

Primärvården möjlig instans för miljonen med skadligt drickande



SVEN WÅHLIN, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare i primärvårdens personalpool, Lands-tinget i Uppsala län; överläkare, Beroendecentrum, Stockholm
sven.wahlin@sil.se

I detta nummer av Läkartidningen återfinns ett tema om riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och andra droger. Ett angeläget tema; alkoholen ensam intar fjärdeplatsen i WHO:s ranking av sjukdomsburden i Europa [1].

Alkoholen är en integrerad del av vårt samhälle och vår kultur. Därför är balansen mellan dess skadeverkningar och den glädje alkoholen medför hela samhällets ansvar. Primärpreventivt är begränsning av tillgänglighet och prissättning mest effektiv [2].

Inom hälso- och sjukvården ligger beroendevården inom psykiatriens domäner. Anmärkningsvärt nog spelar primärvården oftast en begränsad roll, och vårdkedjan saknas ofta. Undantag finns: för rattfylleriärenden och i glesbygd där primärvården genomför avgiftningar och annan behandling. I stället har kommunens socialtjänst huvudansvaret för att missbrukare får den vård och hjälp de behöver.

Ny kunskap, nya möjligheter

Kunskapen om beroendetilstånd har utvecklats snabbt på senare år, men hälso- och sjukvården har inte hunnit med i samma takt.

1. Nya läkemedel mot alkoholberoende har inte slagit igenom som de förtjänar. Effekten på grupp-nivå är måttlig jämfört med placebo, men i enskilda fall har de mycket god effekt, varför lämpliga patienter bör få pröva.
2. Psykosocial behandling är effektiv och underutnyttjad. Korta strukturerade behandlingar med KBT-inslag är dessutom enkla och kan mycket väl utföras inom primärvård.
3. Bilden av alkoholberoendet och dess naturalförlopp har förändrats. Prognosen vid måttligt alkoholberoende är faktiskt god med stor självläkning [3], men behandling påskyndar tillfrisknandet och minskar risken för

följsjukdomar. 80 procent av de alkoholberoende har aldrig sökt vård, de är socialt välfungerande och har inga svåra hälsoproblem [4]. Minoriteten med svårt beroende och sociala konsekvenser söker däremot vård i större omfattning och färgar vår bild av alkoholberoendet. Svårigheten att »bota« dessa har lett till viss nihilism vad gäller behandlings-möjligheten.

5. Alkohol har ett mycket stort negativt inflytande på folkhälsan. Det är den stora delen av befolkningen med lindrig problematik som bidrar mest till sjukdomsburden på grund av sin stora numerär (cirka en miljon svenskar) [5]. Missbrukarvården har förtjänstfullt hjälpt den lilla gruppen med svårt beroende, men den största gruppen står ännu utanför.

»Måtten färre återfall, kortare återfall och mindre hejdlöst drickande kan motsvara diabetikerns HbA_{1c}.«

Primärvården som nyckelaktör

De flesta sjukdomar är multifaktoriella, och alkohol har ofta en bidragande roll i patogenesisen och kan försvåra tillfrisknandet. Hypertoni, diabetes, infektionssjukdomar, depression, ångest, sömnbesvär, psoriasis och seborré är några exempel. Därför innebär varje kontakt oavsett diagnos en möjlighet (där det passar) att tala om livsföringens och alkoholens möjliga roll.

En fast läkarkontakt med kontinuitet ger förutsättningar för en förtroendefull relation och ett patientcentrerat arbetssätt. Det innebär att patientens förväntningar och föreställningar om ett hälsoproblem är en utgångspunkt i samtalet. I den andan förs också samtalet om alkohol. Alkohol ska diskuteras så att det har relevans för patienten, inte bara för att det finns vårdprogram eller ger ersättning.

Utmaningar för primärvården

Kunskap behövs – både om alkoholens potentiella samband med vanliga sjukdomar och om samtalsmetodik. Är vi inte förankrade i fysiologisk förståelse riskerar vi att uppfattas som moralister när vi talar alkoholens hälsoeffekter med personer utan större problematik.

Screening har varit framgångsrik

inom bla mödrahälsovård och företags-hälsovård men inte hos distriktsläkare. Finns det situationer där screening kan harmoniera med primärvårdens patientcenterade arbetssätt?

Ett svårare alkoholberoende kräver stöd och kontroll över tid. Där kan man sällan bota, lika lite som man botar andra kroniska sjukdomar. Måtten färre återfall, kortare återfall och mindre hejdlöst drickande kan motsvara diabetikerns HbA_{1c}.

Kontinuiteten i primärvården är en nyckelfaktor för såväl personkännedom och förtroende som långsiktigt ansvar. Detta är en av de främsta kvalitetsindikatorerna för primärvården, och den bör främjas av vårdens styrsystem.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. The global burden of disease: update 2004. Geneva: World Health Organisation (WHO); 2008.
2. Babor T, Caetano R, Edwards G, Casswell S, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Oxford: Oxford University Press; 2003.
3. Dawson D, Grant B, Stinson F, Chou P, Huang B, Ruan W. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*. 2005;100:281–92.
4. Blomqvist J, Cunningham J, Wallander L, Collin L. Att förbättra sina dryckesvanor. Om olika mönster för förändring och om vad värden betyder. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD); 2008. Rapport nr 42.
5. Kreitman N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *Br J Addict*. 1986;81(3):353–63.

■ sammanfattat

Alkohol har ett stort negativt inflytande på folkhälsan. Den miljon svenskar med riskbruk, skadligt bruk eller måttligt beroende har större betydelse än den mindre gruppen med svårt beroende.

Ny kunskap om alkoholberoende och dess behandling tas inte till vara fullt ut.

En primärvård med kontinuitet i vård-kontakterna kan ta ett utökat ansvar.