

REPLIK OM KORTTIDSINTERVENTION FÖR RISKABLA ALKOHOLVANOR:

Screena och ge individuellt stöd – och glöm inte kvinnorna och sjuksköterskorna!

■ I sitt inlägg om korttidsintervention för riskabla alkoholvanor (LT 43/2009, sidorna 2781-2) efterlyser Charlotte Hedberg och medförfattare utvärdering av en mer värdebaserad metod. Detta är en god tanke. Det är väl känt att forskningen om screening och »brief intervention« ännu inte kunnat omsättas i primärvården i större omfattning, vilket sannolikt i stor utsträckning hänger samman med bristande anpassning till rådande rutiner och värderingar inom allmänmedicinen. Dock har det skett en lovande utveckling de senaste åren med stöd till riskbruksprojektet i Sverige.

Riskbruksprojektets utveckling är mycket positiv. Screening och korttidsrådgivning framstår i ljuset av senare års forskning som den kanske mest lovande förebyggande insatsen mot alkoholproblem av alla. Den slutsatsen dras i flera internationella översikter, där man jämför kostnader och effekter av olika alkoholpreventiva åtgärder [1, 2]. I en Cochrane-översikt [3] finner man att screening och korttidsrådgivning ger lika goda resultat i rutinsjukvård (s k effectiveness-studier) som i mer akademiskt kontrollerade s k efficacy-studier.

Hedberg och medförfattare noterar att man i Cochrane-översikten finner signifikanta effekter bara för män. Man ska dock vara medveten om att detta resultat påverkades starkt av en studie där kontrollgruppen fick goda resultat [4], vilket översiktens författare påpekar. Flera andra översikter och randomiserade studier visar goda effekter för kvinnor.

Självklart måste värderingar vägas in då man vill sprida nya metoder i organisationer [5]. Evidensbaserad medicin står inte i motsatsställning till den värdebaserade modell som Hedberg och medförfattare förespråkar. Det är således fullt möjligt att genomföra screening som är förenlig med respekt för såväl patientens som läkarens värderingar. Screening är nödvändig för att identifiera riskbruk av alkohol; klinisk blick är här otillräcklig. Med klinisk blick identifieras främst patienter med omfattande alkoholproblem, där korttidsrådgivning inte är en adekvat åtgärd. Detta är naturligtvis värdefullt också, men den förebyggande potentialen som finns med screening uppnås inte.

Screening måste dock utformas med beaktande av rådande värderingar och attityder. Ett exempel på hur illa det kan gå när så inte sker citeras av författarna [6]. Här tvingades allmänläkare att ställa alkoholfrågor till alla patienter, vilket inte är rimligt. Detta exempel kan dock inte tas till intäkt för att förkasta all form av screening.

Mer framkomligt är att tillämpa ett patientcentrerat förhållningssätt, i samklang med allmänmedicinens värderingar. Inledningsvis efterhör man patientens intresse av att besvara frågor om levnadsvanor; är patienten intresserad släpper man frågan. Även det korta rådgivande samtalet inleds på samma sätt. Man frågar först om patienten är intresserad av att prata om alkohol; skulle patienten inte vara det så släpper man frågan – väl medveten om att blotta faktum att man frågar har betydelse.

Var, när och hur screening

ska genomföras, och av vem, är frågor som går att lösa pragmatiskt; avgörande är det respektfulla bemötandet av patienten. Det förtjänar nämnas att det, förutom forskningsstöd för läkarinsatser inom detta område, också finns vetenskaplig evidens för insatser av sjuksköterskor i Sverige [7].

Någon utvärdering där man mätt effekten av den värdebaserade metod som Hedberg och medförfattare förespråkar finns inte, vilket de själva påpekar. Att konstatera att riskbruksverkstad gör att läkare känner sig bekväma med att prata om alkohol är förstås viktigt; detta är nödvändigt, men inte tillräckligt. För att få effekt måste man också nå fram till hela målgruppen, vilket kräver screening.

Sven Andréasson

docent, avdelningschef,
Statens folkhälsoinstitut
Sven.Andreasson@fhi.se

Anders Romelsjö

professor, specialist
i allmänmedicin och
socialmedicin, institutionen
för folkhälsovetenskap,
Karolinska institutet
Anders.Romelsjo@ki.se

REFERENSER

1. Rehm J, Gnam WH, Popova S, Patra J, Sarnocinska-Hart A. Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2008.
2. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: A comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65:782-93.
3. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2): CD004148. doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
4. Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsström R, Raikaa M, Kiviluoto M, et al. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:1680-6.
5. Rogers EM. Diffusion of innovations. Fourth edition. New York: The Free Press; 1995.
6. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ*. 2002;325:870.
7. Tomson Y, Romelsjö A, Åberg H. Excessive drinking – brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 1998;16:188-92.

REPLIK:

Screening kan stjälp mer än den hjälper

■ Vi är helt eniga med Andréasson och Romelsjö om att evidensbaserad medicin (EBM) och värdebaserad medicin (VBM) inte nödvändigtvis står i motsats till varandra. VBM är ett resultat av att ett renodlat EBM-baserat

handlande kan komma i konflikt med patienters värderingar – exempelvis när patienter föredrar livskvalitet fram för livskvantitet. Vår poäng är att en evidensbaserad metod även måste vara värdebaserad – annars kan

den bli kontraproduktiv. Det är det vi anser att screening för alkoholkonsumtion kan bli i ett allmänmedicinskt sammanhang.

Andréasson och Romelsjö antyder att vi förordar klinisk blick som alternativ till screening. Vi har inte sagt något om klinisk blick, och vi ifrågasätter screeningförfarandet, och vi förordar i stället att patienten involveras och förstår meningen med att läkaren tar upp alkohol när det finns en anledning till detta. Många patienter i primärvården utan missbruk eller beroende söker för symtom som kan vara alkoholrelaterade – exempelvis högt blodtryck, sömnsvårigheter, ångest, depression, magbesvär, hjärtklappning, värk, trötthet etc. Här räcker det att förklara sambandet för patienten samt, om det är adekvat, föreslå patienten att halvera eller minska alkoholkonsumtionen för att se om symtomet förändras till det bättre. Med andra ord förordar vi sekundär prevention.

Det Andréasson och Romelsjö förordar är primär prevention, som innebär att man som allmänläkare förväntas att oombedd och utan relation till besöksorsak ta upp frågor om patientens alkoholanor. Oavsett om man använder sig av motiverande intervjutekniker eller på annat sätt försöker lindra in sina ord så kan både patienten och läkaren uppleva mängdfrågor om alkohol som irrelevanta eller som ett förhör. Om det är fallet får man inte sällan otillförlitliga svar, och dessutom mår man in patienten i ett hörn. Det är i alla fall knappast frågan om patientcentrering på det sätt som detta begrepp används i allmänmedicinska sammanhang.

Vi förstår att det ur ett epidemiologiskt perspektiv skulle vara attraktivt att med enkla screeningmetoder kunna åstadkomma en minskning

av befolkningens alkoholkonsumtion. Men allmänläkaren sitter inte med en population framför sig. Allmänläkaren har en enskild patient framför sig – en patient med oro för sitt hälsoproblem eller symtom; en patient som har egna värderingar och en integritet och en autonomi som måste respekteras.

Om man skulle följa Andréassons och Romelsjö's förslag till screening finns det risk

Fallbeskrivning. 77-årig man med kardiomyopati och hypertoni som sedan drygt 10 år är warfarinbehandlad med PK-INR stabil kring 2,1 på dosen 16,37 mg/vecka. Ett flertal attacker av polymyalgia rheumatica har kuperats med högdos prednisolon (30 mg) avtrappat under några veckor. Sedan två år tillbaka har han underhållsdos av tabletter prednisolon 2,5 mg × 1.

En ny akut attack av polymyalgia rheumatica föranleder ökning av prednisolon till 30 mg/dag. Vid tidigare tillfällen har vid dosökning av prednisolon en höjning av INR konstaterats. Warfarindosen sänktes därför denna gång profylaktiskt till 13,17 mg/vecka. Trots att warfarindosen sänktes redan dagen efter dosökningen av prednisolon stiger INR till 3,1 dag 3. Efter avtrappning under två veckor av prednisolon till en underhållsdos på 5 mg och återgång till en warfarindos på 16,37 mg/vecka sker återgång av INR till 2,2 under de närmaste veckorna.

Diskussion. Att prednisolon påverkar INR vid warfarinbehandling tycks inte vara allmänt känt. I Fass 2008 finns det inte nämnt under vare sig warfarin eller prednisolon. Också uppgifterna i litteraturen är fåtaliga [1, 2].

Anmärkningsvärt är att den mest omfattande skrivningen om trombos och war-

för att patienten upplever sig kränkt och att läkare-patientförhållandet äventyras såsom Beich et al fann i sin studie (BMJ. 2002;325:870). Screening av detta slag, tillämpad i allmän praxis, stjälpur sålunda mer än den hjälper.

Charlotte Hedberg
familjeläkare,
Kvartersakuten Surbrunnsgatan;
pedagogisk adjunkt,
Centrum för allmänmedicin,
Karolinska institutet, Stockholm

Ingemar Engström
överläkare, professor,
Psykiatriskt forskningscentrum,
Örebro

Renée Vickhoff
distriktsläkare,
Kärråkra vårdcentral, Eslöv

Niels Lynøe
specialist i allmänmedicin,
professor, Centrum för bioetik,
Karolinska institutet,
Stockholm
niels.lynoe@ki.se

Prednisolon påverkar Waran-medicinering

farinbehandling från Chest (ett omfattande supplement publicerat vart fjärde år) nämner prednisolon som »... inte troligt att påverka...» [3].

Vid förfrågan hos sjuksköterskor och biomedicinsk analytiker vid tre av landets antikoagulantiamottagningar var det emellertid väl känt att höga doser prednisolon snabbt, inom något eller några dygn, kan höja PK-INR under pågående warfarinbehandling.

I Micromedex, Drugex (0811228) uttrycks: »The effect of concomitant administration of corticosteroids, such as prednisone, with oral anticoagulants is variable. Both enhanced and diminished anticoagulant effects have been reported ... coagulation parameters (prothrombin time, INR) should be monitored closely.« INR kan alltså sänkas även av prednisolon, vilket vi sett vid flera tillfällen. Mekanismen är okänd.

Det av Stading et al beskrivna fallet [2] gäller en dos på 10 mg prednisolon under tre månader. Vår patient hade en akut insatt högdos på 30 mg avtrappad till 5 mg under två veckor. Det visar att warfarindosen snabbt måste anpassas. Vi föreslår att Fass informerar om detta i kommande upplagor under både prednisolon och warfarin.

Sammanfattning. Vid antikoagulationsbehandling med warfarin kan INR höjas inom

något dygn vid samtidig tillförsel av prednisolon hos vissa patienter, men också (enligt knapphändiga uppgifter i litteraturen) sänkas hos andra. INR bör därför följas noggrant vid ändrad prednisolondosering.

Bo Holmström
institutionen för kliniska
vetenskaper, sektionen
för kirurgi, Danderyds sjukhus
Bo.Holmstrom@ki.se

Hans Johnsson
akutmottagningen, Karolinska
universitetssjukhuset, Solna

Viveka Frykman
institutionen för kliniska
vetenskaper, sektionen
för medicin, Danderyds sjukhus;
samtliga vid Karolinska institutet

REFERENSER

1. Ruud E, Holmström H, Bergan S, Wesenberg F. Oral anticoagulation with warfarin is significantly influenced by steroids and CYP2C9 polymorphisms in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2008;50:710-3.
2. Stading JA, Chock A, Faulkner MA, Skrabal MZ. Effects of prednisone on the International Normalized Ratio. *Am J Health Syst Pharm*. 2006;63:2354-6. Erratum in: *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64:130. Chock A [added]; Faulkner, MA [added]; Skrabal MZ [added].
3. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G; American College of Chest Physicians. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;133 (6 Suppl): 160S-98S.