

Behandling av alkoholberoende: dags att icke-specialister tar över

Den specialiserade vården når i huvudsak personer med svåra alkoholproblem. Majoriteten av de alkoholberoende når man inte, vilket kan bero på sjukvårdens begreppsapparat: många med alkoholberoende uppfattar sig inte som missbrukare.

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

I Sverige hade år 2009 19 procent av männen och 9 procent av kvinnorna en riskkonsumtion av alkohol. Med detta menas att männen hade en veckokonsumtion som översteg 14 glas och kvinnorna en som översteg 9 glas, eller att männen drack mer än 4 glas och kvinnorna mer än 3 glas vid ett och samma tillfälle mer än en gång i månaden [1]. Sammantaget innebär detta att ungefär en miljon personer i Sverige har en riskabel alkoholkonsumtion.

Även om nationella beräkningar saknas kan ungefärliga skattningar av alkoholmissbruk och alkoholberoende göras med ledning av tre regionala undersökningar där man direkt [2, 3] eller indirekt [4] tillämpat diagnoskriterier enligt det amerikanska psykiatriska sällskapets diagnosmanual »Diagnostic and statistical manual of mental disorders«, version 4 (DSM-IV). Prevalensen av alkoholmissbruk uppskattas till 4,5 procent av den vuxna befolkningen, medan alkoholberoende uppskattas till 4,1 procent. Uppräknat till nationell nivå skulle detta motsvara ca 300 000 med alkoholmissbruk och ca 300 000 med alkoholberoende (Figur 1).

Det stora flertalet av alla personer med alkoholproblem söker inte behandling för dessa. I Sverige har en aktuell studie funnit att mindre än 20 procent av dem som uppfyllde de diagnostiska kriterierna för alkoholberoende löste dem genom behandling [5]. I gruppen med mycket uttalade beroendetillstånd, med så gott som alla beroendekriterier uppfyllda, hade hälften fått hjälp genom behandlingsinsatser. Samma bild ses i en avhandling från Karolinska institutet. Kristina Berglund finner här i en intervjustudie av 367 socialt stabila män som ansåg sig ha alkoholproblem att majoriteten (70 procent) aldrig tidigare fått behandling för sina alkoholvanor [6].

Hur många som under det gångna året haft kontakt med missbruks- eller beroendevård i kommuner eller landsting på grund av alkoholproblem är inte lätt att beräkna. En indikation kan fås av data från Stockholms län, där 10 500 personer fått behandling för alkoholproblem i öppen eller sluten vård. Uppräknat till nationell nivå blir siffran ca 50 000, med hänsyn tagen till att alkoholproblem är vanligare i Stockholm men också att alla inte förekommer i landstingets värddatabas [7].

Även om en viss osäkerhet råder om dessa skattningar torde dock storleksordningen vara korrekt. I stora drag kan konstateras



Figur 1. Fördelningen av alkoholproblem på olika nivåer i Sverige.

teras att den specialiserade vården i huvudsak når personer med stor tyngd i sitt beroende, medan majoriteten av de alkoholberoende inte nås.

Preventionsparadoxen

Merparten av kostnaderna – för såväl sjukvården som samhället i stort – orsakas av den stora majoriteten problemdrickare som inte har de svåraste beroendetillstånden. Detta är innebörden av den sk preventionsparadoxen, ett begrepp som myntades av Kreitman 1986. Kreitman fann att merparten av de alkoholrelaterade skadorna återfanns inom den större gruppen högtkonsumenter med måttligt uttalade alkoholproblem, även om risken på individnivå var högre för den mindre gruppen med de största problemen [8].

Kreitmans resultat har sedan bekräftats i ett flertal studier. I en schweizisk studie från 2001 klargör dock Gmel et al att paradoxen i stor utsträckning förklaras av berusningsdrickande, dvs en stor grupp icke-beroende personer har ett berusningsmönster som står för merparten av de alkoholrelaterade

■ sammanfattat

Merparten av alla med alkoholberoende har begränsad problemtyngd i sitt beroende och är socialt välfungerande. För denna grupp är den nuvarande missbruks- och beroendevården i stor utsträckning oattraktiv. Det finns nu farmakologisk behandling, liksom kort och

effektiv samtalsbehandling som kan genomföras av icke-specialister. 70–80 procent av alla med alkoholberoende bör kunna få optimal behandling i primär- eller företagshälsovård; endast komplicerade fall behöver handläggas i specialistvården.

»För svensk del är uppgiften att nå de 950 000 personerna som dricker för mycket och där merparten av problemen inträffar.«

skadorna [9]. Också Poikolainen et al finner i en finsk studie från 2007 att betydligt fler dödsfall och vårdtillfällen på sjukhus med alkoholdiagnos inträffar i den större gruppen med mer begränsade alkoholproblem än i den lilla gruppen med de mest uttalade problemen [10]. Preventionsparadoxen är ett starkt argument för att bredda basen i behandlingen av alkoholproblem. För svensk del är uppgiften att nå de 950 000 personerna som dricker för mycket och där merparten av problemen inträffar.

Effektiv behandling finns

Senare års forskning har visat att flera effektiva behandlingsåtgärder finns för alkoholproblem. Mest kostnadseffektiva förefaller screening och kort rådgivning vid riskdrickande att vara [11]. I de nationella riktlinjerna för missbrukar- och beroendevården rekommenderar Socialstyrelsen att i första hand primärvården, företagshälsovården, akutmottagningarna och psykiatrin införlivar screening och kort rådgivning i sin verksamhet [12]. Detta förutsätter att resurser i form av personal och kompetensutveckling tillförs dessa verksamheter.

Utöver specialistinsatser, där flera har gott vetenskapligt stöd [13], finns enkla behandlingsprogram som kan genomföras av läkare och sjuksköterskor utan specialistkompetens inom beroendområdet [14, 15]. Därtill finns effektiva farmakologiska behandlingsprogram som också kan användas av läkare inom den allmänna hälso- och sjukvården och därmed bli tillgängliga för stora patientgrupper som annars inte nås av behandling [16]. Förutsättningar finns därför för ett förbättrat omhändertagande av människor med alkoholproblem, där dessa kan identifieras mer systematiskt inom den allmänna hälso- och sjukvården och där effektiva behandlingsinsatser också kan erbjudas för en stor andel av alla som visar sig ha ett alkoholberoende.

Frågan som dessa resultat väcker är hur missbrukar- eller beroendevården kan göras mer tillgänglig och attraktiv för hela sin målgrupp. Två delar är relativt okomplicerade. För det första står det klart att de svåraste beroendetillstånden, med social dysfunktion (tex försörjningsproblem, social iso-

lering, bostadslöshet) och med komplexa vårdbehov (tex psykiatriskt komplicerade tillstånd, neuropsykologiska störningar, kriminalitet), oftast kräver specialistinsatser. För det andra råder det enighet om att gruppen med riskbruk bör skötas av generalister inom den allmänna hälso- och sjukvården. Flertalet bedömare anser även att personer med skadligt bruk/missbruk utan beroende också bör kunna skötas av generalister. Vad som däremot varit oklart hittills är vem som bör och kan ta ansvar för personer med alkoholberoende men med väsentligen intakt social situation. Denna grupp beräknas vara omkring fem gånger större än gruppen med de svåraste beroendetillstånden.

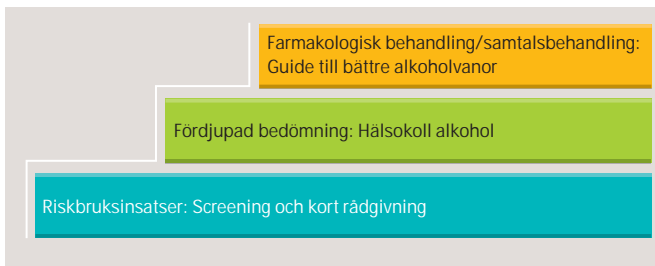
Vilken hjälp vill man ha?

För att få bättre förståelse av hur människor med omfattande alkoholvanor ser på sitt drickande och vilka föreställningar de har om olika former av vård och behandling pågår ett forskningsprojekt på Karolinska institutet. I en kvantitativ del har 9 000 slumpvis utvalda svenskar intervjuats och i en kvalitativ del har 94 personer med avancerade alkoholvanor deltagit i fokusgruppsamtal. Här redovisas några preliminära data från dessa undersökningar.

Telefonintervjuer. I samarbete med SoRAD (Stockholm center for social research on alcohol and drugs) telefonintervjuades 1 500 personer per månad i sex månader under 2010 om var de i första hand skulle rekommendera en närstående att söka hjälp om denne skulle få alkoholproblem. Av resultaten framgår att en övervägande del ser det som bäst att söka hjälp inom hälso- och sjukvården. 57 procent anger psykiatri eller specialiserad beroendevård, 19 procent företagshälsovården, 12 procent vårdcentralen, 5 procent socialtjänsten och 2 procent annat. 12 procent vet inte eller vill inte svara.

I fokusgrupperna, som rekryterades från den allmänna befolkningen, medverkade personer med AUDIT-poäng överstigande 18, vilket talar för betydande alkoholproblem (AUDIT = Alcohol use disorder identification test) [17]. Några representativa resultat av samtalen är följande:

- Man saknar en instans som man kan vända sig till. I fokusgrupperna klargjordes att även om man känner till var man kan få behandling för alkoholproblem hade så gott som ingen någon intention att uppsöka någon av dessa behandlingar. Man uppfattar att man befinner sig i en mellangrupp, mellan dem som dricker måttligt utan problem och dem som har grava alkoholproblem. Befintliga behandlingsal-



Figur 2. En trappstegsmodell för behandling av alkoholproblem. Följande steg ingår: 1. Situationsanpassad screening. Patienter med riskabla alkoholvanor erbjuds kort rådgivning. 2. För dem som fortsätter att dricka på en riskabel nivå, eller som från början bedöms ha mer omfattande alkoholproblem, erbjuds utvidgad bedömning och feedback. 3. På den tredje nivån erbjuds farmakologisk behandling eller behandling i form av 3–4 korta motiverande samtal, eller en kombination av dessa.

ternativ bedömdes rikta sig till personer med grava alkoholproblem.

- Många värjer sig mot vårdens begreppsapparat. Man uppfattar sig inte som missbrukare – även om man är medveten om att man har en hög alkoholkonsumtion. Även beroendebegreppet är svårsmält för många, särskilt bland de yngre deltagarna.
- Vården upplevs som krånglig och auktoritär. Man oroar sig för att hamna i ett byråkratiskt trask av remisser och journaler och att bli styrd och ställd med.
- För det stora flertalet deltagare var det naturligt att i första hand söka hjälp på Internet. I synnerhet för den yngre gruppen av unga vuxna var nätet och sociala medier en självklar instans, och man efterfrågade mer information här. Men även för de äldre var Internet en naturlig första instans. Man eftersöker professionell information, fristående från myndigheter.
- Många i fokusgrupperna, särskilt de något äldre, ansåg det naturligt att den befintliga vardagssjukvården, i första hand vårdcentraler och företagshälsovård, utnyttjades mer inom alkoholområdet. Man efterlyste samtal, talade om behovet av väckarklockor, att man behövde tankeställare. Samtidigt uttryckte man att läkare och annan vårdpersonal behövde mer hjälp och kunskap för att kunna hantera dessa frågor på ett mer målgruppsanpassat sätt. Det fanns en viss oro att bli etiketterad som missbrukare och behandlad därefter.

Missbruk och utanförskap

Den sista punkten ovan ska ses mot bakgrund av att det i Sverige fortfarande talas allmänt om missbruk och missbrukare. Frågan är varför man fortfarande väljer benämningar som den avsedda målgruppen uppfattar som stötande. Alkoholmissbruk förknippas med social marginalisering, allmänt armod, kriminalitet och psykiska avvikelser och bidrar till att alkoholproblem förblir dolda så länge som möjligt. Det finns många personer med alkoholberoende som kan tillstå att de har ett problem med alkohol men inte att de är missbrukare, och de vill inte beblanda sig med missbrukare. I sak kan konstateras att flertalet har mycket lite gemensamt med den grupp av socialt marginaliserade personer med vilka missbruksbegreppet är associerat. Deras drickande uppfyller moderna diagnoskriterier för alkoholberoende, men de har i flertalet fall god kontroll över sina liv. Med kunskap från modern socialpsykiatrisk forskning borde inte längre förutsättningarna för detta språkbruk finnas.

I Sverige har alltså av tradition behandlingsansvaret för alkoholproblem hamnat inom socialtjänsten, sannolikt i brist på insikt om att flertalet människor med alkoholproblem inte har sociala problem. Det preliminära resultatet från intervjuundersökningen talar för att detta inte motsvarar önskemålen från allmänheten, som till övervägande del föredrar att söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Den nuvarande ordningen har fått två konsekvenser: dels att det stora flertalet människor drar sig mer än vad som annars hade varit fallet för att söka hjälp, dels att erfarenheten av att behandla socialt integrerade och kompetenta personer med alkoholberoende är begränsad.

Att uppmärksamma riskabla alkoholvanor

Att så få personer med alkoholberoende får behandling för detta beror främst på att det stora flertalet med tillståndet inte identifierar sina alkoholvanor som behandlingskrävande. Bidragande till detta är de föreställningar flertalet har om dels alkohol, dels alkoholbehandling. En annan huvudförklaring är bristande rutiner inom hälso- och sjukvården för att uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor. En viktig iakttagelse från många års forskning inom detta område är att när någon form av systematisk screening för alkoholproblem genomförs identifieras betydligt fler riskdrickare [18, 19]. Kort rådgivning till dessa patienter är effektiv för att reducera konsumtionen och problemen relaterade till konsumtionen [11]. Patientstudier har genomgående visat att patienter är positiva till att alkoholfrågor, liksom frågor om andra levnadsvanor, tas upp i hälso- och sjukvården [20].

Alkoholscreening är likväl kontroversiell. Oro uttrycks för att screening kan skada patient-läkarrelationen och patienternas förtroende för vården [21, 22]. Detta understryker behovet av att anpassa screeningmetodiken så att sådana problem minimeras. I många fall är det uppenbart olämpligt att ta upp dessa frågor i kontakten med vården. Å andra sidan är det också uppenbart att relevant information om alkohol ofta inte efterfrågas, med suboptimal vård som resultat. Utmaningen för professionen är att finna former för screening som tar hänsyn till dessa olika perspektiv. Det handlar om att kombinera frågeformulär och datorprogram med korrekt anamnestagande när det är lämpligt och kliniskt motiverat. Utveckling av kvalitetssäkringsrutiner kan understödja båda dessa ansatser.

Alkoholscreening fyller en dubbel funktion. Dels kan högkonsumenter utan beroende erbjudas kort rådgivning för att reducera den generella hälsorisk som hög alkoholkonsumtion medför, dels kan personer med alkoholberoende identifieras och erbjudas behandling.

Behandling av alkoholberoende utanför specialistvården

De genomförda fokusgruppsamtalen talar främst för att två alternativ till den traditionella beroendevården behöver utvecklas: självhjälpsinriktad behandling på Internet och effektiva korta behandlingsmetoder inom generalistsjukvården.

Även om forskningen om Internetbaserad behandling för alkoholproblem är i sin linda finns ett antal lovande försök rapporterade på området. En del sådana försök har också gjorts på senare år i Sverige; mest känt är Alkoholhjälpens <www.alkoholhjalpen.se>, som för närvarande är föremål för en vetenskaplig utvärdering. Alkoholforskningen har sedan länge talat för att personer med låg eller måttlig grad av alkoholberoende har större nytta av självhjälpsmanualer än av terapeutiskt behandling; fem studier från 1980- och 1990-talet belägger detta [23–27]. På 2010-talet handlar självhjälpsmanualer i hög grad om Internetbaserat material.

Ett antal behandlingsinsatser som är optimala för denna

målgrupp kan genomföras i generalistvården. Dit hör enstaka rådgivande samtal baserade på en kort utredning [28], överlämnande av skriftligt självhjälpsmaterial [29] och 3–4 motivationsinriktade samtal [14]. Därtill finns effektiv farmakologisk behandling [16] med läkemedel som fortfarande är kraftigt underutnyttjade.

Baserat på befintlig forskning föreslås en modell för behandling av alkoholproblem som bygger på ett trappstegstänkande (Figur 2), där man initialt erbjuder kortare insatser, och i de fall det krävs erbjuder man mer omfattande insatser. Endast när mer omfattande problem föreligger bör patienter hänvisas till specialiserad beroendevård.

Det första trappsteget utgörs av screening och kort rådgivning. Detta är välbekant inom primär- och företagshälsovården. Vad som är nytt är de följande trappstegen. Dessa riktar sig till de patienter som kort rådgivning inte räcker till för men som inte är beredda att söka hjälp på beroendemottagningar. Här finns det ofta ett inslag av beroende. För denna grupp erbjuds i det andra trappsteget en form av hälsokontroll inriktad på alkohol. Denna består av ett antal test kombinerat med ett feedbacksamtal. Detta har visat sig hjälpa många patienter att själva kunna hantera sina alkoholproblem [28]. Det tredje trappsteget består av farmakologisk behandling som med fördel kan kombineras med tre korta motivationshöjande samtal. Insatserna på alla tre nivåerna kan kombineras med självhjälpsmanualer, skriftliga eller webbaserade.

Merparten, uppskattningsvis 70–80 procent av alla personer med alkoholberoende, bör kunna få optimal behandling genom denna behandlingsmodell. Därmed skulle ungefär samma proportioner mellan generalist- och specialistinsatser uppnås inom alkoholområdet som inom ett flertal andra medicinska områden där generalister handlägger den stora majoriteten av patienterna, medan endast de komplicerade fallen remitteras till specialister.

Konklusion: Dags att tänka utanför boxen

Det finns nu flera skäl att börja tänka utanför boxen inom beroendområdet. Den befintliga vården når inte fram till stora delar av sin målgrupp. Dels är målgruppen dåligt känd bland såväl behandlare som beslutsfattare inom området, dels används behandlingsmetoder som för många inte är tilltalande. En stor andel av de beroende finns i åldersgruppen 18–30 år. För denna åldersgrupp är den specialiserade beroendevården särskilt illa rustad.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Leifman H, Ramstedt M. Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004–2009. STAD-rapport 2009. Stockholm: STAD-sektionen, Centrum för psykiatrforskning.
2. Statens folkhälsoinstitut. Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner. Östersund; 2008. R 2008:22.
3. Damström-Thakker K. Data från PART-studien. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa; 2006.
4. Berglund M, Lindén-Boström M, Persson C. Prevalensen av alkoholsjukdomar i Sverige. En uppskattning med hjälp av AUDIT-C. PM till Missbruksutredningen; 2010.
5. Blomqvist J, Cunningham J, Wallander L, Collin L. Att förbättra sina dryckesvanor – om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. En rapport från projektet »Lösningar på alkoholproblem«. Stockholm: 2007. SoRAD-rapport 42.
6. Karolinska institutets folkhälsoakademi. Alkohol- och narkotikarelaterad vårdkonsumtion och dödlighet i olika åldersgrupper i Stockholms län 1998–2008. Rapport 2010:7.
7. Kreitman N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *Br J Addict.* 1986;81(3):353–63.
8. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.* 2007;28(3):7–30.
9. Berglund M, Thelander S, Jonsson E, editors. Treating alcohol and drug abuse – an evidence based review. Wiley – VDH; 2003.
10. Sobell MB, Sobell LC. Problem drinkers: guided self-change treatment. New York: Guilford Press; 1993.
11. Andréasson S, Hansagi H, Österlund B. Short-term treatment for alcohol problems: four vs one session. *Alcohol.* 2002;28: 57–62.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence; 1997.
13. Fleming MB. Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Research & Health.* 2004/2005;28:57–62. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh28-2/57-62.pdf>
14. Forsberg L, Ahlberg J, Möller M, Hjalmarson K, Andréasson S. Randomiserad studie av alkohol-screening på en kirurgisk akut-mottagning. Effektiv metod för att upptäcka riskabelt alkoholbruk – särskilt bland unga kvinnor. *Läkartidningen.* 2003;100: 1882–5.
15. 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(7369):870.
16. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addict Behav.* 1980; 5:13–24.
17. Miller WR, Griboskov CJ, Mortell RL. Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *Int J Addict.* 1981;16:1247–54.
18. Miller WR. Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychol Addict Behav.* 1990;4:82–90.
19. Miller WR, Sovereign RG, Kreege B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy.* 1988;16:251–68.
20. Apodaca TR, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Clin Psychol.* 2003;59(3):