

ATT HANTERA ALKOHOLPROBLEM I PRIMÄRVÅRDEN

EN HANDBOK I 15-METODEN



DENNA HANDBOK ÄR ETT KOMPLEMENT TILL EN UTBILDNING I 15-METODEN.
HÄR BESKRIVS METODEN, BEHANDLINGS GENOMFÖRANDE OCH PRAKTISKA TIPS
SOM GÖR DET LÄTT ATT KOMMA IGÅNG.

INNEHÅLL

15-METODEN – EN MODELL FÖR ATT HANTERA ALKOHOL I VÅRDEN

TRAPPSTEG 1: ATT UPPMÄRKSAMMA

VARFÖR SKA PATIENTEN UPPMÄRKSAMMAS?	5
METOD	5
AUDIT	5
FÖRHÅLLNINGSSÄTT	5
ÅTERKOPPLING OCH KORT RÅDGIVNING	6
BOKA UPPFÖLJNING	6

TRAPPSTEG 2: HÄLSOKOLL ALKOHOL

HÄLSOKOLL-ÅTERKOPPLING AV RESULTATET	7
UPPFÖLJNING	7
BESKRIVNING AV FRÅGEFORMULÄREN	8
BESKRIVNING AV BIOLOGISKA MARKÖRER	10

TRAPPSTEG 3: BEHANDLING

SAMTALSBEHANDLING "GUIDE TILL BÄTTRE ALKOHOLVANOR" ..	11
LÄKEMEDELSBEHANDLING	15

UPPFÖLJNING

TILLGÄNGLIGT MATERIAL

REFERENSER OCH LÄSTIPS



15-METODEN

EN MODELL FÖR ATT HANTERA ALKOHOL I VÅRDEN

15-metoden är avsedd att kunna användas för alla patienter som söker i t.ex. primärvård eller företagshälsovård för olika hälsoproblem där alkohol kan ha betydelse. Människor med hög alkoholkonsumtion är oftast medvetna och är oroliga över detta. De har dock dragit sig för att ta upp denna fråga med läkare och andra i vården, ofta av oro för att bli negativt bemötta eller hamna i ett missbruksfack. Med rätt bemötande i rätt sammanhang är dock många angelägna att få diskutera sina alkoholvanor. 15-metoden innehåller ett antal enkla verktyg för hur det stora flertalet människor med oro över sitt drickande kan få adekvat hjälp.

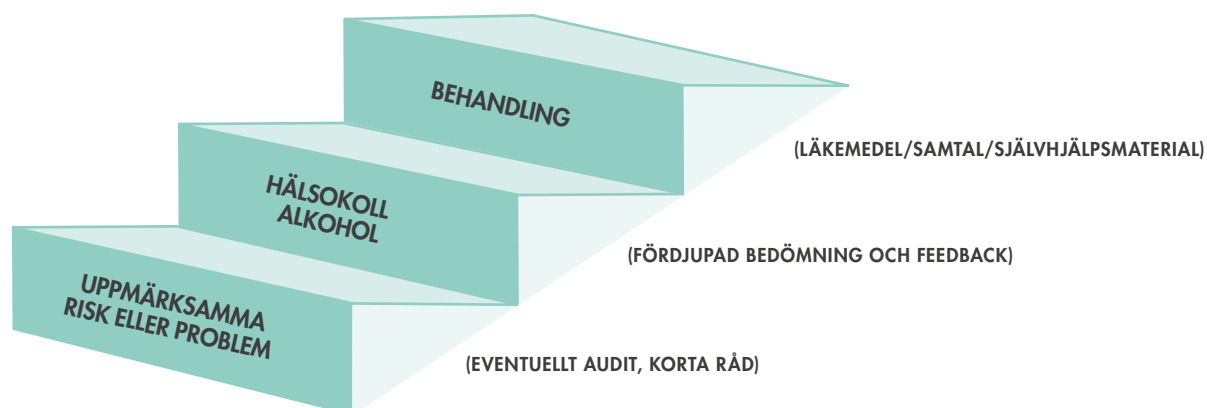
Namnet 15-metoden kommer av att den är avsedd för personer med måttligt svåra alkoholproblem, motsvarande mer än 15 poäng på **AUDIT**-formuläret samt att många av behandlingstillfällena kan utföras på endast 15 minuter. 15-metoden är utformad enligt en trappstegsmodell där det ibland kan räcka med de första stegen, men ibland går man längre.

- 1 Det första trappsteget innebär att *uppmärksamma alkoholens betydelse*, att väcka patientens intresse och ge några korta råd. Finns behov och patienten så önskar kan fördjupning och behandling ske i ytterligare ett eller två steg.

- 2 Trappsteg två är en *utredning*, eller *fördjupad bedömning* och erbjuds den som är intresserad av att få mer kunskap om sina alkoholvanor och dess hälsokonsekvenser. Denna "Hälsokoll alkohol" består av ett testbatteri med frågeformulär och av blodprov vilka tydliggör eventuell alkoholproblematik. Resultatet går igenom med patienten i ett feedbacksamtal. Många patienter kan själva hantera sina ohälsosamma alkoholvanor bara utifrån denna ökade förståelse.

- 3 Det tredje trappsteget består av *behandling* som kan vara antingen farmakologisk och/eller några få vägledande samtal.

Alla ingående delar i 15-metoden har ett starkt forskningsstöd och bygger på forskning som visar att patienter med alkoholberoende inte nödvändigtvis behöver långvarig behandling för att förändra sina alkoholvanor. För många är korta insatser faktiskt lika effektiva som mer omfattande specialistinsatser. För andra kan en kort insats fungera som ett första steg, en tankeväckare som leder till att man börjar överväga förändring. När 15-metoden är otillräcklig kan patienten hänvisas till den specialiserade beroendevården.



TRAPPSTEG 1

ATT UPPMÄRKSAMMA

Det går inte att utifrån ålder, utseende eller sjukdom avgöra vem som dricker för mycket. Därtill är det inte heller bara mängden alkohol som har betydelse, då känsligheten i olika organsystem visar stor individuell variation. Även små mängder kan ibland få stor betydelse.

Att uppmärksamma alkoholens potentiella roll för hälsoproblem och försöka identifiera riskabel konsumtion innebär att man systematiskt och i vissa sammanhang ställer någon typ av alkoholrelaterade frågor till patienter. Exempelvis:

- när patienter söker för högt blodtryck, depression, sömnsvårigheter eller andra diagnoser där alkohol ofta är en bidragande orsak
- vid nybesök
- vid hälsokontroller för intyg etc.
- som del i ett hälsosamtal, där alkoholkonsumtion ingår som en av flera levnadsvanor

VARFÖR SKA ALKOHOLEN UPPMÄRKSAMMAS?

Det främsta syftet med alkoholidentifikation är att göra patienten medveten om sin situation. Detta innebär både potentiella risker med alkoholkonsumtionen samt att det faktiskt kan vara enkelt att göra något åt en besvärlig alkoholsituation.

Tanken är i första hand att patienten själv ska börja fundera över om han/hon borde minska sin alkoholkonsumtion och vilja diskutera detta med sin doktor eller annan i vården. De flesta med riskbruk är inte medvetna om riskerna med sin konsumtion, men minskar gärna om man får saklig information

om risker och nackdelar. Att få tillfälle att ventilera sina funderingar och få några goda råd är värdefullt i den situationen. Har man en mer problematisk relation till alkohol, är det viktigt få veta att här kan man få bra hjälp.

ARBETSSÄTT

Utgå gärna från den sjukdom patienten söker för, och det medicinska faktum att alkohol eventuellt kan påverka sjukdomen. Ni utforskar tillsammans om detta möjligen gäller även här. Alkohol kan diskuteras som en möjlig bidragande sjukdomsorsak, eller minskad konsumtion som ett av flera behandlingsalternativ.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) är ett enkelt hjälpmedel som syftar till att identifiera riskabla alkoholvanor och alkoholproblem och som tar ca 3 minuter för patienten att fylla i. Därefter brukar ett samtal med ett par frågor om vad patienten själv har för tankar om sina **AUDIT**-resultat eller sina alkoholvanor vara oproblematiskt.

Det finns flera vetenskapliga studier som visar att personer ger tillförlitlig information om sina alkoholvanor, bara man frågar på rätt sätt.

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Bemötandet ska vara vänligt, intresserat och icke moraliserande. Att svara ärligt på **AUDIT** får inte medföra negativa konsekvenser eller negativt bemötande. Ett bra förhållningssätt brukar beskrivas med akronymen **FRAMES**. Detta är ett patientcentrerat och stödjande förhållningssätt.

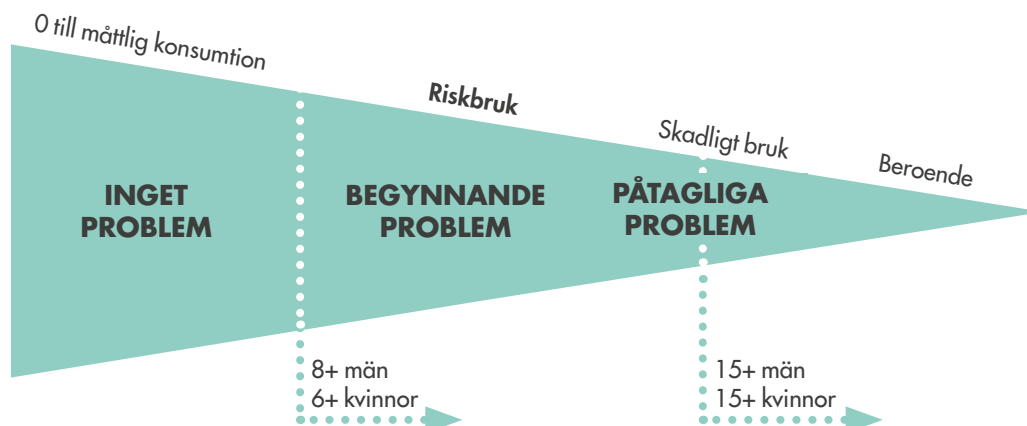
F E E D B A C K	Ge återkoppling och erbjud information.
R E S P O N S I B I L I T Y	Personen har själv ansvar för att fatta beslut om en förändring ska ske och hur den i så fall ska genomföras.
A D V I C E	Erbjud stöd för självreflektion samt sakkunniga råd när han/hon är mottaglig för dem.
M E N U	Acceptera och visa på olika möjliga strategier för att minska alkoholkonsumtionen. Undvik färdiga lösningar
E M P A T H Y	Försök att genomgående ha ett empatiskt, förstående och reflekterande förhållningssätt.
S E L F - E F F I C A C Y	Uppmuntra och stärk personens tilltro till sin egen förmåga att göra en förändring.

Motiverande samtal, **MI**, är besläktat med **FRAMES**, men har tydligare fokus på att stärka motivation. Effektiva strategier är öppna frågor, reflektera,

summera vad patienten säger och framför allt att uppmuntra "förändringsprat", d.v.s. att patienten pratar om varför, hur, när en förändring ska ske etc.

ÅTERKOPPLING OCH KORT RÅDGIVNING

Om patienten får lätt förhöjda poäng på **AUDIT** (kvinnor ≥ 6 ; män ≥ 8), erbjud några korta råd eller broschyr.



Om patienten får över 15 poäng på **AUDIT**, kan du erbjuda alternativet Hälsokoll Alkohol (Trappsteg 2), en fördjupad testning och undersökning med inriktning på alkohol. Om patienten är intresserad av detta så lämnar du ut formulär (som patienten ska fylla i före återbesöket), beställer prover och bokar återbesök. Då har du bra underlag och lite mer tid för att ge patienten en bra bedömning och feedback.

EXEMPEL PÅ ÅTERKOPPLING OCH KORT RÅDGIVNING

- "Jag ser att du får rätt höga poäng på de här frågorna, vad är dina tankar om det?"
- "Har du ibland funderat på att minska något på alkoholkonsumtionen?"
- Erbjud testet att minst halvera alkoholkonsumtionen under t.ex. tre eller fyra veckor för att undersöka om alkohol har betydelse för den sjukdom patienten söker för. Boka återbesök för utvärdering.
- Dela ut informationsbroschyr. Med detta kan patienten fundera vidare om det finns anledning att ändra sin alkoholkonsumtion.
- Dela ut självhjälp-material i form av konkreta tips och råd. Med detta kan patienten på egen hand styra mot en minskning av alkoholkonsumtionen.
- Hänvisa till självhjälp-material via internet. www.riddargatan1.se har självhjälp-material att ladda ner. www.alkoholhjalpen.se har ett KBT-baserat självhjälp-program.

BOKA UPPFÖLJNING

Om alkohol har varit ett relevant diskussionsämne för patienten så kan en uppföljning vara värdefull för patienten och motivera till minskat drickande.

Boka in en uppföljning efter tre månader. Eller tidigare om patienten vill göra testet med att tillfälligt minska konsumtionen.

TÄNK PÅ!

Forskning och kliniska erfarenheter talar för att samtal om alkohol sällan upplevs som känsliga av patienter, särskilt inte om patienten förstår att alkoholen kan ha samband med aktuella besvär.

HELA SAMTALET (UPPMÄRKSAMMA, EV. **AUDIT**), ÅTERKOPPLING = 5-15 MINUTER

TRAPPSTEG 2

HÄLSOKOLL ALKOHOL

Detta är en fördjupad bedömning av patientens alkoholvanor och dess konsekvenser. Den är till för patienter som är intresserade av att veta hur man ligger till, och den egna alkoholkonsumtionens konsekvenser. Hälsokollen består av frågeformulär, blodprov och ett feedbacksamtal.

Patienten fyller i frågeformuläret hemma i lugn och ro, räknar ut poäng och får därigenom direkt en feedback. Formulären finns i pappersform eller eventuellt på internet; i det senare fallet får patienten en länk till en websida där formuläret ligger. Frågeformulären (som beskrivs mer utförligt nedan) består av:

- Alkoholkalender som visar konsumtionens storlek och dryckesmönster (**TLFB**)
- **ICD-10** kriterierna för alkoholberoende
- **AUDIT**
- Grad av ångest och depression (**HAD** eller **GAD-7** + **MADRS**)
- Övriga levnadsvanor
- Motivation och önskemål om förändring

Blodproven visar om det finns tecken på högkonsumtion (**CDT** eller **PEth**), leverpåverkan (**GT**, **ALAT**, **ASAT**) eller påverkan på blod/benmärg (**MCV**). En undersökning av blodtryck, hud och leverstorlek bör också ingå, då dessa kan påverkas av alkohol.

LÄKARBESÖKET VID HÄLSOKOLL ALKOHOL INNEBÄR:

1. ÅTERKOPPLING AV RESULTATET

Du har tidigare (Trappsteg 1) delat ut frågeformulär och blodprover är beställda. När patienten kommer på detta besök har han fyllt i formulär och du har fått lab-resultat. Det är en stor fördel om en närstående är med vid besöket.



Gå kort igenom resultaten tillsammans med patienten och vad de innebär. Formulären innehåller en tolkhjälp, så patienten ser själv sina resultat. Därför kan du låta fokus ligga på patientens frågor.

- Alkoholkonsumtionen kan jämföras med riskbruksgränser.
- Beroendekriterierna visar huruvida patienten är beroende, grad och på vilket sätt.
- **AUDIT** kompletterar genom att visa beroendets konsekvenser och svårighetsgrad.
- Om depression eller ångestpoäng är höga kan diskuteras om det är alkoholorsakat eller ej.
- Om det finns fler levnadsvanor som patienten vill förändra, kan det vara bra att göra detta samtidigt. De olika förändringarna kan stödja varandra.
- Lab-prover och kroppsundersökning visar om skador uppstått. Höga leverprov inom referensintervallet är vanligt och kan vara mycket värdefulla att följa över tid, då de sjunker vid minskad konsumtion. Patientens bör få med sig en sammanfattning av resultaten hem.

2. BESTÄMMA FORTSÄTTNING

Fortsätt med en öppen fråga: "Vad vill du göra nu?" Informera om olika alternativ:

- 1 Patienten fortsätter på egen hand erbjud självhjälpsmaterial
- 2 Behandling hos dig eller på din vårdcentral (Trappsteg 3)
 - a) farmakologisk behandling
 - b) samtalskontakt (Guide till bättre alkoholvanor)
- 3 Remiss/hänvisning till beroendemottagning, t.ex. hänvisning till Riddargatan 1, patienten ska då söka själv.

3. BOKA UPPFÖLJNING?

Om alkohol har varit ett relevant diskussionsämne för patienten så har en uppföljning stor effekt på konsumtionen. Boka in en uppföljning efter tre månader, för att se hur det gått. Blodprover bör tas innan, så de kan jämföras med tidigare resultat.

HELA SAMTALET = 30 MINUTER

BESKRIVNING OCH TOLKNING AV FRÅGEFORMULÄR

1. ALKOHOLKALENDERN

METOD: TLFB. Fyra veckors retrospektiv alkoholkalender

Det kan vara svårt att få en uppfattning om patienters alkoholkonsumtion såvida man inte har ett system. Time Line Follow Back, **TLFB** innebär att patienten efter bästa förmåga skriver ner sin alkoholkonsumtion retrospektivt dag för dag under den senaste månaden i en tom almanacka eller kalenderblad för detta syfte. Detta underlättas av att utgå från sin vanliga almanacka där man noterat händelser på jobbet och fritiden, helger, födelsedagar, ledighet och fester. Man kan behöva instruera patienten att ha gott om tid och vara noggrann. Alkoholkalendern visar då tydligt hur konsumtionen ser ut.

TOLKNING

Man ser dryckesmönster tydligt, t.ex. om man bara dricker vissa dagar. Tre nyckeltal kan beräknas:

- 1 Glas/vecka. Lägg ihop samtliga glas för hela 4-veckorsperioden och dela med fyra. Det är riskbruk i form av högkonsumtion om konsumtionen överstiger:

Män: mer än 14 glas/vecka

Kvinnor: mer än 9 glas/vecka

- 2 Antal dagar med berusningsdrickande/månad. Summera antalet dagar med berusningsdrickande under 4-veckorsperioden. Detta visar frekvensen av riskbruk i form av berusningsdrickande. Berusningsdrickande definieras som:

Män, mer än 4 glas/tillfälle

Kvinnor, mer än 3 glas/tillfälle

- 3 Glas/dryckesdag. Lägg ihop samtliga glas för hela 4-veckorsperioden och dela med antalet dagar patienten druckit någon alkohol. Detta visar genomsnittlig dryckesmängd de dagar man dricker.

2: AUDIT

AUDIT har beskrivits ovan i avsnittet *Uppmärksamma*.

3: BEROENDE AV ALKOHOL?

METOD: ICD 10-kriterier för alkoholberoende

Patienten svarar på sex frågor, enligt **ICD 10**-kriterierna för alkoholberoende.

TOLKNING

De sex ja/nej-frågorna motsvarar diagnoskriterierna för beroende. Minst tre av sex kriterier ska vara uppfyllda under de senaste 12 månaderna för diagnosen alkoholberoende. Man bör gå igenom punkterna något för att se att patienten inte missförstått.

Antalet positiva kriterier antyder styrkan i beroendet. Man kan också notera om det är mest psykologiska eller fysiologiska kriterier som bejakas.

4: DIN PSYKISKA HÄLSA

Metod: **HAD** (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HAD-skalan består av 14 frågor, där udda frågor gäller ångest och jämna frågor depression. Många som minskar sin alkoholkonsumtion upplever att symtom på ångest och depression minskar. Ett syfte med denna identifikation av psykisk hälsa är att göra en basmätning, som senare följs upp hos de personer som initialt har en förhöjd poäng. Det är ofta motivationsstärkande att få se objektiva mått på sina förbättringar.

TOLKNING

8–10 poäng på respektive delskala indikerar ett gränsvärde med milda-måttliga besvär. Över 10 poäng på respektive delskala tala för mer uttalade depressions- och/eller ångestproblem. Fördjupad diagnostik är då motiverat, framför allt med sedvanlig anamnes.

5: DINA ÖVRIGA LEVNADSVANOR

Många vill passa på att förbättra flera saker i sin livsföring, när de ändå ändrar alkoholvanorna. Det kan t.ex. gälla tobak, motion eller kost. Detta bör uppmuntras. Det kan ofta underlätta att ändra flera vanor samtidigt. Det stärker självförtroendet om man lyckas och förändrade levnadsvanor gör att även dryckesrutinen ändras lättare. Vår roll här är att informera och väcka intresse, men patienten är den som avgör om han/hon vill ha detta stöd.

TOBAK

Nikotinet påverkar hjärnans beroendemekanismer och kan försvåra en minskning av alkoholkonsumtionen. Om patienten röker eller snusar, ge information och utred vad patienten själv tänker om vanan. Du kan använda dina och mottagningens resurser eller hänvisa till Sluta-Röka-Linjen, tel 020-84 00 00.

LÄKEMEDEL

Vissa läkemedel kan påverka och interagera med läkemedel mot alkoholberoende, framför allt gäller detta naltrexon och opioider. Användning av beroendeframkallande läkemedel kan försvåra förändring av alkoholvanor.

FYSISK AKTIVITET

Evidensen är stark för att fysisk aktivitet kan användas terapeutiskt vid såväl alkoholsug, ångest, depression och sömnstörning. Självförtroendet ökar när man blir starkare, och man får en aktivitet som fyller ut tiden, varför drickande får mindre plats. Detta är exempel på faktorer att diskutera beroende på vad patienten vill. På www.fyss.se finns mer att läsa och förskrivning med FaR kan utnyttjas.

KOST

Här kan vi informera om tallriksmodellen och vikten av regelbundna matvanor. Det finns lämpliga broschyrer att dela ut och man kan remittera till dietist. Vi kan även informera om alkoholens höga kaloriinnehåll på 7 kcal/gram.

6: DAGS FÖR FÖRÄNDRING?

Dessa frågor handlar om hur och varför patienten vill förändra samt om förändringsbenägenhet. Gör en kort reflektion över patientens värden på skalorna. Få gärna patienten att bekräfta och utveckla argument för en förändring, t.ex. "Vad är det som gör att det är så viktigt för dig att ändra dina vanor?" eller "Vad är det som talar för att du kommer att lyckas?" Dessa frågor blir också en naturlig övergång till samtal om hur ni ska gå vidare.



BESKRIVNING AV BIOLOGISKA MARKÖRER

CDT

CDT är ett specifikt prov för att påvisa högkonsumtion av alkohol, och det prov som oftast används i screening inom företagshälsovård, eller kontroller i samband med körkortsärenden etc. Transferrin är blodets transportprotein för järn. Vid långvarigt högt alkoholintag förändras molekylen så att kolhydratkedjorna blir färre. Dessa förändrade proteiner benämns kolhydratfattigt transferrin (**CDT**). **CDT** stiger vid en alkoholförtäring av storleksordningen en flaska vin per dag i några veckor. Det är dock inte alla personer som får en **CDT**-stegring av denna konsumtion, och det är dålig korrelation mellan **CDT**-värdet och konsumtionens storlek. Sensitiviteten är alltså dålig, men fördelen med provet är att det är mycket specifikt. En stegring (även inom referensintervallet) är alltid orsakad av alkoholkonsumtion. De genetiska transferrinvarianter som tidigare kunde ge falskt positivt prov identifierar man nu i samband med analysen.

PEth

Fosfatidyletanol (**PEth**) är en fosfolipid som inte förekommer naturligt i kroppen utan bildas i cellmembran i närvaro av etanol. Analysen görs på helblod. Provet blir inte förhöjt av enstaka berusningstillfällen, men en regelbunden, även tämligen måttlig konsumtion ger förhöjning. Halveringstiden är fyra dygn och provet avspeglar de senaste veckornas alkoholkonsumtion. Fördelen med detta prov är att det är helt alkoholspecifikt. Det har, liksom **CDT**, en hög specificitet, men även en hög sensitivitet. Det finns en tydlig relation mellan alkoholkonsumtionens storlek och **B-PEth**.

Övriga blodprov

Gamma-glutamyltransferas, **GT**, finns i många organ, i levern framför allt i gallgångsepitel varför det används som indikator på hinder i gallavflöde.

Sensitivitet och specificitet för alkohol låg men något bättre än för **ASAT** och **ALAT**. Vid nykterhet efter hög alkoholkonsumtion med **GT**-stegring tar det ofta en månad eller mer för provet att normaliseras, då halveringstiden är två till tre veckor.

Aminotransferaserna **ALAT** (alaninaminotransferas) och **ASAT** (aspartataminotransferas) deltar i syntesen av aminosyror. **ALAT** finns mest i lever och **ASAT** i lever och muskulatur. Dessa enzym läcker ur cellerna vid cellskada, oavsett orsak till cellskadan. Halveringstiden i plasma är tre respektive två dygn, men eftersom cellskadorna inte läker prompt brukar det ta en till två veckor för proven att normaliseras till exempel efter en dryckesperiod. Sensitivitet och specificitet för högkonsumtion är mycket låg, särskilt för **ALAT**. En **ASAT/ALAT** kvot >2 ger kraftig misstanke på alkoholorsak.

När de röda blodkropparna bildas i benmärgen kan de påverkas om alkohol finns närvarande. Det är cellmembranen som skadas, varvid erytrocyten blir större än normalt (makrocytos). Mean corpuscular volume (**MCV**) är liksom ovanstående prover på intet sätt specifik för alkohol. Rökning, folat- och B12-brist är några övriga välkända orsaker till makrocytos. Då alkohol även kan bidra till dessa brister så det finns flera vägar till alkoholorsakad hög **MCV**. Då en röd blodkropp lever i cirka 120 dagar tar det lång tid för en alkoholorsakad makrocytos att normaliseras efter att man slutat dricka.

Etanol i blodet är ett ofta bortglömt prov som kan upplevas väga tyngre än **utandningstest** i alkometer, då det sker en laboratorieanalys och resulterar i ett värde i lablistan.

Förutom ovanstående klassiska alkoholmarkörer kan **urat** och **triglycerider** nämnas, då de ofta stiger vid alkoholkonsumtion.

ANVÄNDNINGEN AV BIOLOGISKA MARKÖRER

CDT och **PEth** visar konsumtion, medan **ALAT**, **ASAT**, **GT** och **MCV** visar skada. Vid screening och kontroller, t.ex. i körkortsärenden kan **PEth** och/eller **CDT** utnyttjas.

Vid Hälsoenkoll alkohol är skademarkörerna särskilt viktiga. Det handlar då inte om kontroll, utan att patienten vill veta om det finns tecken på fysiska skador av alkoholen. Sådana objektiva tecken är kraftigt motiverande för en förändring. Det är lika motiverande att ge patienten en positiv åter-

koppling när värdena senare förbättrats efter en minskad konsumtion. Oftast ligger värdena inom referensintervallen, men även förändringar inom referensintervallen är här av största betydelse för återkoppling och motivation då de visar att t.ex. levern är "ansträngd" och läcker ut mer enzymer än vanligt, om än inte allvarligt skadad.

Hälsoenkoll alkohol är steg 2 i 15-metoden, men kan också erbjudas fristående från övriga steg, som en del i en vårdinrättnings ordinarie utbud.

TRAPPSTEG 3

BEHANDLING

”GUIDE TILL BÄTTRE ALKOHOLVANOR”

Det tredje trappsteget i 15-metoden består av behandlingsprogram med läkemedel eller med samtal. Behandling kan också bestå av självhjälpsprogram på internet eller skriftligt självhjälpsmaterial. Dessa egenbehandlingar kan passa om patienten inte vill ha stöd från vården för detta. De kan fungera bra i sig själva, men kan också fungera som en introduktion; patienten märker att det verkar bra, men svårt att genomföra på egen hand, varför man återkommer senare. Ytterligare ett alternativ är remiss eller hänvisning till annan behandlare.

Här följer en beskrivning av de två metoderna *korta samtal* och *läkemedel*, vilka bägge kan bedrivas i primär- eller företagshälsovård. De kan gärna kombineras.

KORTA SAMTAL

Detta innebär fyra strukturerade samtal med KBT-inslag. Det är patienten som har huvudansvaret för behandlingen i och med hemuppgifter mellan återbesöken. Återbesöken innebär, något förenklat, att följa upp hemuppgiften, föra en kort diskussion om denna och ge en ny hemuppgift. Därutöver är besvarande av patientens frågor en viktig del. Patienten lär sig metoder att kontrollera konsumtionen, känna igen risksituationer och sätt att hantera dessa. Det är en fördel om en närstående är med under samtalen. För den stora gruppen människor med lågt till måttligt beroende av alkohol är detta samtalsprogram ofta tillräcklig behandling.

SAMTALEN

Samtalen kan genomföras på 15-20 minuter, de har följande innehåll och ungefär följande tidsintervall mellan samtalen. Mellan samtalen har patienten hemuppgifter, d.v.s. totalt tre hemuppgifter.

VECKA 1	VECKA 3	VECKA 6	VECKA 12
SAMTAL 1	SAMTAL 2	SAMTAL 4	SAMTAL 4
Nuläge, rekapitulera Hälsokoll alkohol Ge hemuppgift: alkoholdagbok och målformulering	Gå igenom hemuppgifterna alkoholkalender och målformulering Ge hemuppgift: identifiera risksituationer	Gå igenom hemuppgifter Ge ny hemuppgift: identifiera alternativa beteenden och förebygga	Gå igenom hemuppgifter Utvärdera måloppfyllelse och behandlingsresultat. Ytterligare behandling?

SAMTAL 1: TEMA NULÄGE

1. REKAPITULERA NULÄGET

Rekapitulera *Hälsokoll Alkohol* d.v.s. resultatet av blodprov och frågeformulär med patienten. Gå kort igenom de olika delarna, vad de betyder och vad patienten tänker om det nu. Utforska, uppmuntra och förstärk patientens egna tankar om förändring. Patienten ska ha en sammanfattning av resultaten.

Har du själv gjort denna *Hälsokoll Alkohol* nyligen så behövs bara en kort rekapitulation, men resultatet på nya blodprover kan vara intressant för patienten, om konsumtionen förändrats.

Därutöver ger du information om de kommande besökens innehåll samt information om första hemuppgiften.

EXEMPEL PÅ NÅGRA FRÅGOR SOM KAN VARA TILL HJÄLP

(det gemensamma med exemplen är att de får patienten att fokusera på förändring)

- Vad vill du uppnå med förändrat drickande?
- Vad tänker du att du behöver för hjälp av mig?
- På kort sikt, vilka negativa konsekvenser får dina alkoholvanor?
- På lång sikt, vilka negativa konsekvenser får dina alkoholvanor?
- Vad skulle vara bra för dig med att dricka mindre än du gör nu?
- Om du bestämde dig för det, hur skulle du göra för att få till en förändring?
- Vilka skulle vara dina starkaste skäl för att förändra dina alkoholvanor?
- Om du inte kommit hit, vad hade du själv kunnat göra för att minska ditt drickande?
- Kan det vara viktigt för relationen med din partner/barnen att du minskar drickandet?

2. GE HEMUPPGIFT ALKOHOLDAGBOK

Instruera patienten att från och med nu använda en kalender för att registrera all alkoholkonsumtion översatt till standardglas per dag. Det är bra om patienten samtidigt antecknar vilka situationer han/hon befinner sig i när valet står mellan att dricka eller avstå, och vad som gör att patienten väljer att göra på det ena eller andra sättet. Med hjälp av alkoholdagboken får både du och patienten en bild av hur konsumtionen ser ut, förändringar, och samband med andra faktorer i livet framgår om man för anteckningar därtill. Alkoholkalender finns tillgänglig på riddargatan1.se

3. GE HEMUPPGIFT MÅLFÖRMULERING

Patienten ska fundera på sina mål med alkoholkonsumtionen, hur vill han/hon dricka? Målet för drickandet bör vara realistiskt för patienten och så konkret och specificerat som möjligt. Målen kan vara både konkreta (antal glas/vecka, eventuella undantag, aldrig dricka ensam etc.) eller med ideella (inte behöva skämmas för barnen, kunna träna på lördagsmornar etc.). Ett exempel på blankett för målförmulering finns tillgänglig på riddargatan1.se.

Syftet med alkoholkalendern är att medvetandegöra beteenden och se situationer som styr drickandet, samt att kunna jämföra sin konsumtion före och efter behandlingen.

Syftet med målförmuleringen är att mobilisera patientens egen förmåga att styra sitt alkoholbeteende (egenmakt, empowerment). Det blir patientens kontrakt med sig själv och därmed stödjade i förändringen.

Ge ny tid om ca två veckor. Uppmana patienten ta med sig de två ifyllda formulären till nästa återbesök. Beställ gärna blodprov som patienten tar strax före nästa besök, med syfte att ge återkoppling.

SAMTAL 2: TEMA MÅLFORMULERING

1. GENOMGÅNG AV HEMUPPGIFT ALKOHOLDAGBOK

Börja med en kort genomgång av patientens alkoholdagbok. Är patienten själv nöjd? Fokusera på det som gått bra.

2. GENOMGÅNG AV HEMUPPGIFT MÅLFORMULERING

Större delen av samtal 2 ägnas åt att diskutera och utveckla de mål som patienten har satt upp för sin alkoholkonsumtion. Man brukar behöva stöta och blöta sina tankar, och framför allt att precisera målet. Det är patienten som ska bestämma sitt mål så realistiskt som möjligt, du kan stödja och råda.

Eftersträva en så konkret och detaljerad målformulering som möjligt. Om målet är "måttligt drickande" ska detta definieras noggrant med exakta, väl genomtänkta gränser för konsumtionen (antal glas och frekvens). Samma konsumtion på semester och högtidsdagar? Regler för drickande i högrisksituationer? Man kan ha ett par olika tidsperspektiv, t.ex. ett kortsiktigt mål, med en periods nykterhet.

Även om patienten själv väljer mål så är det viktigt att du som behandlare informerar och ger råd rörande medicinska och sociala kontraindikationer mot alkoholkonsumtion. Kontraindikationer är exempelvis lever-skador, pågående magsår eller gastrit, graviditet.

Man kan be patienten ange på en **VAS** skala hur viktigt det är att uppnå målet, och hur stor tilltro han/hon har till sin förmåga att genomföra detta. Är tilltron till förmågan låg, så kanske målen ska vara mindre ambitiösa?

Det är vanligt att man är osäker på om det fungerar med ett visst dryckesbeteende, men ändå vilja pröva om man klara av det. Det är också vanligt att målen ändras om patienten senare märker att de inte var realistiska.

3. GE HEMUPPGIFT: RISKSITUATIONER OCH UTLÖSANDE FAKTORER

Det är viktigt att tidigt i behandlingen identifiera de risksituationer och faktorer som leder till att patienten dricker på otillfredsställande sätt. Utlösande faktorer är det som sätter igång lusten att dricka. Det kan vara vissa människor, platser, händelser, känslor eller tankar. Patientens hemuppgift är helt enkelt att identifiera och skriva ner vilka dessa situationer och faktorer är. En anteckningsbok, och en liten stund varje dag krävs. Ett exempel på stödblatt finns tillgänglig på riddargatan1.se. Man ska också fortsätta med att registrera i alkoholdagboken.

Ge tid till samtal 3 om ca tre veckor. Uppmana patienten ta med sig alla dokument till nästa återbesök och understryk vikten av detta. Beställ gärna blodprov som patienten tar strax före nästa besök, med syfte att ge återkoppling.



SAMTAL 3: TEMA RISKSITUATIONER / UTLÖSANDE FAKTORER

1. GENOMGÅNG AV HEMUPPGIFT ALKOHOLDAGBOK OCH MÅL

Börja med en kort avstämning av patientens alkoholdagbok, som du nu kan relatera till de mål som patienten satt upp. Kanske har patienten eller du några reflexioner kring varför det gick som det gick (oavsett om det var bra eller dåligt)? Justera mål redan nu? Uppmuntra det som gått bra.

2. GENOMGÅNG AV HEMUPPGIFT RISKSITUATIONER

Diskutera vad som upplevs vara risksituationer och vad som kan utlösa problemdrickande. Be patienten ge exempel när det ledde till drickande eller när patienten lät bli, trots risksituation. Prata till exempel om senaste tillfället detta hände, eller utgå från alkoholdagboken (som nu är ifylld sedan ca sex veckor) och be patienten berätta om när det var risksituation och hur det hanterades.

3. GE HEMUPPGIFT: ALTERNATIV OCH HANDLINGSPLANER

Den sista hemuppgiften handlar om att hitta alternativ till att dricka alkohol när en risksituation uppstår. I uppgiften ingår att beskriva hur dessa alternativ ska förverkligas, i form av tydligt formulerade och nedtecknade handlingsplaner. Olika risksituationer kan kräva olika handlingsplaner. Patienten skapar då en "meny" av olika alternativa beteenden att ta till vid varje risksituation. En blankett för detta finns på *riddargatan1.se*. Påminn om att fortsätta använda alkoholdagboken.

Ge tid till samtal 4 om ca sex veckor. Uppmana patienten ta med sig alla dokument till nästa återbesök. Beställ gärna blodprov som patienten tar strax före nästa besök, med syfte att ge återkoppling.

SAMTAL 4: TEMA ALTERNATIV OCH HANDLINGSPLANER

1. GENOMGÅNG AV HEMUPPGIFT ALKOHOLDAGBOK

Börja med en avstämning av patientens alkoholdagbok (som nu täcker 10 veckor) i relation till det mål som satts upp. Hur har det gått? Är patienten nöjd? Många har glädje av att föra dagbok över sin alkoholkonsumtion under längre tid. Det ger en visualisering av framsteg, ibland som en tävlan med sig själv. Man kanske även noterar samband mellan drickandet och yttre händelser, hälsa eller det psykiska måendet. Även variationer i de biologiska markörerna kan relateras till konsumtionen.

2. GENOMGÅNG AV HEMUPPGIFT ALTERNATIV OCH HANDLINGSPLANER

Diskutera sedan patientens sammanställning av alternativa beteenden och handlingsplaner för att hantera riskabla situationerna. Målet är att patienten ska ha positiva alternativ till att dricka alkohol i de situationer som beskrivits som högrisksituationer.

3. UTVÄRDERA MÅL OCH BEHANDLINGRESULTAT

Utvärdera resultaten tillsammans och relatera till målformuleringen. Justera målen?

Fråga patienten om han/hon anser sig behöva fler samtal, och kom i så fall överrens om antal samtal och en målsättning med dessa.

4. AVSLUTA

- Patienten får vid behov något ytterligare material med sig hem, t.ex. Självhjälpsmaterial eller Tips och rekommendationer.
- Uppmuntra patienten att återkomma vid behov, särskilt om det inte går bra.
- Boka in en uppföljning efter cirka tre månader och beställ blodprov att tas före besöket.

VARJE SAMTAL = 15 MINUTER

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Den farmakologiska behandlingen kan utformas på olika sätt beroende på mottagningens rutiner. Den består av läkemedelsförskrivning, korta återbesök med motiverande samtal enligt schema och regelbunden provtagning. Återbesöken sker vanligen till läkare. Med fördel kan man dock arbeta i team och många av återbesöken kan då vara hos sjuksköterska. Läkemedelsbehandlingen kan gärna kombineras med samtalsbehandling.

- 1 Läkarpbesök med medicinsk bedömning görs vid insättning. Då bedöms om det finns indikation eller kontraindikation. Patienten informeras om läkemedlet och förses med en skriftlig patientinformation. Aktuella labprover inklusive kreatinin ska finnas vid detta tillfälle.
- 2 Medicinering bör pågå i sex månader med möjlighet till förlängning. Behandlingen avslutas dock tidigare om läkemedelseffekt uteblir. Särskilt akamprosats och naltrexons/nalmefens saknar ibland effekt helt p.g.a. genetiska skäl.
 - a) Akamprosats (*Campral* eller *Aotal*) tas varje dag, två eller tre doseringar. Effekten utvärderas vid läkarpbesök efter 3-4 veckor.
 - b) Naltrexon eller Selincro (*nalmefene*) tas en gång varje dag. Effekten utvärderas

vid läkarpbesök efter 2-4 veckor. Vid god effekt fortsätts medicineringen dagligen, eller vid behov, d.v.s. när patienten vet med sig att risken för återfall är förhöjd

- d) Disulfiram (*Antabus*) tas i regel tre gånger per vecka, eller dagligen om patienten föredrar detta.

- 3 Återbesök hos läkare för medicinsk bedömning görs initialt, efter 2-4 veckor (för att utvärdera effekt av akamprosats eller naltrexon), efter 3 månader (halvtidskontroll) samt efter 6 månader (eventuell avslutning). Om utebliven effekt av ett läkemedel kan ett annat prövas.
- 4 Ytterligare återbesök kan ske för samtalsbehandling eller stödkontakt. Det är en stor fördel om patienten även kan ha kontakt med en sjuksköterska eller psykolog.
- 5 Provtagning: Initialt tas kreatinin, **GT, ASAT, ALAT, MCV, CDT** eller **PEth**. Vid Antabusbehandling tas **ASAT, ALAT** varannan vecka. Efter 8 veckor övergår man till provtagning en gång per månad. Syftet med provtagning är att kunna ge objektiva uppmuntrande feedback på förbättringar (även inom normalt intervall), samt att upptäcka eventuella biverkningar (i första hand till Antabus, men även, mer sällsynt, till naltrexon eller akamprosats).

VARJE LÄKARPESÖK = 15 MINUTER

UPPFÖLJNING

Boka in en uppföljning tre-sex månader efter avslutad läkemedelsbehandling, per telefon eller genom personligt besök. Alkoholberoende är ibland ett kroniskt tillstånd, även vid tillfrisknande finns förhöjd risk för återfall.

Det är vanligt med skuld känslor om man börjar dricka igen, och risk att man drar sig för att söka ny kontakt. Uppföljande kontakt, och vid behov snabbt insatt ny stödåtgärd, är därför av stort värde. Följ upp uteblivna besök genom att kontakta patienten och erbjuda ny tid.

TIPS OM NÅGRA EFFEKTIVITETSHÖJANDE METODER

- 1** Använd *Motiverande Samtal* och *Fråga-Erbjud-Fråga-metoden*. Exempelvis fråga om patienten känner till läkemedlen; erbjud information om läkemedlet; fråga om det finns något ytterligare som patienten undrar över, eller vad patienten tänker nu om medicinering.
- 2** Skapa en rutin för läkemedelsintag, detta gäller särskilt för Antabus. Fråga om patienten behöver stöd för att fortsätta ta Antabus och inte avsluta för att suget efter alkohol blir för stort. Ett stöd är då att en annan person är med vid intaget, t.ex. en närstående. Patienten ansvarar för och tar initiativ till tablettintaget, men visar upp detta. Även en arbetsledare eller sjuksköterska på en mottagning kan fylla denna funktion. Detta medför ett stöd för att intaget blir av samt skapar trygghet för omgivningen.
- 3** Feedback av provtagningsresultaten är kraftigt motivationshöjande. Skriv ut lab-listan eller be patienten föra in i alkoholdagboken hur värdena förändras, och samvarierar med alkoholkonsumtionen.
- 4** Ett kort samtal (5-10 min) mellan patient och behandlare eller annan stödperson i direkt anslutning till varje provtagning, eller ett par dagar senare när provresultaten finns. Syftet är att fånga upp eventuella problem, motivationshöjning och feedback på provresultat.

UPPFÖLJNING

Ett uppföljande möte (eller uppföljning per telefon) bör ske tre månader efter avslutad läkemedels- eller samtalsbehandling. Patienten kan med fördel erbjudas att göra om *Hälso-kontroll Alkohol* i syfte att utvärdera sina framsteg. Får ni inte kontakt efter tre månader så sänd ett brev där du erbjuder uppföljning.

Avsikten med uppföljningen är att:

- medvetenheten om att uppföljning kommer att ske är ett stöd för patienten att följa sin plan.
- kunna ge förstärkande positiv feedback såväl angående drickandet som konsekvenser, t.ex. leverprov, hudproblem eller blodtryck
- kunna erbjuda ytterligare behandling och stöd om det behövs
- medvetandegöra att patienten alltid är välkommen och att du tar hans/hennes problem på allvar

Behöver du som rådgivare mer information om behandlingsmetoderna, eller har du frågor om något i den här handboken?

Gå in på www.riddargatan1.se

Finns inte informationen där är du välkommen att maila eller ringa oss.

MATERIAL TILLGÄNGLIGT PÅ RIDDARGATAN1.SE

- Hälsokoll alkohol – Frågeformulär med självtest
 - Ditt dryckesmönster (Time Line Follow Back - **TLFB**)
 - Alkoholproblem screening (Alcohol Use Disorder Identification Test - **AUDIT**)
 - Beroende av alkohol (**ICD-10** kriterierna)
 - Din psykiska hälsa (Hospital Anxiety and Depression scale – **HAD**)
 - Dina övriga levnadsvanor
 - Förändring?
- Alkoholdagbok
- Blankett för målformulering
- Blankett för risksituationer och utlösande faktorer
- Blankett för alternativ och handlingsplaner
- Självhjälpsmaterial till patient



REFERENSER OCH LÄSTIPS

15-metoden: www.riddargatan1.se/15-metoden

Andréasson S, Hansagi H, Österlund B

Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice—a randomized, controlled trial. *Alcohol*. 2002;28(1):57-62.

Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al.

Combined pharmacotherapies and behavioural interventions for Alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295(17):2003-2017.

Hester RK, Squires DD, Delaney HD

The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(2):159-69.

Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al.

Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;346:e8501.

Project MATCH Research Group

Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:1300-1311.

Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB, et al.

Fostering self-change among problem drinkers: a proactive community intervention. *Addict Behav*. 1996;21(6):817-833. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2019. Stöd för styrning och ledning. *Stockholm: Socialstyrelsen*; 2019.

Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. *Stockholm: Socialstyrelsen*; 2018.

SOU 2011:35

Missbruksutredningen. Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret: slutbetänkande. *Stockholm: Fritzes*; 2011.

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: en evidensbaserad kunskapssammanställning. Rapport 156:1-2. *Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*; 2001.

Tucker JA, Simpson CA

The recovery spectrum. From self-change to seeking treatment. *Alcohol Research & Health*. 2011;33(4):371-379.

UKATT Research Team

Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005;331:541-544.

Wallhed Finn S, Bakshi A-S, Andréasson S

Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Substance Use & Misuse*. 2014;49(6):762-769.

Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andréasson S

Treatment for Alcohol Dependence in Primary Care Compared to Outpatient Specialist Treatment—A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and Alcoholism*. 2018;53(4):376-385.

Wählin S

Alkohol – en fråga för oss i vården. 2:a rev och utökade upplagan. *Lund: Studentlitteratur*; 2015