggjorts genom intensiva insatser från engagerade medarbetare samt stöd från Folkhälsoinstitutet. Detta är naturligtvis en sårbar situation. För att nå spridning till merparten av vårdcentralerna krävs större satsning från kommunernas och primärvårdens sida. Vi har hållit utbildning för personal från flera vårdcentraler i Göteborg, och även en del från västsvenska regionen. Särskilt har undervisningen i MI uppskattats. Vi vet idag inte i vilken utsträckning metoderna används. Det finns i regionen inga centralt avsattningsmedel för att implementera, eller ens för att utvärdera frågan. Däremot vet vi att det finns ett betydande intresse för att lära och tillämpa MI, och i viss mån även för att öka arbetet med missbruksfrågor.

### Förslag till åtgärder

1. Kommunen fattar beslut om att arbetet med sekundärprevention skall prioriteras.
2. Primärvården anslår tillräckliga resurser för utveckling och stöd till vårdcentraler när arbetet går trögt.
3. För att få en acceptans hos primärvårdsläkarna bör man antingen lyfta fram alkoholfrågan utifrån ett riskbruksperspektiv i muntlig anamnes eller via enkla frågeformulär undersöka symtomförekomst och konsumtion som ett led i allmänna hälsofrågor (alkohol som en »kostfråga»). Screening kan användas periodvis, framför allt för att fokusera arbetet med riskbruk och missbruk av alkohol.
4. Patientens motivationsgrad bör bedömas som underlag för de åtgärder som föreslås.
5. Grundkonceptet i »Motiverande intervju» kan tjäna som basen i ett patientcentrerat förhållningssätt.
6. En meny av behandlingar är nödvändig.
7. Uppläggningsprogram skall anpassas till de enskilda mottagningarnas förutsättningar och önskemål.
8. Prioritera inrättandet av en särskild sköterskemottagning för den relativt stora gruppen av patienter med riskbruk av alkohol.

### Referenser

1. Arborelius E, Damström Thakker K, Krakau I, Rydberg U. Sekundär alkoholprevention inom primärvården. Ny pedagogisk metod för alkoholorrådgivning. *Läkartidningen* 1995; 92: 3339-42.
2. Saunders JB, Ausland OC, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol

- consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
3. Romelsjö A, Boström A, Leifman H, Leifman A. Comparison of various measures of alcohol consumption and alcohol problems in a general population survey in Stockholm, with special reference to social class. *KI green report 270*. Stockholm: Karolinska institutet, 1992.
  4. Kristenson H, Trelle E. Indicators of alcohol consumption. Comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and serum  $\gamma$ -glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males. *British Journal of Addiction* 1982; 77: 297-304.
  5. Levine J. The relative value of consultation questionnaires and laboratory investigation in the identification of excessive alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism* 1990; 25: 539-53.
  6. Andersson P, Scott E. The effect of general practitioners advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 891-900.
  7. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315-6.
  8. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 274-83.
  9. Folkhälsoinstitutet. Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1995: 50.
  10. Andersson P. Alcohol and primary health care. WHO Regional Publications, European Series 1996; No. 64: 31-8.
  11. Bergman H, Källmån H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. Psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. *Läkartidningen* 1998; 95: 4731-5.
  12. Arborelius E, Damström Thakker K. Alkohol känsligt ämne för patientsamtal. *Läkartidningen* 1995; 92: 3345-8.
  13. Nordström A, Winberg J, Persson S. Resultat av primärvårdsstudie om alkohol: 17 procent av männen, 8 procent av kvinnorna troliga högkonsumenter. *Läkartidningen* 1998; 95: 4739-43.
  14. Andreasson S, Brandell Elund A. Alkoholprevention i sjukvården. Metodik för screening och motiverande samtal. *Läkartidningen* 1999; 96: 1594-8.
  15. Spak F, Hällström T. Screening for alcohol dependence and abuse in women: description, validation, and psychometric properties of a new screening instrument, SWAG, in a population study. *Alcoholism: Clinical and experimental research*. 1996; 20: 723-31.
  16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. Addictive behaviour. New York: Guilford Press, 1991.
  17. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 1996; 21: 835-42.
  18. Di Clemente C, Prochaska J, Fairhurst S, Velicer W, Velasques M, Rossi J. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 295-304.
  19. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1300-11.
  20. Statistisk årsbok för Göteborg. Göteborg: Göteborgs stadskansli, 1995.
  21. Jeppsson JO, Kristensson H, Nordén Å, red. Alkohol som sjukdomsorsak del 1. 2:a uppl. Malmö: TIKÄ läkemedels AB, 1995: 119-30.

22. Rollnick S, Bell A. Brief motivational interviewing for use by the nonspecialist. In: Miller WR, Rollnick S, eds. Motivational interviewing: Preparing people to change. Addictive behaviour. New York: Guilford press, 1991; 203-12.
23. Dahlgren L, Nordén Å, red. Alkohol som sjukdomsorsak del 1. 2:a uppl. Malmö: TIKÄ läkemedels AB, 1995: 147-60.
24. Hallbäck DA, red. Gastroenterologi och alkohol. 2:a uppl. Mölndal: Glaxo AB, 1993: 14.
25. Nyström E, Bengtsson C, Lindstedt G, Lapidus L, Lindqvist O, Waldenström J. Serum gamma-glutamyltransferase in Swedish female population. Age-related reference intervals; morbidity and prognosis in cases with raised catalytic concentration. *Acta Med Scand* 1988; 224: 79-84.

### Summary

#### Risk-drinking surveyed at a GP unit. Secondary prevention of alcohol problems in primary care patients

Göran Eriksson, Fredrik Spak, Christina Anderson

*Läkartidningen* 2000; 97: 1133-9.

This article describes an implementation of secondary prevention of alcohol abuse at a GP unit in southern Gothenburg, Sweden. During several periods between 1994 and 1996, screening for alcohol problems was performed using either AUDIT or a 4-item instrument called SWAG. In one part of the study, screening was simultaneously carried out using  $\gamma$ -GT and MCV. The main object of screening efforts was to stimulate interest for alcohol-related conditions, and this goal was reached. The staff was trained in treatment techniques such as motivational interviewing (MI), bio-feedback using  $\gamma$ -GT and delivery of concise information. Simple methods to determine level of motivation were used for treatment stratification. Some doctors reported that they had insufficient time for adequate MI treatment, and therefore a condensed model was sometimes used. A nurse-staffed treatment unit was started and successfully promoted work with alcohol problem

Attempts were made to spread these methods to other GP units in the region and this was partially successful, although support from the central primary care administration was not secured.

*Correspondence:* Fredrik Spak, Dept of Social Medicine, Vasa sjukhus, SE-411 33 Göteborg, Sweden.