

Alkohol i standardglas stör patientmötet

Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor kommer inte att fungera i allmänläkarnas kliniska verklighet när det gäller riskbruk av alkohol. Riktlinjerna måste ändras innan de sätts i händerna på landstingens lednings- och styrfunktioner, anser Jonas Sjögren.

Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor [1] är väsentligen ett redskap för landstingen att leda och styra verksamheten. Inriktningen är att ett och samma sätt ska tillämpas på alla patienter: standardiserad utfrågning, mekanisk registrering, rådgivning och programmatisk uppföljning av sk indikatorer [2].

Inom området riskbruk av alkohol är det särskilt tydligt att Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor inte kommer att fungera i allmänläkarnas kliniska verklighet.

Socialstyrelsen har gett det komplexa riskbruksbegreppet en endimensionell kvantitativ definition och framtvingar därmed frågor till patienten om exakta mängder av förbrukad alkohol. Riktlinjerna bygger på att frågan »Hur många standardglas dricker du per vecka?« ska skilja ut riskbrukare av alkohol. De personer som hamnar ovanför gränsen – 14 standardglas för män, 9 för kvinnor – ska utgöra målgrupp för intervention. Denna ska i första hand ske genom »rådgivning utan särskild uppföljning«. Indikator för framgångsrikt arbete utgörs av andelen riskbrukare som efter 6–12 månader hamnar under gränsen för riskbruk.

PRIMA familjeläkarmottagning i Västerås har, genom ett påbud från landstinget och i överensstämmelse med Socialstyrelsens riktlinjer, låtit patienter i åldrarna 20–75 år fylla i ett frågeformulär, »Fem frågor om din hälsa«. Man tillämpade ett screeningförfarande under en avgränsad period och fick svar

om alkoholkonsumtionen av 358 personer. En sammanställning visar att ingen kvinna svarade att de drack 9 glas per vecka och att fyra män angav 15, 15, 19 respektive 20 standardglas/vecka. För två av dem var detta ingen nyhet. Det var alltså totalt 1,1 procent som angav att de drack över »riskgränsen«.

I normalbefolkningen räknar man med att 15–20 procent ligger över gränsen för skadlig alkoholkonsumtion. Det betyder att systematiska frågor om alkoholkonsumtion i detta fall gav 90–95 procent falskt negativa svar. Utfallet överensstämmer med beprövad erfarenhet i primärvården. Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsens experter inte är medvetna om att det vetenskapliga underlaget inte kan användas för vare sig selektion, intervention eller uppföljning av riskbruk i allmänläkarnas kliniska verklighet [3].

Det finns flera anledningar till att svaret på frågan om veckokonsumtion har låg validitet.

- Den skam och skuld som omger hög alkoholkonsumtion gör att svaret är otillförlitligt.
- Även om patienten är helt uppriktig så är det inte lätt att ge ett korrekt svar eftersom det är svårt att beräkna standardglas.
- Konsumtionen varierar betydligt över tid för många individer.
- Vetskapen om att uppgiften om veckoförbrukning registreras, med möjlighet för ett stort antal människor, inklusive försäkringsbolag, att ta del av uppgiften, gör att många undviker att ge ett uppriktigt svar på frågan av integritetsskäl.

Det är olämpligt att definiera riskbruk i form av standardglas per vecka av följande skäl:



Foto: Colourbox

Att räkna standardglas och att mäta och jämföra med riktlinjernas indikatorer står i direkt motsättning till patientcentring och stör patientmötet. Konsten är att skapa en tillitsfull relation och att ta upp en diskussion om alkohol där det har relevans för patientens symtom, menar Jonas Sjögren.

- Gränserna för skadlighet är godtyckliga.
- Gränserna varierar mellan olika individer.
- Gränserna varierar för olika symtom och för olika sjukdomar.
- En veckokonsumtion om 14 standardglas/vecka för en man motsvarar en halv flaska vin per dag om man hoppar över måndagar. För många är det en alltför hög konsumtion med risk för skador, toleransutveckling och på sikt risk för beroende.
- Ett angivande av en »riskfri« övre gräns kan inspirera till ett ökat drickande hos relativa lågkonsumenter.
- Om man envisas med att pressa patienten på exakta siffror så riskeras relationen och tilliten i patientmötet – faktorer som är avgörande för att kunna ge patienterna en god vård.

Det är uppenbart att en stor majoritet av befolkningen inte vill svara på frågan om veckokonsumtion. Följaktligen utgör själva utfrågningen ett etiskt dilemma [4]. I vems intresse frågar jag? I vems intresse och med vilken rätt registrerar jag uppgiften i ett datasystem? Med vilken rätt ställer jag följd-



JONAS SJÖGREEN
allmänläkare, Västerås
Jonas.sjogreen@ptj.se

frågor till de många patienter som inte tycker att en diskussion om alkohol behövs vid den aktuella konsultationen?

Det är en stor utmaning att utveckla färdighet i en så komplex uppgift som att inspirera människor att förändra sina levnadsvanor. En väg till framgång är att utveckla konsultationskonsten och att ur en bred arsenal av tillvägagångssätt och metoder noggrant välja ut det sätt som kan passa den enskilda individen. Konsten är att skapa en tillitsfull relation och att ta upp en diskussion om alkohol där det har relevans för patientens symtom. I första hand kan en sakupplysning medvetandegöra och

väcka patientens intresse för att sedan i allians hitta en väg som stämmer överens med patientens egna värderingar och livssituation. Kort sagt utgör ett patientcentrerat arbetssätt en förutsättning för att få ett bra resultat i patientmötet [5].

Att räkna standardglas och att mäta och jämföra med riktlinjernas indikatorer står i direkt motsättning till patientcentrering och stör patientmötet.

Det är angeläget att ändra riktlinjernas definitioner och mätmetoder innan de sätts i händerna på landstingens lednings- och styrfunktioner.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Indikatorer. Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Sjögreen J. Riktlinjer om levnadsvanor står i strid med beprövad erfarenhet. *Läkartidningen*. 2010;107:3298-9.
4. Canivet C. Uppgifter om levnadsvanor kommer att journalföras och sparas i dataregister. *Läkartidningen*. 2012;109:196.
5. Wählin S. Dagens sjukvård vinner på ökad patientcentrering. Fokus på patienten ger effektiv vård – men paternalism har också en plats. *Läkartidningen*. 2010;107:2726-8.

apropå! Studier om nyttan av måttlig alkoholkonsumtion

Vem kan man lita på?

Det har gjorts ett stort antal epidemiologiska studier och flera metaanalyser som mer eller mindre tydligt, men ganska samstämmigt, talat för att en måttlig alkoholkonsumtion kan ha en skyddande effekt mot såväl hjärt-kärlsjukdom som diabetes jämfört med nykterhet [1-3]. Dessa studier har dock kritiserats för systematiska fel. Framför allt för att man inte tagit hänsyn till störfaktorer, till exempel andra levnadsvanor och sociala förhållanden [4].

Förra året publicerades emellertid en omfattande systematisk översyn och metaanalys i *BMJ*, som menade att kunskapsläget nu är så entydigt att alkoholens positiva hälsoeffekter inte längre kunde ifrågasättas [5]. Artikeln inkluderar 84 prospektiva studier rörande alkoholens skyddseffekt beträffande sex olika aspekter av kardiovaskulär sjukdom och död.

Studiens resultat är att de olika riskerna sänks med 14–25 procent för kohorten som dricker 1–2 standardglas per dag jämfört med nyktra, men att riskerna ökar vid konsumtion däröver. Studien beaktade inte andra, negativa hälso-

effekter av alkoholkonsumtionen.

Nyligen publicerades en analys av denna metaanalys som, utifrån metodologiska brister i de ingående studierna, åter ifrågasätter slutsatsen om alkoholens hjärt-kärlskyddande effekter [6]. Man granskade alla 84 studier och exkluderade dem med metodologiska brister.

Först konstaterades att 17 av de 84 publikationerna var dubblettpublikationer. Sedan exkluderades de som inte kontrollerat för rökning eller hälsotillstånd (fyra studier), endast beaktat alkoholkonsumtionen de senaste 30 dagarna (fyra studier), endast beaktat totalkonsumtionen och inte om det var 1–2 glas per dag eller t ex 14 glas på lördag. Vidare exkluderades studier där nyktra före detta alkoholkonsumenter (t ex »nyktra alkoholister«) ingick i den nyktra gruppen (32 studier).

Slutligen uteslöts studier där begreppet »dricker sporadiskt« var oklart definierat och där dessa personer antingen ingick i den nyktra gruppen (sju studier) eller räknades som måttlighetsdrickare (åtta studier).

Återstod två studier med



Foto: Colourbox

En metaanalys ansågs visa att alkoholens hjärt-kärlskyddande effekter nu var så pass bevisade att inga ytterligare studier skulle behövs. En kritisk analys av metaanalysen tycks dock inte ge stöd för denna djärva slutsats.

god design. Vad visade då de? Jo, en protektiv effekt fanns i vissa variabler, men stöd saknades för metaanalysens entydiga resultat.

Resultaten av den kritiska granskningen av metaanalysen kontrasterar starkt mot metaanalysens slutsats om skyddande effekter och den modiga slutsatsen att resultaten nu är så klarlagda att ytterligare studier knappast är behövliga på området!

Diskussionen belyser också att det finns inneboende begränsningar med observationsstudier. Det är dock svårast tänkt att man i denna systematiska översikt inkluderat dubblettstudier och inte kontrollerat för uppenbara störfaktorer (confound-

ing). Å andra sidan borde den kritiska granskningen kanske ha övervägt en viktning av de ingående studiernas styrkor och svagheter snarare än denna dikotoma inklusion/exklusion?

Så: Vad vet vi? Vem kan man lita på?

Sven Wählin
distriktsläkare, Uppsala;
överläkare, Beroendecentrum,
Stockholm
sven.wahlin@sll.se
twitter: @svenwahlin

REFERENSER

1. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, et al. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*. 2000;95:1505-23.
2. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, et al. Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*. 2002;105:2836-44.
3. Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T, et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addict Res Theory*. 2006;14:101-32.
4. Ronsley R, Brien S, Turner B, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d671.
5. Stockwell T, Greer A, Fillmore K, et al. How good is science? *BMJ*. 2012;344:e2276.

läs mer Fullständig referenslista *Läkartidningen*.se