

Att upptäcka och behandla alkoholproblem inom primärvården

KAIJA SEPPÄ

Primärvården möter patienter med alkoholproblem i alkoholrelaterade akutsituationer och när den psykiska eller somatiska hälsan sviktar som följd av drickandet. En större grupp utgörs av patienter som dricker riskabla mängder alkohol men som ännu inte har tagit skada av det. För att förebygga och behandla alkoholproblem finns det många interventioner med god vetenskaplig evidens, och som också är lämpliga som verktyg för primärvården. Därför bör man kunna upptäcka alkoholproblem som ligger bakom besöksorsaken, och erbjuda riskkonsumenter kort rådgivning samt motivera beroende patienter till läkemedels- och psykosocial behandling.

Inledning

När alkoholkonsumtionen är så stor att hälsan sätts på spel eller det redan kan konstateras hälsomässiga olägenheter, kan alkoholkonsumtionen ses som ett problem ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. Gränserna för riskkonsumtion (konsumtion som ger hälsorisker) grundar sig på vetenskaplig evidens (1). För kvinnor är riskgränsen 16 standardglas i veckan eller minst fem standardglas vid ett tillfälle varje vecka. Motsvarande gränser för män är 24 respektive sju glas. När konsumtionen överstiger dessa gränser utan att det har uppkommit skadeverkningar talar man om riskkonsumtion. Om skador har uppkommit utan att kriterierna för beroende uppfylls, är det frågan om skadlig konsumtion. Beroende kräver att de diagnostiska kriterierna uppfylls (2).

Det har uppskattats att det finns åtminstone 500 000 riskkonsumenter av alkohol i vårt land, men riskkonsumtion ger inte nödvändigtvis alltid skador. Eftersom dagens medicinska vetenskap inte har metoder att identifiera riskgrupper, gäller den teoretiska skaderisken alla dem som konsumerar över riskgränserna.

Problemkonsumtion kan ge varierande symptom som föranleder kontakter med hälso- och sjukvården. Av vuxna kvinnor på en läkarmottagning hör cirka var tionde och av männen var femte till denna grupp (3, 4). Dessa patienter skäms för sitt problem och undviker att diskutera det. Det ingår i läkarens yrkeskunskap

att upptäcka problemkonsumtion av alkohol bakom det breda spektret av symptom, att motivera till förändring och att inleda behandlingen, antingen själv eller genom att konsultera specialister på området (Tabell I). Det är också viktigt att ordna med uppföljning, precis som man gör vid andra kroniska folksjukdomar.

Att upptäcka problemet

Alkohol finns så ofta i bakgrunden till patientens problem att en kartläggning av alkoholbruket bör ingå i god behandling av alla patienter. I vårdrelationen är det bra att ta upp alkoholdiskussionen på nytt med några års mellanrum, eller oftare om det finns speciella skäl att anta att konsumtionen har ökat (Tabell II).

FÖRFATTAREN

MKD **Kaija Seppä** är specialistläkare i allmän medicin med specialkompetens i addiktionsmedicin. Professor i addiktionsmedicin vid Tammerfors universitet, bitjänst som överläkare på psykiatriska kliniken vid Tammerfors universitetssjukhus och docent i alkoholsjukdomar vid Helsingfors universitet. Ordförande för specialkompetensarbetsgruppen för addiktionsmedicin.

Tabell I. Skicklighetskriterier för läkare som behandlar alkoholproblem i primärvården

FAKTAKUNSKAP

- lagstiftningen (barnskyddslagen, mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård)
- alkoholbrukets epidemiologi
- hälsorisker orsakade av alkohol
- vårdorganisationen

FÖRSTÅELSE

- vilken roll egna attityder och egen alkoholanvändning spelar för vårdrelationen
- vårdrelationens betydelse för den alkoholberoende patientens tillfrisknande
- betydelsen av multiprofessionellt samarbete för den alkoholberoende patientens tillfriskningsprocess

KOMPETENS

- kartlägga alkoholkonsumtion (intervju, frågeformulär, laboratorieprov)
- ge kort rådgivning
- diagnostisera alkoholkomplikationer
- ställa beroendediagnos
- motivera till behandling och hänvisa till specialtjänster vid rätt tidpunkt (också vårdhänvisning inom företagshälsovården) samt till den specialiserade sjukvården
- ordna avgiftning och behandling av lindrig förgiftning
- genomföra disulfiram- och naltrexonbehandling
- beakta alkoholbruk i särskilda situationer (bedömning av körduglighet, olika slags intyg)

Tabell II. Situationer när det finns anledning att utreda alkoholbruket inom primärvården

- Grundläggande uppgifter om alkoholbruket av alla patienter som kommer till tidsbeställningsmottagningen (med några års intervall)
- Hälsokontroller (till exempel körkortsintyg, anställningsansökan, kontroller inom företagshälsovården)
- Särskilda situationer där man genast bör fråga
 - trauma
 - upprepad begäran om kortare sjukskrivningar
 - depression, ångest eller sömnlöshet
 - sexuella störningar
 - högt blodtryck
 - förmaksflimmer
 - diffusa magbesvär
 - störningar i minnet, balansen eller känslan i extremiteterna
 - förhöjt MCV eller S-GT-värde
 - tidigare uppgift om alkoholproblem
 - stora förändringar i livssituationen

Tabell III. Att känna igen riskkonsumtion av alkohol samt riskgränserna

Öppen fråga (utan möjlighet till ja/nej-svar)

"Hur använder ni alkohol?" (enligt dryckessort; också mellanöl och cider)
(för män > 24 glas i veckan eller > 7 glas per gång i veckan)
(för kvinnor > 16 glas i veckan eller > 5 glas per gång i veckan)

Följdfrågor

"När använde ni senast alkohol?" (enligt dryckessort?)
"Hur mycket drack ni då och är det så mycket som ni vanligen dricker?"
"Hur ofta dricker ni er berusad?"
"Hur länge har ni haft dessa alkoholvanor?"

Vid behov alltefter situationen AUDIT-formuläret

Hela formuläret (män > 8 poäng; kvinnor > 6 poäng) eller
AUDIT-C = de tre första frågorna (män > 6; kvinnor > 5 poäng)

Vid behov alltefter situationen

S-CDT och S-GT

Diagnostiska metoder för att utreda riskkonsumtion är intervju, strukturerade frågeformulär och laboratorieprov (Tabell III). Intervjun rekommenderas i första hand, eftersom ett öppet samtal också medverkar till att en god vårdrelation utvecklas. Som hjälpmedel kan man använda strukturerade frågeformulär. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Tabell IV) identifierar mer än 80 procent av problemkonsumenterna (5, 6). Man kan ordna det så att AUDIT fylls i före mottagningen. AUDIT-C (Tabell IV) omfattar de tre första av de tio frågorna i AUDIT, och den har i praktiken visat sig vara lika bra på att upptäcka alkoholproblem som AUDIT (7). Om riskgränserna i den korta versionen överskrids, är nästa steg att fylla i hela AUDIT för att få en noggrannare bild och som ett sätt att inleda diskussionen.

Laboratorieproven glutamyltransferas i serum (GT), kolhydratfattigt transferrin (CDT) och erytrocyternas medelvolum (MCV) är mindre effektiva än intervju och frågeformulär (8). MCV och GT undersöks vanligen på andra indikationer än för att upptäcka alkoholkonsumtion. I sådana fall måste man komma ihåg problemkonsumtion av alkohol om värdena är förhöjda. Använda vart för sig upptäcker MCV, GT och CDT mindre än hälften av riskkonsumenterna, och också när de används tillsammans (då kriteriet är att minst ett av proven är avvikande) upptäcker de bara ca 70 procent. Man måste beakta att ca 30 procent av positiva MCV- och GT-fynd inte kan förklaras med problemkonsumtion av alkohol. Närmare utredning bör göras om värdena är speciellt höga eller om de inte normaliseras trots minskat drickande eller om ett högt MCV-värde förekommer i samband med anemi. Innan laboratorieproven tas är det bäst att berätta för patienten varför de tas.

Att motivera till förändring

Det är ofta en långsam process att utveckla vilja till förändring. Inom primärvården har man hjälp av långvarig vårdrelation. Också vid ett kort besök på mottagningen kan man kartlägga hur stark motivationen är genom att till exempel fråga: "Har ni tänkt minska ert drickande?". Svaret kan vara absolut nekande, tveksamt eller jakande. Ibland kan patienten berätta att han eller hon redan har försökt minska sitt drickande. Man talar om olika förändringsstadier: förbegrundande, begrundande och händelse (9, 10). Om patienten befinner sig i händelsestadiet inleds behandlingen. I det begrundande stadiet ger man information om nyttan av förändring

och patienten uppmanas till att begrunda saken genom att man ger skriftligt material om alkoholens inverkan på hälsan. Om patienten befinner sig i det förbegrundande stadiet behandlar man de besvär och symtom som är orsaken till besöket. I en god vårdrelation kan alkohol tas upp till diskussion senare.

Behandla riskkonsumenter med kort rådgivning

Man kan välja att ge kort rådgivning (Tabell V) om riskgränserna överskrids men kriterierna på beroende inte uppfylls och patienten är samarbetsvillig. Det finns god vetenskaplig evidens för effekten av rådgivning som ställs i relation till patientens symtom (8, 11, 12). Som följd av kort rådgivning övergår ca 10 procent av patienterna till måttlig konsumtion eller slutar dricka. Behandlingseffekten kvarstår i minst ett till två år (8).

Kort rådgivning kan lätt integreras i ett vanligt mottagningsbesök, eftersom den vanligen inte tar mer än 5–15 minuter i anspråk. Det är viktigt med en lyssnande och öppen atmosfär fri från moraliserande. Det mest centrala innehållet i kort rådgivning är att diskutera hur mycket alkohol patienten använder och hur det eventuellt inverkar på symtomen. Det är önskvärt att patienten själv ställer upp ett realistiskt mål för minskad konsumtion och funderar på om han eller hon bör minska antalet konsumtionsfall eller mängden alkohol per gång. Nu för tiden finns det bra stödmaterial om nyttan med att dricka mindre och få kontroll över drickandet (till exempel broschyren *Mindre ger mer* från Institutet för hälsa och välfärd eller <http://www.paihdelinkki.fi/sjalvhuja>). Många patienter har också hjälp av en dryckesdagbok. Man kan komma överens om kontrollbesök från fall till fall. Där kan man ta reda på hur det står till med det symtom som var orsaken till det ursprungliga besöket och om minimimålet har uppnåtts. Antalet kontrollbesök kan kopplas till hur symtomet kontrolleras samt till patientens motivation och problemets svårighetsgrad. Vanligen görs två till fyra kontrollbesök.

Behandlingsåtgärder vid beroendeproblem

Akut alkoholförgiftning

Vid jourarbete kan det uppstå problem när en berusad patient är medvetlös. Det är viktigt att göra en god klinisk status för att utesluta trauma och andra akuta tillstånd, med beaktande av att alkohol är en effektiv

Tabell IV. Frågeformuläret AUDIT ((Alcohol Use Disorders Identification Test, Saunders et al 1993), där de tre första frågorna utgör formuläret AUDIT-C (inringat i tabellen).

<p>1. Hur ofta dricker du alkohol? Försök ta med också de gånger när du drack bara små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller en skvätt vin.</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. En gång i månaden eller mer sällan</p> <p>2. 2–4 gånger i månaden</p> <p>3. 2–3 gånger i veckan</p> <p>4. 4 gånger i veckan eller oftare</p> <p>2. Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?</p> <p>0. 1–2 glas</p> <p>1. 3–4 glas</p> <p>2. 5–6 glas</p> <p>3. 7–9 glas</p> <p>4. 10 eller fler</p> <p>ETT glas är: <i>en flaska mellanöl eller cider ett glas (12 cl) svagt vin ett litet glas (8 cl) starkt vin en restaurantdos (4 cl) starksprit</i></p> <p>3. Hur ofta dricker du sex sådana portioner eller mer vid samma tillfälle?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mer sällan än en gång i månaden</p> <p>2. Varje månad</p> <p>3. Varje vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan varje dag</p>	<p>5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mer sällan än en gång i månaden</p> <p>2. Varje månad</p> <p>3. Varje vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan varje dag</p> <p>6. Hur ofta under det senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mer sällan än en gång i månaden</p> <p>2. Varje månad</p> <p>3. Varje vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan varje dag</p> <p>7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebäelser på grund av ditt drickande?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mer sällan än en gång i månaden</p> <p>2. Varje månad</p> <p>3. Varje vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan varje dag</p> <p>8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mer sällan än en gång i månaden</p> <p>2. Varje månad</p> <p>3. Varje vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan varje dag</p>
<p>4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?</p> <p>0. Aldrig</p> <p>1. Mer sällan än en gång i månaden</p> <p>2. Varje månad</p> <p>3. Varje vecka</p> <p>4. Dagligen eller nästan varje dag</p>	<p>9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?</p> <p>0. Nej</p> <p>2. Ja, men inte under det gångna året</p> <p>4. Ja, under det gångna året</p> <p>10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande och antytt att du borde minska på det?</p> <p>0. Nej</p> <p>2. Ja, men inte under det gångna året</p> <p>4. Ja, under det gångna året</p>

smärtmedicin. Det finns också anledning att ta reda på patientens eventuella sjukdomar via sjukjournalen eller av en ledsagare, om det är möjligt. Tänk på att det kan handla om blandmissbruk. Förutom den kliniska undersökningen (som innefattar bedömning av medvetandenivån) ska man mäta alkoholhalten i utandningsluften. Om medvetlösheten är ytlig, är alkoholhalten vanligen under tre promille och man kan följa situationen på hälsovårdscentralen. Medicinskt kol används inte och magsäckssköljning utförs endast om man misstänker läkemedelsintoxikation (8).

Var extra observant på eventuellt komplicerande tillstånd om det finns en klar diskrepans mellan alkoholhalten och patientens kliniska tillstånd. Om alkoholhalten är över tre promille ska åtminstone blodglukos och elektrolyter undersökas. Patienten ska behandlas inom den specialiserade sjukvården om alkoholförgiftningen kompliceras av trauma, infektion eller en svår störning i socker- eller elektrolytbalansen eller om han eller hon är djupt medvetlös. Detta gäller också om medvetlösheten är ytlig men fördjupas under uppföljningen eller om den inte lättar inom några timmar.

Avgiftning

Avgiftning behövs vanligen vid beroende och vid flera veckors drickande. De lindrigaste abstinenssymtomen kräver ingen läkemedelsbehandling, men i de svåraste fallen kan det vara frågan om ett livshotande tillstånd som kräver skyndsamma åtgärder och sjukhusvård. Graden av abstinenssymtom kan testas till exempel med frågeformuläret CIWA-Ar (8). Om poängtalet är under 10, klarar sig patienten vanligen med vila och riklig vätsketillförsel samt vid behov med symptomatisk medicinering (till exempel värk- och magmediciner). Lugnande medel och sömnmedicinering är påkallade om poängtalet är 10–20. Läkemedelsbehandlingen kan också ordnas polikliniskt om patientens hemförhållanden tillåter det. Lämplig medicinering vid avgiftning i öppen vård är klor-diazeoprid (25–50 mg x 2–4) i minskande portioner i tre till fem dygn. Karbamazepin kan användas hos patienter som tidigare har haft kramper i samband med avvänjning. Följ upp situationen, och det rekommenderas att patienten avhämtar läkemedlen dagligen på behandlingsstället. Då CIWA-Ar-poängen är över 20 behövs behandling i slutet vård och ofta diazepamsaturering. Detta kan också ordnas på hälsovårdscentralens vårdavdelning. Kraftig desorientering och sänkt medvetandenivå kräver intensivbehandling inom den specialiserade sjukvården, ibland rentav mot patientens vilja.

Många alkoholberoende patienter har länge använt lugnande mediciner. I sådana fall kan det vara nödvändigt med stora doser vid avgiftningen, och man bör inte sätta ut medicineringen för snabbt. Avvänjning från lugnande mediciner bör planeras in till tiden efter alkoholavgiftningen, och man bör reservera tillräckligt med tid för avvänjningen. I praktiken sker avvänjningen ofta på sjukhus.

Läkemedelsbehandling

Efter avgiftningen bör det övervägas vilket stöd patienten behöver för att i fortsättningen vara nykter. Också patienter som har uppnått måttligt drickande med hjälp av kort rådgivning behöver i vissa situationer stöd för att klara sig utan återfall. Om vårdrelationen i övrigt är fungerande, kan en läkare inom primärvården i sådana fall sätta in läkemedelsbehandling (Tabell V). Psykosocial behandling är grunden för läkemedelsbehandlingen (8). Ofta vägrar patienten emellertid att låta sig skickas till specialbehandlingsenheter där sådan behandling är tillgänglig. Detta är ingen grund för att vägra ordinera läkemedel, förutsatt att uppföljningen av läkemedelsbehandlingen ordnas på behörigt sätt. Man kan informera patienten om olika gruppjänster, som till exempel kamratstödet inom AA, socialbyråns tjänster och kyrkans samtalsjänst.

Disulfiram hämmar alkoholmetabolismen så att acetaldehyd ansamlas i kroppen. Detta gör att drickandet (och till och med rakvatten och parfym som innehåller alkohol) ger obehagliga, ibland till och med livsfarliga symptom inom några dygn efter intaget av läkemedlet. Disulfirambehandling är till god hjälp för vissa alkoholister (13, 14), men bara under övervakning (8). Medicineringen bör inledas i samförstånd med patienten och den bör skraddarsys enligt patientens individuella behov, med dosering antingen 400 mg två gånger i veckan eller 200 mg dagligen (Tabell V). Det har konstaterats att det inte frigörs tillräckligt stora mängder läkemedel från subkutana kapslar för att ge en farmakologisk verkan (8). På grund av risken för en sällsynt toxisk leverskada bör patientens levervärden (transaminaser och bilirubin) kontrolleras före behandlingen och dessutom den första månaden med två veckors och i fortsättningen med tre till sex månaders intervall.

Tabell V. Terapeutiska åtgärder inom primärvården för att behandla patienter med alkoholproblem

Åtgärd	Innehåll	Målgrupp
Kort rådgivning	Klarläggande av konsumtionsnivån Skriftligt material Symtomriktad rådgivning Några kontrollbesök	Riskkonsumtion och skadlig konsumtion
Disulfiram	Övervakad behandling 200 mg x1 eller 400 mg 2 ggr/vecka	Beroende och skadligt bruk
Naltrexonbehandling	Uppföljning 50 mg x1, efter det strategiskt före planerat drickande	Beroende och skadligt bruk

Naltrexon dämpar dryckesbegäret hos en del alkoholister med resultatet att antalet nyktra dagar ökar och återfall förhindras (15–18). Det är motiverat att testa naltrexonbehandling hos alkoholpatienter oftare än det görs nu (Tabell V). De som känner att dryckesbegäret minskar kan använda läkemedlet vid behov före risksituationer. Naltrexonbehandling bör kombineras med uppföljning på mottagning, på hälsovårdscentral eller inom företagshälsovården efter överenskommelse.

Handläggning av helhetsituationen

Alkoholberoende är förknippat med större psykisk och somatisk samsjuklighet än hos en standardpopulation. Därför bör det allmänna hälsotillståndet tidvis undersökas ordentligt (19); detta är speciellt viktigt när man bedömer arbetsförmågan. Riklig alkoholkonsumtion ökar incidensen för flera cancerformer, främjar utvecklingen av demens och minskar den kognitiva förmågan. Depression och ångest är vanliga, men också psykiska störningar på psykosnivå förekommer. Om depressionen håller i sig mer än en månad efter avgiftningen kan antidepressiv läkemedelsbehandling komma i fråga.

Läkaren får inte orsaka iatrogena skador hos sin patient. Därför bör patienter med beroendepotential ordinerats lugnande mediciner med stor försiktighet. Dessa beslut är dock individuella: en del alkoholister har klarat av sina problem och blivit arbetsföra medan de använder regelbunden bensodiazepinmedicinering enligt ordination. I dessa situationer är det bra att komma ihåg möjligheten att konsultera psykiater och att använda apoteksavtal för att minimera missbruk. Man bör också mer aktivt erbjuda professionell hjälp när personer med alkoholberoende är rökare (20).

Anteckningarna i sjukjournalen om patienter med alkoholproblem ska vara korrekta. De objektiva fynden (poängtal i AUDIT, konsumtionsmängder som patienten uppger, given miniintervention, förskrivna recept) ska bokföras. Om en sjukskrivning beror på problembruk av alkohol ska också denna diagnos antecknas på intyget.

Samarbete

Alkoholberoende är en kronisk sjukdom, som ska kontrolleras på samma sätt som andra folksjukdomar inom primärvården, exempelvis diabetes och kranskärlssjukdom. Då man

överväger specialistläkarkonsultation gäller samma grundprinciper. Svåra somatiska eller psykiska komplikationer och till exempel redan det första alkoholepileptiska anfallet kräver att specialistläkare inom området konsulteras.

Primärvårdsläkare bör skaffa åtminstone grundläggande kunskaper i motiverande intervju. Kunskaperna är till nytta inte bara vid alkoholberoende utan också mer allmänt inom patientvården. Faktum är att alkoholberoende patienter ofta länge, ibland hela sitt liv, undviker missbrukarvårdens specialtjänster och står under behandling inom primärvården. Speciellt i sådana fall är sådana kunskaper i terapi till nytta. Vid svåra beroendeproblem kan A-klinikerna och de psykiatriska poliklinikerna vara konsultations- och vårdenheter. Längre rehabiliteringsperioder kräver betalningsförbindelse, vilket förutsätter beslut av kommunens socialförvaltning. Om patienten förutom alkoholproblemen också har en psykisk sjukdom kan det vara till hjälp att konsultera en mentalvårdsstation. Svåra psykiska sjukdomar hör till den specialiserade psykiatriska sjukvården. Patienter med alkoholberoende får ofta hjälp av kamratstödsgrupper som AA eller A-gillen.

Det är en krävande uppgift att bedöma arbetsförmågan hos en patient med alkoholberoende. En allmän- eller företagsläkare kan skriva ett utlåtande med stöd av specialistkonsultationer. En noggrann anamnes med avseende på arbete och behandling samt grundlig intervju av patienten och somatisk undersökning är grundpelarna för beslutet. Enbart alkoholberoende räcker i allmänhet inte för att få pension, utan det krävs någon somatisk komplikation som begränsar arbetsförmågan.

I en primärvårdsläkares arbete ingår det att ge utlåtanden när någon begär det. Också i utlåtanden som patienten själv har bett om ska diagnosen skrivas ut vid alkoholberoende. Det utlåtande som myndigheterna oftast begär om en alkoholberoende person gäller kördugligheten. Den situationen uppkommer när patienten har åkt fast för rattfylleri. Bedömningen måste grunda sig på objektiva fakta, som bara går att verifiera med uppföljning och god patientkännedom (21). Som hjälp bör man använda såväl AUDIT-frågeformuläret, kriterierna för beroende i ICD-10 som god anamnes och laboratorieprov. Dessutom är läkare numera skyldiga att anmäla till polisen om körförmågan anses vara bestående nedsatt på grund av sjukdom i så hög grad att det

äventyrar trafiksäkerheten. En sådan anmälan kan bara göras av patientens ordinarie läkare. Enbart beroende utlöser inte anmälningskyldigheten, utan det krävs också någon bestående komplikation, till exempel demens.

Till slut

Primärvården är det ställe där en alkoholberoende patient söker för sina symtom, också om han eller hon inte vill ha behandling för sitt alkoholproblem. Behandlingen av alkoholproblemet grundar sig i huvudsak på frivillighet (undantaget är situationer där barnskydds-, mentalvårds- och missbrukarvårdslagarna tillämpas) och den är effektiv bara om patienten förbinder sig att genomgå behandlingen. Detta sätter ofta personalens tålamod på hårda prov. Då är det bra att komma ihåg att tillståndet kan fluktuera på samma sätt som vid andra kroniska sjukdomar och att också en kort "remission" under ett vårdtillfälle i sluten vård kan vara viktig för patienten och de anhöriga. Att satsa på problemet i ett tidigt stadium, dvs. kort rådgivning för problemkonsumenter, är kostnadseffektiv verksamhet inom primärvården. De kunskaper i att motivera patienten som primärvårdspersonalen då behöver kan den också användas i övrigt i vården av sina patienter.

Kaija Seppä
Tammerfors universitet,
Enheten för medicin
33014 Tampereen yliopisto.
kaija-liisa.seppa@uta.fi

Referenser

1. Seppä K, Aalto M, Kiianmaa K. Suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi – muuttuvatko neuvontaratjat? *Finlands Läkartidning*, i tryck.
2. Seppä K, Alho H, Aalto M, Kiianmaa K. Käypä hoito uudistaa alkoholiin liittyvän diagnoosinimikkeistön Suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi. *Ledare. Duodecim* 2010;126: 1249–51.
3. Seppä K, Mäkelä R. Heavy drinking in hospital patients. *Addiction* 1993;88:1377–82.

4. Aalto M, Seppä K, Kiianmaa K, Sillanaukee P, (1999) Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction* 1993; 94:1371–79.
5. Saunders JB, Aasland OG, 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
6. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:185–199.
7. Kriston L, Hölzel L, Weiser A-K, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: Are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use. *Ann Int Med* 2008;149:879–888.
8. Alkoholiongelmaisen hoito (online). God medicinsk praxisrekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Suomalainen Lääkäriseura Duodecim och Föreningen för addiktionsmedicin i Finland. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011 (refererad 16. 8. 2012) Tillgänglig på internet: www.kaypahoito.fi.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992;28:183–218.
10. Dunn C, DeRoo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725–42.
11. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V ym. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986–995.
12. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO ym. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD004148.
13. Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR ym. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *JAMA* 1986;256:1449–55.
14. Chick J, Gough K, Falkowski W ym. Disulfiram treatment of alcoholism. *Br J Psychiatry* 1992;161:84–89.
15. Snyder JL, Bowers TG. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence: a relative benefits analysis of randomized controlled trials. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008;34:449–461.
16. Adi Y, Juarez-Garcia A, Wang D ym. Oral naltrexone as a treatment for relapse prevention in formerly opioid-dependent drug users: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2007;11:iii–iv,1–85.
17. Kranzler HR, Van Kirk J. Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:1335–41.
18. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1:CD001867.
19. Seppä K, Mäkelä R, Poikolainen K, Heinälä P. Päihdepotilaan perustutkimus. *Finlands Läkartidning* 1996;51: 677–679.
20. Alkoholiongelmaisen hoito (online). God medicinsk praxisrekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Suomalainen Lääkäriseura Duodecim och Allmänmedicinska föreningen i Finland. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 (refererad 16. 8. 2012) Tillgänglig på internet: www.kaypahoito.fi.
21. Rantanen P, Mäkelä M, Alaja R, Luotonen K, Seppä K. Päihtee ja ajokortti. Rattijuoppojen hoitonojhausprojektin loppuraportti. SHM/utredningar 2001:8. Edita Oyj, Helsingfors 2001.

Summary

Detecting and treating alcohol problems in primary health care

Patients with alcohol problems are met in primary health care both in acute and chronic situations. Patients who drink hazardous amounts with as yet no health problems, are an even larger patient group. Based on scientific evidence, several effective treatment methods are suitable for the primary health-care setting. For this reason, alcohol problems, usually hidden by somatic or psychiatric complaints, require detection. A brief intervention should be offered to endangered drinkers, and dependent patients should be motivated to accept medical as well as psychosocial treatment.