

# Hur ska primärvården möta missbruksutredningens förslag?

Alkoholproblematik bör enligt missbruksutredningen betraktas som alla andra sjukdomar, såväl somatiska som psykiska. Förändringen kräver eftertanke och måste ske i nära samarbete med primärvårdens professioner.

Missbruksutredningen [1] konstaterar att missbruk i allt högre grad betraktas som ett sjukdomstillstånd och att allt fler medicinska behandlingar har utvecklats. Alkoholberoende är också en folksjukdom med prevalens likartad den för diabetes, men med en sjukdomsbörda som är mer än dubbelt så stor [2] (social problematik oräknad)!

Detta är några av utredningens argument för att landstingen och inte kommunerna bör ha huvudansvar för behandlingen, men att kommunerna ska behålla bl a socialt stöd. Förslaget får stöd i Temoundersökningar som visar att medborgarna helst söker hälso- och sjukvården och inte socialkontoret för att få råd om alkohol [3]. Går förslaget igenom lär det främst bli primärvården som får möta upp. Hur ska detta gå till?

En del fall av alkoholberoende är komplexa med psykiatrisk samsjuklighet och social problematik. Dessa personer söker sjukvården i stor utsträckning och formar tyvärr alltför ofta vår bild av vad alkoholberoende är. Dessa är



**SVEN WÅHLIN**  
distriktsläkare, Uppsala; expertuppdrag i alkohol- och drogprevention, Statens folkhälsoinstitut  
sven.wahlin@fhi.se



**SVEN ANDRÉASSON**  
professor, överläkare, Beroendecentrum Stockholm  
Sven.andreasson@sll.se

dock en liten minoritet och bör skötas av psykiatrin även fortsättningsvis, vid behov i samverkan med kommunen.

I andra ändan av spektret finns den stora gruppen med en lättare alkoholproblematik som inte ofta kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. De kan uppfylla några av de diagnostiska kriterierna i ICD-10 för skadligt bruk eller beroende. De arbetar i samma utsträckning som andra, identifierar sig inte som alkoholister, men kan tillstå för sig själva att de dricker för mycket. Kanske märker de att de tål mer än tidigare, att de ofta dricker mer än de tänkt sig och att alkoholen tar stor plats i deras liv.

Därmed har tre kriterier för alkoholberoende uppfyllts, och en beroendediagnos föreligger. Personen kan mycket väl få hjälp och stöd inom primärvården, och får det i stor utsträckning redan i dag. Inte sällan används termen riskbruk, även om personen uppfyller diagnoskriterier för skadligt bruk eller beroende.

Det finns minst 300 000 personer med alkoholberoende och lika många med ett skadligt bruk. Därtill kommer alla med en riskfylld konsumtion. Denna stora del av befolkningen ska nu få hjälp och råd av primärvården.

**Hur ska detta gå till?**

• **Resurser måste tillföras.** Många av dagens behandlare inom kommunerna bör ha en självklar plats i primärvården, på samma sätt som numera kuratorer och psykologer. Sjuksköterskor och distriktsläkare behöver defintivt bli fler för att möta kraven.

• **Kunskap behöver tillföras.** En erfarenhet från riskbruksprojektet (Folkhälsoinstitutet) är att vi generellt i vården har behov av mer kunskap om hur alkohol kan bidra till oli-



Foto: Colourbox

»Dags göra något åt alkoholen? Kontakta primärvården.«

ka sjukdomar. Det riskerar att uppfattas som moralkakor om vi inte själva förstår och tydligt kan förklara för patienten på vilket sätt även en »normal« alkoholkonsumtion kan försämra en sjukdom. Ofta saknas förståelse för hur stor den individuella variationen är. Inte alla får förhöjt blodtryck eller försämrad psoriasis av alkohol. Samtalskonsten är här lika viktig som faktakunskapen.

• **Behandlingar behöver stärkas.** Ett enstaka kort samtal om alkohol har väl styrkta effekter på konsumtionen i minst två år. Feedback med laboratorieprov är effektivt. Det behöver heller inte vara svårt för primärvårdens sjuksköterskor eller läkare att ge en mer systematisk rådgivning. För närvarande utvecklas en KBT-baserad behandlingsmodell för primärvård på mottagningen »Riddargatan 1« i Stockholm. Den består av fyra besök à 15 minuter och »hemläxor«. Läkemedel mot alkoholsug är också underanvända.

• **Hälsofrämjandet behöver stärkas.** Hälsofrämjande innebär en patientcentrerad, där patientens hälsoupplevelse är i centrum, inte samhällets krav på friskare befolkning. Detta behöver inte stå i motsättning, men kan göra det och riskerar då att upplevas som en storebrorsmentalitet. Att erbjuda hälsosamtal och hälsotest är dock inte detsamma som en uppifrån påbjuden allmän screening.

• **Patientrollen behöver stärkas.** Alla vill inte ha hjälp av landstinget eller ens ändra sina vanor. Levnadsvanor är ingen sjukdom. Men hur ska patienten kunna göra ett medvetet val utan kunskap? Kunskap om alkoholkonsumtionens risker och konsekvenser behövs. Till stor del är detta en angelägenhet för folkhälsopolitiken och Folkhälsoinstitutet. Webbaserade lösningar har här en plats, exempelvis <www.alkoholhjalpen.se>. Men vi i professionen kan inte stå utanför, utan bör ha kompetens att ge vår patient det beslutsstöd hon/han efterfrågar.

Alkoholproblematik bör enligt missbruksutredningens betraktas som alla andra sjukdomar, såväl somatiska som psykiska, där den största volymen hanteras inom primärvård och de komplicerade fallen inom specialistvården. Man kan tycka att det sannerligen är på tiden att denna folksjukdom inte särbehandlas! Och att medborgarna får hjälpen där de vill ha den och inte hänvisas till socialkontoret. Men förändringen kräver en hel del eftertanke och måste ske i nära samarbete med primärvårdens professioner.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

## REFERENSER

1. Missbruksutredningen. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret. SOU 2011:35. <http://www.regeringen.se/sb/d/14017/a/167105/>
2. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Andréasson S. Ny utvecklingsenhet för beroendevården i Stockholms län. Redovisning av kartläggning och förslag. Rapport 2010. Centrum för psykiatrforskning, Stockholms läns landsting.