



Regionalt Vårdprogram

Alkoholproblem

Stockholms läns landsting

2007

Medicinskt
programarbete





Regionalt Vårdprogram

Alkoholproblem

Rapporten är framtagen av
Johan Franck

Utgåva 2, ISBN 91-85211-46-X

(Reviderad utgåva 2003, ISBN 91-85209-15-5)

Om det medicinska program- arbetet i SLL

Det medicinska programarbetet i Stockholm syftar till att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet utförs av sakkunniga inom respektive område på uppdrag av Centrum för vårdutveckling, Forum och i samverkan med producenter, patientorganisationer och beställare.

Programarbetet bildar en gemensam arena för vårdens parter.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Förord

Sedan Sverige gick med i EU 1995 har den totala alkoholkonsumtionen ökat med cirka 30 procent, men de båda senaste åren har denna uppåtgående trend brutits. Det alkoholrelaterade sjukvårdsutnyttjandet har ökat mycket kraftigt i Stockholms läns landsting, särskilt bland unga kvinnor. Alkoholmissbrukets negativa sociala konsekvenser utgör en mycket stor kostnad både för de drabbade individerna och för samhället. Glädjande nog har viktiga framsteg gjorts inom behandlingsforskningen, vilket lett till att det idag finns effektiva läkemedel och psykosociala metoder som minskar risken för återfall.

Titeln på vårdprogrammet, Alkoholproblem, är avsiktligt vald för att inbegripa flera olika medicinska och psykosociala aspekter. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007) har inarbetats och arbetet med vårdprogrammet har samordnats med det pågående arbetet med en gemensam policy mellan landstinget och länets kommuner med syfte att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende.

Vårdprogrammet har tagits fram i det Medicinska programarbetet inom specialitetsrådet för psykiatri under ledning av professor Anna Åberg-Wistedt och är en uppdatering av det tidigare vårdprogrammet om Alkoholproblem som publicerades 2003. Vårdprogrammet Alkoholproblem antogs av Stockholms Medicinska Råd i maj 2007.

Vi tackar ordföranden Johan Franck och arbetsgruppen för ett gediget arbete. Vi väntar oss nu att vårdprogrammet ska bli vägledande i planeringen och styrningen av vården för människor med alkoholproblem i länet och också användas vid beslutsfattande i mötet med patienter/brukare.

Mona Boström
Landstingsdirektör
Landstingsstyrelsens förvaltning

Christina Torstensson
Tf hälso- och sjukvårdsdirektör
Hälso- och sjukvårdsnämndens
förvaltning

Innehållsförteckning

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Förord | 3 |
| Inledning..... | 7 |
| KLINISK DEL | 9 |
| Sammanfattande riktlinjer | 11 |
| Bakgrund | 13 |
| Alkoholberoende som specifikt sjukdomstillstånd | 13 |
| Alkoholberoendets orsaker och verkningar | 13 |
| Begrepp och definitioner | 15 |
| Riskbruk..... | 15 |
| Intensivkonsumtion..... | 15 |
| Missbruk/Skadligt bruk | 16 |
| Beroende | 17 |
| Återfall..... | 19 |
| Förebyggande insatser | 20 |
| Alkohol – en riskfaktor bland andra riskfaktorer för ohälsa..... | 20 |
| Arbete inom team med flera kompetenser..... | 20 |
| Lokala vårdprogram och utbildning | 21 |
| Screening, utredning och diagnostik..... | 23 |
| Screening med frågor..... | 23 |
| Screening med kemiska markörer för alkoholkonsumtion | 24 |
| Förhållningssätt | 24 |
| Anamnes | 24 |
| Behandling..... | 28 |
| Evidensbaserade behandlingsmetoder vid alkoholberoende | 28 |
| Akut medicinskt omhändertagande och omvårdnad..... | 28 |
| Behandlingsplanering och uppföljning | 29 |
| Behandlingsmål | 31 |
| Motiverande samtal | 31 |
| Farmakologisk behandling av alkoholabstinenssyndromet | 33 |
| Farmakologisk behandling av alkoholberoende | 34 |
| Psykosocial behandling av alkoholberoende | 36 |
| Metoder som saknar evidens | 37 |
| Tvångsvård | 37 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Grupper med särskilda behov | 39 |
| Genusperspektiv på alkoholproblem..... | 39 |
| Alkohol och graviditet | 40 |
| Barn till föräldrar med missbruksproblem | 42 |
| Unga vuxna med missbruksproblem..... | 43 |
| Att vara anhörig till en person med alkoholberoende | 43 |
| Alkoholproblem hos äldre..... | 44 |
| Samverkan mellan sjukvård och socialtjänst | 46 |
| Samverkan mellan primärvård, allmänpsykiatri och specialiserad beroendevård..... | 46 |
| Hälso- och sjukvårdens ansvar..... | 47 |
| Socialtjänstens ansvar | 47 |
| Patienter med komplexa vårdbehov | 49 |
| Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård | 50 |
| Stockholms läns policy för missbrukar- och beroendevården | 50 |
| Beroendevården i Stockholms läns landsting | 50 |
| Samverkan mellan specialiserad beroendevård och somatisk vård | 51 |
| Kvalitetsindikatorer..... | 52 |
| Primärvård..... | 52 |
| Specialiserad beroendevård..... | 53 |
| Fortbildning och handledning | 55 |
| ALLMÄN DEL..... | 57 |
| Alkoholvanorna och dess konsekvenser i Stockholms län | 59 |
| Tidstrender avseende alkoholkonsumtionens utveckling..... | 59 |
| Tidstrender avseende alkoholrelaterad sjukvårdskonsumtion och dödlighet..... | 60 |
| Förekomst av riskabla alkoholvanor | 61 |
| Samband mellan riskabla och skadliga alkoholvanor och annan psykiatrisk problematik..... | 63 |
| Förekomst av alkoholmissbruk/beroende och annan psykisk sjukdom | 64 |
| Kontakter med sjukvården för psykiska problem bland dem med alkoholmissbruk/ beroende | 65 |
| Psykiatriskt behandlingsbehov bland dem med alkoholmissbruk/ beroende..... | 65 |
| Referenser | 67 |
| Rekommenderad läsning..... | 71 |
| Bilaga 1. AUDIT. Formulär för screening av alkoholproblem | 72 |
| Bilaga 2. CIWA – Ar skalan. Formulär för bedömning av abstinensgrad..... | 77 |

Inledning

En rad viktiga genombrott för förståelsen av hur alkohol- och narkotikaberoende utvecklas har gjorts. Forskningsfältet är mycket intensivt och kommer att utvecklas starkt de kommande åren. Alkohol- och narkotikaberoende ses idag som ett specifikt sjukdomstillstånd som orsakar tvångsmässigt konsumtionsbeteende, vanligen i kombination med toleransutveckling och karakteristiska abstinensbesvär. Skadeverkningar av alkohol på hjärnan och andra inre organ är väl dokumenterade. Alkoholmissbrukets negativa sociala konsekvenser utgör en mycket stor kostnad både för de drabbade och för samhället i övrigt. Glädjande nog har viktiga framsteg gjorts inom behandlingsforskningen vilket lett till utvecklingen av effektiva läkemedel och psykoterapeutiska metoder som minskar risken för återfall.

Detta regionala vårdprogram är en revidering av det tidigare vårdprogrammet om Alkoholproblem som publicerades 2003. Underlaget för behandlingsrekommendationer bygger främst på SBU:s rapport Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001) och andra kunskapsöversikter. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007) har inarbetats. Arbetet har samordnats med det pågående arbetet med en gemensam policy mellan landstinget och länets kommuner för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende.

Syfte

Vårdprogrammet avser ge praktiska råd och en övergripande orientering till läkare och annan personal som möter människor med alkoholproblem. Den effektivaste behandlingen av patienter med beroende består av en kombination av psykosociala metoder och läkemedel. Forskning visar att det för personer med riskabla alkoholvanor i många fall är tillräckligt med relativt begränsade insatser s.k. minimal intervention. Införande av sådana metoder inom sjukvården är sannolikt kostnadseffektivt. Därtill kan vi konstatera att det förebyggande arbetet på sikt är avgörande för kampen mot missbruk och beroende.

Målgrupp

Det regionala vårdprogrammet vänder sig till all personal som arbetar med riskbruk och beroende, och till beställare av hälso- och sjukvård som vägledning vid planering och beställningar av vård. Vårdprogrammet kan också läsas av patienter, närstående och frivilligorganisationer.

Arbetsgrupp och förankring

Vårdprogrammet har tagits fram av en arbetsgrupp med docent *Johan Franck*, överläkare vid Beroendecentrum Stockholm, adjungerad universitetslektor i klinisk alkohol- och narkotikaforskning, Karolinska Institutet, som ordförande.

Övriga ledamöter har varit:

Sven Andréasson, docent, överläkare vid Beroendecentrum Stockholm

Kerstin Damström Thakker, med.dr., enhetschef, Centrum för folkhälsa, Alkohol- och Drogprenvention

Mona Göransson, med.dr., leg. barnmorska, Psykiatriska kliniken Sydväst,

Kerstin Hjalmarsson, chefssjuksköterska STAD-projektet, Beroendecentrum Stockholm

Christina Högbloom, Socialtjänstförvaltningen Stockholms stad,

Peter Wirbing, leg. sjuksköterska, bitr.sektionschef, Beroendecentrum Stockholm

Christina Scheffel, leg. psykolog, Beroendecentrum Stockholm

Anne Tham, docent, överläkare och sektionschef, psykiatriska sektionen, Norra Stockholms psykiatri.

Programmet har tagits fram inom specialitetsrådet i psykiatri. Programmet har varit på remiss till samtliga verksamhetschefer inom psykiatri i Stockholms läns landsting, specialitetsrådet i allmänmedicin m.fl.

Eva Huslid, Centrum för vårdutveckling, Forum svarar för samordning och redigering.

Vårdprogrammet Alkoholproblem kommer att finnas tillgängligt både i tryckt version och som nätversion med tillgång till rekommenderade screeninginstrument.

Programmet kommer att finnas i webbaserad form på VISS (www.VISS.nu).

Klinisk del

Sammanfattande riktlinjer

- **En patient med alkoholproblem skall alltid erbjudas rådgivning eller behandling oavsett var i sjukvården denne söker hjälp, även om det enbart innebär en hänvisning eller remiss.**
- **Vid riskbruk skall patienten erbjudas kort rådgivning.** Det innebär icke-konfrontativ information och rådgivning, t ex om att minskat alkoholintag kan ha gynnsamma effekter på ett förhöjt levervärde eller blodtryck. Kort rådgivning har inte säkerställd effekt vid alkoholberoende.
- **Sannolikheten för tidig upptäckt av alkoholproblem (riskbruk, missbruk eller beroende) ökar om man använder systematiska och standardiserade screeningmetoder (t ex AUDIT eller CAGE).** Känsligheten hos kemiska markörer för att upptäcka riskabla alkoholvanor ökar om flera markörer kombineras. Det är viktigt att patienten informeras om syftet med frågeformuläret/provtagningen och upplever sig ha nytta av resultaten.
- **Systematisk screening för riskbruk hos vuxna rekommenderas** särskilt på akutmottagningar, i psykiatrisk öppenvård, primärvård samt på mödravårdscentraler. Inom somatisk specialistvård kan riktad screening övervägas, t ex inom kirurgiska och internmedicinska specialiteter till patienter med högt blodtryck, förhöjda levervärden, oklara fallolyckor m m.
- **Utredning och diagnos måste föregå val av intervention och behandling.** Diagnosen alkoholberoende ställs i enlighet med kriterierna i ICD-10 eller DSM-IV.
- **Barn till föräldrar med missbruksproblem ska alltid uppmärksammas.** I all kontakt med missbrukare/beroendesjuka är det viktigt att återkommande ha en dialog om deras eventuella barn och familjesituation. Vid misstanke om att ett barn far illa eller allvarligt försummas på grund av förälders eller närstående vuxnas missbruk ska sjukvårdspersonal göra en anmälan till socialtjänsten (14 kap, 1§ Socialtjänstlagen).
- **Akut alkoholförgiftning kan kräva övervakad tillnyktring av medicinska skäl,** exempelvis då det finns riskfaktorer för komplicerad abstinens (hög puls, långvarigt missbruk, tidigare abstinenskramp eller delirium tremens, feber, aspiration, pneumoni, blödningar, skalltrauma). Individer som omhändertages av polisen enligt Lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) övervakas vanligen i arrestlokal men bör i fall av stark berusning eller ovanstående riskfaktorer vårdas inom sjukvården (t ex tillnyktringsenhet, akutmottagning).

- **Behandling av alkoholabstinens** syftar till att förhindra livshotande komplikationer, främst Wernicke-Korsakoffs syndrom, epileptiska abstinenskrampor, och delirium tremens. Patienter med alkoholabstinens skall bedömas omedelbart efter ankomst till sjukhus. Parenteralt thiamin skall alltid ges om det inte är uppenbart onödigt. Tidigt insatt behandling minskar risken för komplicerad abstinens. Behandling med bensodiazepiner minskar risken för delirium och krampfall.
- Vid svårare problem, och då alkoholberoende konstaterats, skall en **vårdplan** upprättas.
- **Effekten av behandling vid alkoholberoende är god** då jämförelse görs med behandling av andra kroniska sjukdomar som hypertoni, diabetes typ-2 och astma. Även följsamheten i behandling är i nivå med dessa sjukdomar. Alkoholberoende är ofta en kronisk sjukdom som kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandlingsinsatser och utvärdering av deras effekter. Liksom vid övriga psykiatriska tillstånd är samverkan mellan sjukvård och socialtjänst ofta av stor vikt.
- **Psykosocial behandling** innefattar bl a olika former av kognitiv beteendeterapi (exempelvis "återfallsprevention"), motiverande samtal, 12-stepsprogram samt metoder för att mobilisera omgivningens stöd ("Community Reinforcement"). Psykosociala behandlingsmetoder mot återfall **förstärks av läkemedel (akamprosat eller naltrexon) som därför alltid bör erbjudas** om inga kontraindikationer föreligger. Akamprosat och naltrexon har effekt även då den psykosociala behandlingen enbart består av medicinska råd och stöd. Det vetenskapliga underlaget för att använda disulfiram (Antabus) är begränsat. Effekten av disulfiram förefaller störst om läkemedlet ges under övervakning. Överväg remiss till beroendeklinik om patienten uppvisar blandmissbruk av t ex alkohol och bensodiazepiner, eller narkotika. Alkoholberoende utan blandmissbruk kräver i de flesta fall ej specialiserad beroendevård.
- **Alkoholberoende skall ses som ett specifikt sjukdomstillstånd.** Psykosocial behandling som inte fokuserar på alkoholberoendet saknar effekt mot återfall. Behandling av patienter med alkoholberoende med antidepressiva läkemedel har effekter mot depression och ångest men inte på alkoholberoendet. Behandling med ångestdämpande läkemedel har heller ingen effekt på beroendet. Långtidsbehandling med bensodiazepiner (och besläktade sömnmedel) är kontraindicerad vid alkoholberoende.
- Vid behandling av **patienter med psykisk störning och alkoholberoende, samt hemlösa patienter med missbruksproblem** måste såväl missbruket som den psykiska störningen och andra livsproblem behandlas samtidigt.

Bakgrund

Alkoholberoende som specifikt sjukdomstillstånd

Mot bakgrund av den ökade alkoholkonsumtionen och det ökade missbruket av andra beroendeframkallande medel, ofta i kombination, har beroendevården fått ökad strategisk betydelse för samhället. Alkohol- och narkotikaberoende ses idag som ett specifikt sjukdomstillstånd som orsakar ett tvångsmässigt konsumtionsbeteende, vanligen i kombination med toleransutveckling för drogen och karakteristiska abstinensbesvär. Med begreppet skadligt bruk/missbruk betonas istället de negativa sociala och medicinska konsekvenser som konsumtion av alkohol och narkotika leder till. Beroendet är i grunden en störning av hjärnans funktion till följd av exponering för alkohol eller andra droger. I kombination med genetiska och sociala sårbarhetsfaktorer hos individen kan det skadliga bruket av alkohol eller droger orsaka ett tillstånd som karakteriseras av drogsug och tvångsmässigt intag. Sjukdomskonceptet har stimulerat forskningen och medverkat till att minska stigmatiseringen av detta kroniska tillstånd, vilket gör att behandlingseffekterna idag jämförs med dem som finns vid exempelvis diabetes typ -2, astma eller hjärtsjukdomar.

Alkoholberoendets orsaker och verkningar

En rad viktiga genombrott för förståelsen av hur alkohol- och narkotikaberoende utvecklas har gjorts under den senaste tioårsperioden. Det har visats att det genetiska arvet hos en individ förklarar risken för att utveckla beroende vilket gör *beroende till en av de mest ärftliga sjukdomarna bland tillstånd med komplex orsaksbakgrund*. Detta forskningsfält är mycket intensivt och kommer att utvecklas starkt de kommande åren. Skadeverkningar av alkohol på hjärnan och andra inre organ är väl dokumenterade. Alkoholrickande under graviditeten kan leda till fosterskador och svåra funktionshinder hos barnet. Skrumplever är ett problem som redan visat sig öka till följd av den ökade alkoholkonsumtionen och för vilken ingen specifik behandling finns idag förutom strikt avhållsamhet från alkohol,

samt, i utvalda fall, transplantation av levern. Långvarig alkoholkonsumtion kan leda till hjärnskador med åtföljande psykiska skadeverkningar i form av ångest, sömnproblem och kroniska depressioner vilka lätt kan feltolkas som orsakade av andra faktorer.

Begrepp och definitioner

Riskbruk

Riskbruk definieras vanligen som en konsumtion som signifikant ökar risken för somatiska och psykiska skador, utan att den ännu behöver ha lett till symptom eller tecken på sådana skador. Utöver den generella risknivån måste man beakta individens känslighet. Riktvärdet för riskbruk är en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas per vecka för män, vilket motsvarar 168 g alkohol eller 53 cl starksprit, eller 9 standardglas per vecka för kvinnor, vilket motsvarar 108 g eller 34 cl starksprit.

Ett standardglas alkohol innehåller 12 g alkohol, vilket återfinns i något av nedanstående:

- 15 cl bordsvin
- 33 cl starköl (5 procent)
- 8 cl dessertvin
- Knappt 4 cl sprit.

Intensivkonsumtion

Ett dryckesmönster som är förenat med särskilt hög risk för fysisk och psykisk sjuklighet är intensivkonsumtion. Det brukar definieras som att dricka minst fyra (kvinnor) respektive fem (män) glas alkohol vid ett och samma tillfälle. Ett glas alkohol beräknas innehålla 12 gram ren etanol. Intensivkonsumtion motsvaras av vad som ofta även kallas "berusningsdrickande".

Missbruk/Skadligt bruk

Begreppet missbruk/skadligt bruk betonar de negativa sociala och medicinska konsekvenser som alkohol och narkotika leder till. Alkoholmissbruk (substansmissbruk) enligt DSM-IV (1) är ett upprepat drickande av alkohol det senaste året, som lett till minst ett av fyra kriterier avseende sociala, psykiska eller fysiska skador. I ICD-10 klassifikationen (2) kallas motsvarande diagnos Skadligt bruk. För exakt definition och ordalydelse hänvisas till respektive manual.

Substansmissbruk*

Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV

- A. Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:
1. Upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (t ex substansrelaterad upprepad arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer; substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola; substansrelaterad vanskötsel av barn och hushåll).
 2. Upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (t ex substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner).
 3. Upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (t ex att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende).

Fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substans-effekterna (t ex slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning).

- B. Symtomen har aldrig uppfyllt kriterierna för substansberoende

*med substans avses alla typer av beroendeframkallande medel, t ex alkohol, nikotin, cannabis, amfetamin, kokain, heroin.

Beroende

Med alkoholberoende menas enligt ICD-10 en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen, där alkoholen får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse. För att ställa diagnosen krävs att minst tre av följande sex kriterier är uppfyllda under det senaste året.

- Ett starkt behov ("sug") eller tvång att dricka alkohol
- Svårigheter att kontrollera alkoholkonsumtionen (kontrollförlust)
- Förekomsten av abstinenssymtom
- Toleransökning
- Tilltagande ointresse för andra saker p g a alkohol
- Fortsatt konsumtion trots kroppsliga eller psykiska skador

Beroendesyndromets diagnostik är likartad i ICD-10 och DSM-IV. Överensstämmelsen mellan de båda diagnostiska systemen är ungefär 95 procent. Beroende enligt DSM-IV föreligger om minst tre av nedanstående kriterier är uppfyllda under det senaste året (för exakt ordalydelse hänvisas till DSM):

- Tolerans
- Abstinensbesvär (eller återställare)
- Dricker större mängder eller oftare än vad som avsågs (kontrollförlust)
- Varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera drickandet
- Mycket tid ägnas åt att handla alkohol, dricka den och att återhämta sig från drickandet
- Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av drickandet
- Drickandet fortsätter trots vetskap om de fysiska och psykiska besvär som sannolikt orsakas eller förvärras av detta.

Beroendet kan föreligga med eller utan fysiskt beroende. Tolerans eller abstinens föreligger vid fysiskt beroende.

Substansberoende

Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolv månaders-period:

1. Tolerans, definierat som endera av följande:
 - a) ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt
 - b) påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
2. Abstinens, vilket visar sig i något av följande:
 - a) abstinenssymtom som är karaktäristiska för substansen (anges under abstinenskriterium A och B för de olika substanserna),
 - b) samma substans(eller en liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom.
3. Substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs.
4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen eller hämta sig från alkoholbrukets effekter.
6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av alkoholbruket.
7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen (t ex fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen).

Specificera om:

med fysiskt beroende: belägg för tolerans eller abstinens (d v s endera av kriterium 1 eller 2 föreligger).

utan fysiskt beroende: inga belägg för tolerans eller abstinens (d v s varken kriterium 1 eller 2 föreligger).

*med substans avses alla typer av beroendeframkallande medel, t ex alkohol, nikotin, cannabis, amfetamin, kokain, heroin.

Återfall

Återfall är en term som definieras i relation till patientens tillstånd före behandling och patientens individuella behandlingsmål. I princip är ett återfall en återgång till det dryckesbeteende som motiverade behandlingen.

Punktåterfall

Beroende på behandlingsmål är en dag med intensivkonsumtion (om behandlingsmålet är kontrollerat drickande) respektive någon alkoholkonsumtion (om behandlingsmålet är helnykterhet) att betrakta som punktåterfall.

Förebyggande insatser

Alkohol – en riskfaktor bland andra riskfaktorer för ohälsa

Diskussionen med patienten om alkoholvanor bör ses som en del av en diskussion om levnadsvanor. Budskapet till såväl patienter som personal är att hög alkoholkonsumtion är en riskfaktor för ohälsa på samma sätt som rökning eller olämpligt sammansatt kost. Detta synsätt kan förmedlas genom att läkare, sjuksköterskor och andra i sjukvården tillämpar en screeningmetodik som innebär att frågor om alkoholvanor vävs samman med frågor om andra levnadsvanor. Ett exempel är datoriserade livsstilstest där patienten (t ex i väntrummet) erbjuds att vid en dator besvara frågor om livsstil, innefattande matvanor, alkohol, droger, rökning och motion. Datorprogrammet är interaktivt och levererar omedelbar feedback på alla avsnitt och gör slutligen en sammanställning av patientens livsstil, som kan användas för dialog mellan patient och vårdgivare.

Arbete inom team med flera kompetenser

Läkare och andra personalgrupper kan ha olika roller i det förebyggande arbetet. En framgångsrik modell bygger på att läkarna identifierar patienter med riskkonsumtion och hänvisar dem till en specialutbildad sjuksköterska på vårdcentralen. Sjuksköterskan utvecklar diagnostiken och genomför därefter samtal som syftar till att hjälpa patienten att genomföra en beteendeförändring. Även personal med annan utbildningsbakgrund som kuratorer, sjukgymnaster, psykologer m fl, kan genomföra denna typ av rådgivning. En kombination av läkarens medicinska kompetens (ordination av laboratorieprover, läkemedelsbehandling, etc) och andra personalgruppers psykosociala behandlingskompetens bör eftersträvas.

Lokala vårdprogram och utbildning

Varje vårdcentral/husläkarmottagning bör anta ett eget lokalt vårdprogram för det förebyggande arbetet. Detta bör innehålla insatser för flera riskfaktorer som alkohol, tobak, kost och motion. Den lokala förankringen av vårdprogrammet är helt avgörande och förutsätter oftast en återkommande diskussion om egna attityder och värderingar i arbetslaget. Inslag i ett lokalt vårdprogram är t ex rutiner för screening (t ex datoriserat livsstilstest eller frågeformulär för vissa patientkategorier, under vissa tidsperioder etc), rutiner för rådgivning/behandling (hos läkare, specialutbildad sjuksköterska eller annan personal), policy för vidareutbildning i alkoholfrågor och policy för dokumentation.

Utbildning krävs och bör vara av olika omfattning och nivå. Dels bör korta utbildningar i form av enstaka föreläsningar eller halvdagar erbjudas för breda personalgrupper i syfte att orientera dem om utvecklingen på området och betydelsen av förebyggande insatser. Vissa metoder för screening och rådgivning beskrivs. Ambitionen är att på kort tid tillhandahålla enkla redskap. Här presenteras exempelvis FRAMES-principerna för kort rådgivning (se sid 32), däremot inte motiverande samtalsmetodik, som är betydligt mer krävande att tillägna sig.

På nästa nivå kan t ex erbjudas kurser på 2–3 dagar, där syftet är att förmedla såväl teoretiska grunder som praktisk färdighetsträning. Här höjs ambitionsnivån till att också träna mer avancerade motiverande tekniker och förhållningssätt. Därtill erbjuds fördjupningskurser och kurser för blivande utbildare och handledare. Vissa kurser kan erbjudas specialgrupper, exempelvis mödrahälsovården som arbetar med att förebygga alkoholskador hos fostret under graviditet. Principerna för sekundärprevention och motivationshöjande samtal är för detta ändamål i princip desamma. De olika utbildningsnivåerna beskrivs schematiskt i tabellform nedan som exempel på uppläggning av ett utbildningsutbud.

Tabell 1. Exempel på utbildningsprogram för personal som arbetar utanför den specialiserade beroendevården.

| Utbildningsnivå | Tidsåtgång | Huvudsakliga inslag |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introduktion: alkohol & sjukvård | 2 tim | Allmän alkohollära Screeningmetoder, livsstilstest Alkoholrådgivning i motiverande anda |
| Grunderna i kort rådgivning | 4 tim | Utveckla rådgivning Vardagliga problem Hantera motstånd Grunderna i behandling av riskbruk |
| Motiverande samtal, grundkurs | 2–3 dagar | Förändringspsykologi Samtalsmetodik Övningar med video och skådespelare |
| Motiverande samtal, avancerad kurs | 2–3 dagar | Upplägget styrs av deltagarnas erfarenheter och frågor Avancerade färdigheter tränas under observation |
| Utbildning av utbildare | 2–3 dagar | Kursupplägg Genomgång av övningar Arbeta med skådespelare |

Screening, utredning och diagnostik

Screening med frågor

Diagnostisk screening för riskbruk är särskilt användbar i primärvård, psykiatrisk öppenvård, på mödravårdscentraler och i annan somatisk vård.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Bilaga 1) är ett av WHO utvecklat screeninginstrument som används för tidig upptäckt av personer med riskabla alkoholvanor. I nyligen publicerade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården rekommenderas AUDIT både för identifiering av alkoholproblem och bedömning av problemtyngd (Socialstyrelsen, 2007). Det finns även andra screeninginstrument som ofta används, t ex CAGE (som är en akronym för Cut down, Annoyed, Guilty och Eye-opener).

Fördelen med de strukturerade frågeformulären är deras relativt höga sensitivitet (förmåga att upptäcka personer med problem). I flera valideringsstudier har sensitiviteten varit 70–90 procent för CAGE och AUDIT. Även specificiteten (förmågan att urskilja dem som inte har problem) är hög, 80–90 procent. Frågeformulären är också lätta att använda för icke-specialister. Innan formulären används måste man ha vunnit patientens förtroende, så att patienten är införstådd med att formulären används i hans/hennes eget intresse.

Alla screeningformulär måste kombineras med kliniskt omdöme för att ges rimliga tolkningar. Dock visar studier att kliniskt omdöme eller ”klinisk blick” inte i sig är tillräcklig för att i någon större utsträckning uppmärksamma alkoholproblem. Det är relativt få personer med riskbruk som uppvisar de klassiska psykosomatiska besvär som många associerar till alkoholproblem. Därtill är flertalet av de personer som företer dessa symtom inte alkoholberoende. Som enda screeningmetod är således ”klinisk blick” undermålig med både låg sensitivitet och specificitet.

Screening med kemiska markörer för alkoholkonsumtion

Motiven för provtagning kan skifta – screening, bioåterkoppling, forskning. Viktigt är att patienten informeras om syftet med provtagningen och upplever sig ha nytta av resultaten.

Många markörer kan användas, men etanol i utandningsluft, etanol i blod, S-GT, S-ASAT, S-ALAT och B-MCV är de vanligaste. Endast markören etanol är specifik. Stegning av S-GT är specifik i endast två tredjedelar av fallen. Kvinnor reagerar mindre och vissa läkemedel kan störa. S-CDT (kolhydratfattigt transferrin) har bättre specificitet än tidigare markörer men är dyrare. På många håll används CDT bara för differentialdiagnostik i mer svårtolkade fall. De biokemiska markörernas värde som screeningmetod begränsas av att sensitiviteten bland symptomfria individer med riskbruk är låg, endast mellan 15 och 35 procent av riskbrukare får förhöjda värden.

Förhållningssätt

Det är av olika skäl lätt att en behandlare i sjukvården missar att en patient missbrukar alkohol, även om denne på olika sätt antyder att det finns ett problemdrickande eller att man kan se vissa kroppsliga tecken på detta. *Förhållningssättet hos läkaren och annan behandlande personal ska vara vänligt och empatiskt, lyssnande och inte fördömande.* Forskningen har utdömt konfrontativa metoder som verkningslösa. Utredning (av omfattning, kroppsliga och psykiska symptom samt sociala konsekvenser) och diagnos av alkoholproblemet måste föregå val av intervention och behandling. Även somatiskt status, psykiatrisk komorbiditet, social funktionsnivå och problem inom andra livsområden, som sammanhänger med alkoholproblemet, bör bedömas.

Anamnes

Att få uppgift om patienters alkoholvanor går olika lätt beroende på situationen. Den som söker hjälp för att han/hon inte längre bemästrar kontrollen över drickandet, är ofta öppen och läkaren/behandlaren behöver främst lyssna. Om en person mer eller mindre tvingats till samtal riskerar informationen att bli ofullständig. Det är viktigt att lära sig att fråga på ett

naturligt och inte fördömande sätt. En bristfällig frågeteknik kan utlösa motstånd hos patienten.

En god regel är att alltid inkludera frågor om alkohol i anamnesen. Frågorna kan initialt hållas mycket allmänna: "Hur använder du alkohol?". Ibland kan det vara av värde att öka precisionen genom att ställa några standardfrågor: "Hur många dagar brukar du använda alkohol under en normal vecka?", "De dagar du dricker alkohol, hur mycket dricker du då?", "Hur ofta händer det att du dricker mer än fem glas vid ett och samma tillfälle?". Generellt sett bör man dock undvika att fokusera på exakta mängder i början av en vårdkontakt eftersom detta kan leda till att patienten hamnar i en försvarsställning.

Ett alternativ till dessa konsumtionsinriktade frågor är att ställa frågor om upplevda problem, t ex "Har du funderat över om dina alkoholvanor kan leda till problem för dig?", eller "Är du orolig över dina alkoholvanor?". Aktuella studier visar att allmänläkare lägger ner en hel del arbete på alkoholberoende patienter. Däremot förekommer inte så mycket organiserat sekundärpreventivt arbete baserat på screening. Alla studier som redovisat positiva resultat av sekundärprevention har dock utgått från screening i någon form. Framför allt har frågeformulär och laboratorieanalyser använts. Även om dessa metoder har ett stort värde bör framhållas, att det naturligaste är att använda den reguljära anamnesen som screeningmetod. I många fall kan frågor om alkoholvanor kopplas till orsaken till besöket.

När möjlighet finns att knyta an till ett hälsoproblem upplevs alkoholfrågorna sällan som svåra, vare sig för läkaren eller patienten. Däremot kan det vara svårare att ta upp en alkoholdiskussion när det inte föreligger någon medicinsk anledning vid besökstillfället. Med tillämpning av principerna från motiverande samtalsmetodik (se nedan) är det oftast möjligt att snabbt bedöma om patienten är beredd att diskutera frågan eller inte – och att avstå från att driva frågan när beredskap för detta saknas. Mot bakgrund av den dokumenterade inställning många allmänläkare hyser för de mest använda screeningmetoderna bör nya metoder övervägas. Screeningen får inte uppfattas som påträngande samtidigt som den ska vara tidseffektiv. Då alkohol uppfattas som ett särskilt känsligt område för personalen att diskutera med sina patienter, är det möjligt att screeningen skulle underlättas om denna inte bara handlade om alkohol utan vävdes in i ett mer allmänt livsstilsperspektiv. Ett alternativ som inte utnyttjats i någon större utsträckning är att utnyttja datorer för livsstilstest som inbegriper frågor om alkohol. Datorstödd livsstilsanamnes har använts i en serie studier runt om i världen.

Erfarenheterna av dessa talar för att patienterna accepterar datormetodiken och att deras svar är lika tillförlitliga som vid intervjuer respektive papper- och pennatest.

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård identifierar ett antal områden och situationer då det finns anledning att närmare undersöka om alkohol- eller narkotikaproblem kan finnas. Områdena är arbetslivet (företagshälsovården) samt den psykiatriska och somatiska sjukvården (kroppssjukvården).

Inom arbetslivet kan följande situationer vara tecken på alkohol- eller annat missbruk.

- Upprepad sjukfrånvaro, speciellt efter helgerna
- Försämrade arbetsprestationer

Inom psykiatrin kan man nämna följande tillstånd:

- Depressioner (t ex utmattningsdepressioner och sömnstörning)
- Upprepad självdestruktivt beteende
- Olika slag av ångestsyndrom.

Inom kroppssjukvården kan man som exempel nämna följande tillstånd eller diagnoser:

- Olycksfall
- Hjärtarytmi
- Högt blodtryck
- Bukspottskörtelinflammation
- Mag- och tarmbesvär
- Leversjukdomar
- Olika cancerformer.

Observera att ovanstående symptom och tecken kan ge misstanke om missbruk. Vid riskbruk föreligger sällan några särskilda symptom eller tecken.

Time-line Follow-Back

Time-Line Follow-Back (TLFB) är en anamnesmetod, som möjliggör en systematisk genomgång av de senaste veckornas alkoholkonsumtion, både vad avser mängd och mönster, t ex förekomst av intensivkonsumtion och tecken på beroende. En vanlig observationsperiod är de tre senaste månaderna. TLFB finns beskriven som metod i BIB 1998 (3).

Ett motivationshöjande inslag i bedömningen av en patient med riskbruk kan vara att låta patienten jämföra sin konsumtion med den svenska normalbefolkningens genom att visa ett histogram baserat på aktuella data. Det vetenskapliga stödet är starkt för att en kombination av anamnes med öppna frågor, screeningformulär och kemiska markörer ökar såväl sensitivitet som specificitet.

Behandling

Evidensbaserade behandlingsmetoder vid alkoholberoende

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i sin rapport "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem" (2001) analyserat resultaten av samtliga publicerade randomiserade kliniska prövningar av läkemedelsbehandling vid dessa tillstånd. Dessutom har en omfattande granskning av effekterna av psykosociala behandlingsmetoder vid alkohol- och narkotikaberoende gjorts. Socialstyrelsen har i sina "Riktlinjer för missbruks- och beroendevården" (2007) utgått från SBU-rapporten samt gjort en fördjupad analys av de senaste årens forskningsläge. Läkemedelsverket har också utfärdat särskilda rekommendationer för läkemedelsbehandling vid alkoholberoende.

Akut medicinskt omhändertagande och omvårdnad

Alkoholabstinens

Alkoholabstinens är ett potentiellt livshotande tillstånd som kan kompliceras av generaliserade toniska-kloniska krampanfall och/eller delirium tremens. Det akuta omhändertagandet ställer därför krav på korrekt diagnostik. Samtidig somatisk sjukdom, exempelvis lunginflammation, andra infektioner, diabetes eller skallskada, ökar risken för komplicerad abstinens och delirium. Patienter som tidigare haft krampanfall eller delirium under abstinens löper förhöjd risk att få det igen. En annan riskfaktor är takykardi. Berusade patienter som uppvisar någon av dessa riskfaktorer bör observeras på sjukhus. Specifik farmakologisk abstinensbehandling skall inledas då patienten uppvisar karakteristiska abstinenssymptom, även om det finns alkohol kvar i kroppen. Det är den kliniska bilden som skall styra behandlingen.

Patienter med alkoholabstinens skall bedömas omedelbart efter ankomst till sjukhus. Fördröjning av undersökning och diagnostik i detta skede är ej

förenligt med god vård. Tidigt insatt behandling minskar risken för komplicerad abstinens.

Om inga riskfaktorer föreligger kan abstinensen ofta behandlas i öppen vård. Samma behandlingsprinciper gäller som i slutenvård. Det innebär att korstoleranta preparat skall användas, i första hand bensodiazepiner. Det finns inga belägg för att den i Sverige vanliga traditionen att lägga till ett antiepileptiskt preparat utöver bensodiazepiner minskar risken för abstinenskramp ytterligare jämfört med enbart bensodiazepiner. Behandling med enbart antiepileptika saknar vetenskapligt stöd (se nedan). Detsamma gäller för användning av antiepileptika som tillägg till bensodiazepiner. Behandling med bensodiazepiner leder till en signifikant minskning av antalet fall av delirium tremens och abstinenskramp. Motsvarande effekter har inte visats för någon annan preparatgrupp.

Risken för beroendutveckling vid behandling med bensodiazepiner under kort tid är låg. I gruppen alkoholberoende har många patienter erfarenhet av bensodiazepinpreparat och 4–5 dagars behandling innebär sällan någon ökad risk för missbruk. Hos patienter som skall behandlas för alkoholabstinens och som har ett pågående missbruk av bensodiazepiner är det viktigt att erbjuda en långsam nedtrappning av bensodiazepinerna.

Abstinensgraden kan bedömas med hjälp av särskilda skattningsskalor som är enkla att använda och kan öka tillförlitligheten i bedömningen. Den mest använda är CIWA-skalan (CIWA-Ar; Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol; Bilaga 2). Genom att använda CIWA-skalan kan en preliminär bedömning av patienten göras och man kan snabbt få en indikation på om abstinensgraden motiverar slutenvård och farmakologisk behandling.

Behandlingsplanering och uppföljning

Vid komplicerat alkoholberoende (med misstanke om blandmissbruk, kriminalitet, bostadslöshet mm) bör det finnas möjlighet att hänvisa patienter till bedömning inom den specialiserade beroendevården. En sådan bedömning innefattar lämpligen bedömning med någon systematisk metod, exempelvis Addiction Severity Index (ASI). Utbildning i ASI-intervjuer för behandlare inom beroendevården tar två dagar och förutsätter klinisk erfarenhet av behandlingsarbete med alkohol- och narkotikaproblem.

En problemprofil erhålls inom följande sju dimensioner: somatisk sjuklighet, arbete, alkohol, narkotika, kriminalitet, familj/umgänge samt psykisk hälsa. Tanken med ASI är att dokumentera tyngden av de problem som individen har före behandling och att jämföra med tyngden efter genomgången behandling. ASI tar 45–60 minuter att genomföra för en tränad intervjuare.

ASI innehåller det minimum av information som är nödvändigt för att mäta problemtyngden inom en rad olika områden. Detta är tillräckligt för att kunna vägleda valet av behandlingsnivå. En viktig fördel med ASI är att patientens egen uppfattning om behovet av insatser på respektive område efterfrågas, vilket ger ytterligare vägledning inför valet av behandling. Förutom att problemtyngden kan jämföras före och efter en behandling, kan den jämföras mellan olika behandlingsprogram, och mellan t ex grupper i öppenvård och slutenvård.

I tabellen nedan sammanfattas val av behandlingsnivå i förhållande till patientkarakteristika som är mest centrala vid denna bedömning.

Tabell 2. Behandlingens uppläggning påverkas av missbrukets tyngd och förekomst av social instabilitet och/eller psykisk störning.

| Missbrukets tyngd | Social instabilitet | Psykisk Störning | Behandlingens uppläggning |
|-------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| + | 0 | 0 | Enkel intervention/motiverande rådgivning |
| ++ | 0 | 0 | Öppen vård – lång, flera problemområden |
| ++ | ++ | 0 | Sluten/halvöppen/öppen strukturerad behandling, lång |
| ++ | ++ | ++ | Sluten/halvöppen/öppen strukturerad behandling, lång + psykiatrisk bedömning och behandling |
| + | ++ | ++ | Sluten vård initialt, samtidig psykiatrisk behandling, lång |
| + | 0 | ++ | Psykiatrisk öppenvård, alkoholrådgivning |

Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) har tillsammans med Socialstyrelsen gett ut skriften ASI – en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem, (4).

Behandlingsmål

Tydliga behandlingsmål behöver formuleras både på kort och lång sikt och med avsikten att följas upp, s k målrelaterad uppföljning. (Se vidare fokusrapporten: Måluppfyllelse vid rehabilitering. Erfarenheter i att använda en metod som förenar patient och vårdgivare om gemensamma behandlingsmål, www.hsn.sll.se/mpa). Målet för behandlingen måste vara individuellt och bygga på patientens motivation. Målet kan förändras under behandlingen, som inledningsvis kan innefatta motiverande samtal. I första hand syftar behandling till att begränsa den skadliga alkoholkonsumtionen, både mängd och frekvens. I andra hand är det önskvärt med en ökad psykisk och social funktionsnivå. Eftersom specifik psykiatrisk behandling (läkemedel, psykoterapi) i regel är verkningslös hos en patient som missbrukar alkohol är det rimligt att alltid prioritera nykterhetsstödjande interventioner. Behandling av depression och ångest hos en alkoholberoende patient har oftast ingen effekt på beroendetillståndet (se nedan).

Motiverande samtal

Samtal i syfte att öka motivationen hos patienten att förändra sina alkoholvänor är den centrala uppgiften i sekundärpreventionen. Själva screeningen kan lösas på flera olika sätt, med anpassning efter lokala förutsättningar och önskemål, men om läkaren känner olust inför samtalet om alkohol minskar sannolikheten för att screening genomförs.

Utbildning i motiverande samtalsmetodik kan genomföras med olika ambitionsnivåer. På den basala nivån handlar det om att ta fasta på det som läkare och sjuksköterskor har stor erfarenhet av och redan gör bra – rådgivning – och utveckla de motivationsökande inslagen i rådgivningen.

Den motiverande samtalsmetoden brukar sammanfattas i akronymen FRAMES (se textruta). I denna beskrivs de bärande inslagen i de framgångsrika sekundärpreventiva studier som rapporteras i litteraturen. FRAMES-modellen, som är utvecklad med allmänläkarens perspektiv, förutsätter grundläggande alkoholkunskaper och att man kan besvara de vanligaste frågorna som patienten kan ställa om alkoholens hälsoeffekter.

| FRAMES | |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| F eed-back | Läkaren delger patienten sin bedömning |
| R esponsibility | Det är patientens ansvar att förändra sitt drickande |
| A dvice | ...men läkaren kan ge råd |
| M enu | ...och dessa råd kan utformas som en meny, där det finns olika alternativ |
| E mpathy | Ett empatiskt förhållningssätt fungerar bäst |
| S elf-efficacy | Läkaren kan stärka patientens tilltro till sin förmåga att göra förändringar |

På nästa utbildningsnivå handlar det om att förmedla principerna för motiverande samtal (eng. Motivational Interviewing; MI). *Motiverande samtal är en patientcentrerad metod där behandlaren utan påtryckningar hjälper patienten att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende.* I denna metodik inarbetas flera av de inslag som visat sig verksamma i olika förändringsmodeller: att ge positiv förstärkning, stärka självtilliten och att övervinna ambivalens. Med ökad medvetenhet kan den ambivalens som ofta präglar människors beteenden minskas och beslut om förändring underlättas. Metoden är attraktiv för många behandlare därför att den är generaliserbar till arbete med andra riskfaktorer och ett flertal beteendeproblem. Den är dock mer krävande för sjukvårdspersonal att ta till sig, och kräver en grundutbildning på tre dagar, plus uppföljningsträffar och handledning.

Den motivationshöjande samtalsmetodiken innehåller två delar. Den första delen är bedömningen av patientens beredskap till förändring. Här handlar det om att nå insikt om patienten inte är beredd att göra förändringar, om han/hon är ambivalent till förändring eller redan har bestämt sig för förändring. Den andra delen utgörs av ett samtal som är anpassat till patientens förändringsberedskap. Det är av stor vikt att korrekt identifiera i vilket stadium av förändringsprocessen en person befinner sig, då de olika

stadierna ställer olika krav på behandlaren. Om en patient inte är beredd att göra förändringar bör behandlaren inrikta sig på saklig neutral information men inte ha någon ambition att få patienten att fatta beslut om förändring. Om patienten är ambivalent bör samtalet inriktas på att ge henne/honom hjälp att nå förbi det stadiet och fram till ett beslut. I de fall slutligen, där patienten är inställd på förändring, inriktas samtalet mot att ge stöd för förändring.

I den motivationshöjande samtalsmetodiken använder man sig av ett antal tekniker vars syfte är att underlätta kommunikation och öka förståelse. Dessa tekniker är väl kända från kommunikationsforskningen och innehåller bl a öppna frågor, reflekterande lyssnande, summeringar och uppmuntran. Därtill strävar man efter att från patienten locka fram självmotiverande uttalanden, dvs att få patienten att själv uttala en önskan om att göra en förändring, snarare än att behandlaren talar om detta för patienten.

Farmakologisk behandling av alkohol-abstinenssyndromet

Huvudmålsättningen vid behandlingen av abstinenssyndromet är att förebygga delirium tremens och abstinenskramper. Behandling med bensodiazepiner är väl dokumenterad och minskar risken att utveckla såväl delirium som abstinenskramper. Klometiazol (Heminevrin) användes tidigare mycket i Sverige, men dokumentationen är betydligt sämre än för bensodiazepiner. I tre mindre studier fann man dock likvärda effekter för bensodiazepiner och klometiazol. Någon skillnad mellan kortverkande och långverkande bensodiazepiner är inte säkert visad.

Flera ytterligare substanser har säkerhetsställd effekt mot ospecifika abstinenssymptom som svettningar, spänning och rastlöshet. Betareceptor-antagonister, kalciumantagonister och karbamazepin minskar sådana symptom effektivare än placebo.

Den i kliniken vanliga metoden att rutinemässigt kombinera bensodiazepiner eller motsvarande preparat med specifika medel mot epilepsi för att förhindra abstinenskramper saknar vetenskapligt stöd. Beträffande behandling av delirium tremens är kunskapsläget bristfälligt. Behandlingsrutiner bygger till största delen på beprövad erfarenhet. Bensodiazepiner är den vanligaste preparatgruppen.

Farmakologisk behandling av alkoholberoende

Det är angeläget att konstatera att de preparat som är godkända på den svenska marknaden under indikationen alkoholberoende har en väl-dokumenterad effekt, Campral® (akamprosot) och Revia® (naltrexon). Säkerställd effekt finns för minskning av missbrukets intensitet, ökning av andelen missbruksfria dagar samt andelen dagar utan konsumtion.

Behandling med akamprosot eller naltrexon behöver ej ges tillsammans med specifik psykosocial behandling (se Läkemedelsverkets riktlinjer nedan). En kombination av både akamprosot och naltrexon, tillsammans med psykosocial behandling i form av återfallsprevention, förefaller öka behandlingseffekterna ytterligare (5). På grund av det bristfälliga evidensläget kan inte en sådan kombination rekommenderas generellt och bör därför reserveras för den specialiserade beroendevården.

Antabus® (disulfiram) effektivitet har varit svår att dokumentera i placebo-kontrollerade undersökningar. Om disulfiram ges under övervakning (t ex på sjukhusmottagning) är dock effekten signifikant bättre än om det ges under icke övervakade förhållanden. Med tanke på disulfirams verkningsätt (utlöser illamående och obehag vid alkoholkonsumtion) är placebokontrollerade studier mindre lämpade och studier av distributionssätt bättre för att utvärdera kliniska effekter.

Läkemedelsverkets sammanfattande rekommendation för läkemedelsbehandling av alkoholberoende (www.lakemedelsverket.se)

- Disulfiram, akamprosot och naltrexon har alla en plats i terapin (Rekommendationsgrad A)
- Alla preparaten kan användas vid behandling av alkoholberoende generellt inom hälso- och sjukvården i kombination med ett omhändertagande som innefattar medicinska råd och stöd (Rekommendationsgrad A)
- Såväl akamprosot som naltrexon har god säkerhetsprofil, saknar beroendepotential och har begränsade biverkningar (Rekommendationsgrad A)

Alkoholberoende patienter med samtidig depression/ångest får effekt på sitt psykiatriska tillstånd med antidepressiva/buspiron. Säkra hållpunkter för att dessa behandlingar också påverkar alkoholberoendet finns inte, utan särskild behandling inriktad på beroendet krävs.

Övriga farmakologiska behandlingsprinciper har ingen visad effekt på alkoholberoendet.

Totalt 104 publicerade och 16 ej publicerade studier har analyserats i SBU:s rapport. Ett stort antal farmakologiska principer har använts och i princip har systematiska studier gjorts med samtliga preparat som använts inom psykiatrin liksom preparat som endast använts inom alkoholområdet som disulfiram, akamprosot och naltrexon/nalmefen.

| Farmakologiska behandlingseffekter vid alkoholberoende enligt SBU (2001) | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | Antal RCT-studier | Effekt | Intervention/ behandling bäst | Matchnings-effekt | Psykiatrisk samsjuklighet |
| Riskfylld alkohol-konsumtion | 25 | Ja | Inkonklusivt | Inkonklusivt | Ej studerat |
| Alkohol/ Droger under graviditet | 8 | Inkonklusivt | Inkonklusivt | Ej studerat | Ej studerat |
| Alkohol-beroende | | | | | |
| Avgiftning | 71 | Ja | Bensodiazepiner | Ej studerat | Ej studerat |
| Psykosocial behandling | 139 | Ja | Specifika behandlingsmetoder | Tyngre missbruk längre behandling | Behandling samtidigt psyk + missbruk |
| Farmakologisk behandling | 106 | Ja | Disulfiram + övervakning Acamprosot Naltrexon | Inkonklusivt | Ångest/ Depression spec farmakologisk behandling |

Psykosocial behandling av alkoholberoende

Enligt SBU hade behandling jämfört med ingen behandling studerats i totalt 14 studier. En effektstorlek på 0.47 har beräknats, vilket brukar klassificeras som en måttlig effekt och jämförbar med ett stort antal interventioner som görs inom hälso- och sjukvården.

Vid jämförelsen mellan olika typer av psykosocial behandling kan först konstateras att flera väldefinierade och specifika behandlingsmetoder har likvärdig effekt. Detta gäller kognitiv beteendeterapi, inklusive Community Reinforcement Approach (CRA), 12-stepsprogram (Minnesotabehandling) och motivationshöjande behandling. Strukturerad interaktionell terapi och strukturerad modern terapi med psykodynamisk referensram har i några studier visat samma effekt som kognitiv beteendeterapi. Parterapi och anhängningsinsatser förefaller ge positiva resultat. Alla dessa behandlingar utmärks av struktur och väldefinierade åtgärder, ofta baserade på detaljerade handböcker. För standardbehandlingen, ofta rubricerad som ”sedvanlig behandling”, har ingen effekt visats. Med sedvanlig behandling menas vanligen stödjande samtal i kombination med socialkurativa insatser. Sådan behandling är genomgående mindre väl definierad och innehåller inte ett lika tydligt fokus på missbruksbeteendet som de specifika terapierna.

Stödet för matchning till specifik behandlingsmetod är svagt. Matchning innebär att man väljer behandling för en patient beroende på vissa individuella faktorer hos just den patienten, t ex kön, ålder, personlighet, genetiska faktorer etc (= man ”matchar” patient till viss behandling). Matchningseffekter framträder i några studier som dock inte upprepats av oberoende forskargrupper. En av de största studier som undersökt samspelet mellan patientkarakteristika och tre olika behandlingar, Project Match, visade inte några matchningseffekter men hade å andra sidan exkluderat stora patientgrupper.

För patienter med mindre uttalade alkoholproblem har korta, begränsade behandlingsinsatser (s k minimal intervention) samma effekt som mer omfattande behandling. För människor med svårare problem ses bättre resultat med mer omfattande behandling.

Vid behandling av psykiskt störda missbrukare och bostadslösa missbrukare måste såväl missbruket som den psykiska störningen och andra livsproblem behandlas samtidigt. Positiva effekter av att behandla hemlösa missbrukare har kunnat uppnås då beteendeterapeutiska tekniker och "intensive case management" tillämpats. Stödboende eller slutenvård synes inte förbättra resultaten jämfört med behandling i öppna former.

Totalt redovisades 139 kontrollerade randomiserade studier av psykosocial behandling i SBU:s litteraturgenomgång.

Metoder som saknar evidens

Ett antal icke-evidensbaserade metoder används för att behandla alkoholberoende. En förklaring är att det först under senare år har klarlagts vilka metoder som faktiskt är effektiva, och att det råder en viss eftersläpning innan sådana metoder hinner införas i alla behandlingsprogram. Dessutom kan patienter och anhöriga vara beredda att "pröva allt" för att begränsa alkoholproblemen. Exempel på metoder där kunskapsläget är bristfälligt, eller som visats vara ineffektiva vid beroendetillstånd är akupunktur, hypnos, lustgasbehandling och samtalsbehandling utan fokus på missbruket (6, 7). Att en metod saknar evidens betyder inte att den måste vara verkningslös, endast att det ännu inte finns bevis för dess effektivitet. Sådana metoder bör av etiska skäl endast förekomma inom ramen för kliniska prövningar.

Tvångsvård

Tvångsvård av personer med alkohol- eller annat substansberoende regleras av Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM; 1988:870) samt av Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT; 1991:1128). LPT kan bli aktuell i samband med akut alkoholpåverkan, då kriterierna för tvångsvård i enlighet med denna lag är uppfyllda. Det är ett vanligt missförstånd att LPT inte är tillämpligt då patienten är alkoholpåverkad. Avgörande för beslutet om intagning skall basera sig på förekomsten av allvarlig psykisk störning (§ 3, LPT) och berusning är i sammanhanget en viktig faktor att beakta men utgör inget hinder i sig. Berusningen i sig kan i vissa fall betraktas som orsaken till den aktuella allvarliga psykiska störningen.

LVM är en lag som reglerar vård av missbrukare som till följd av ett fortgående missbruk dels är i behov av vård, dels till följd av missbruket utsätter sin psykiska eller fysiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar

risk att förstöra sitt liv, eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Det uttalade syftet med LVM är att skapa förutsättningar för vård i en alkoholfri miljö där motivationsarbete kan bedrivas med sikte på fortsatt frivillig behandling och lagen är endast tänkt att användas i akuta situationer och med stor restriktivitet.

Om det är nödvändigt att personer med missbruksproblematik får vård men inte samtycker till detta kan vården under vissa förutsättningar som anges i LVM ges mot hans eller hennes vilja. Enligt bestämmelser i 4 § LVM skall tvångsvård beslutas om

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan befaras att komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Läkare har skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att en person med missbruksproblem kan vara i behov av vård enligt LVM. Detta gäller under förutsättning att personen inte kan erbjudas tillfredsställande vård enligt hälso- och sjukvården. Läkare har även skyldighet att anmäla till socialnämnden om det finns behov av omedelbart omhändertagande enligt LVM.

Socialnämnden utreder om det finns behov av vård enligt LVM och ansöker hos länsrätten som fattar beslut om sådan vård. Läkare har skyldighet att lämna de uppgifter som nämnden behöver för att kunna genomföra sin utredning. Vård enligt LVM kan ges under högst sex månader. Vården ges vid särskilda HVB (Hem för vård och boende) som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SiS). Under tiden skall frivilliga vård- och stödinsatser ske. Den som vårdas enligt LVM kan efter vårdtidens slut ha behov av fortsatta insatser från såväl socialtjänsten som landstinget och andra huvudmän.

Det saknas evidens för att tvångsvård vid alkoholmissbruk är effektivt på längre sikt. Det är således inte visat att sådan vård minskar dödlighet eller förbättrar prognosen.

Grupper med särskilda behov

Genusperspektiv på alkoholproblem

I vår kultur är mäns drickande mer socialt accepterat än kvinnors, vilket bland annat medför att kvinnor skam- och skuldbeläggs för sitt drickande mer än männen. En schablonmässig syn på kvinnors drickande ökar risken för att kvinnors symtom på ohälsa inte kopplas till en ökad risk för alkoholmissbruk på samma sätt som männens (8). Allmänna antaganden i samhället som att mäns drickande är acceptabelt och att kvinnors drickande inte är förenligt med den traditionella kvinnorollen medför att man som vårdgivare riskerar ställa olika frågor till kvinnor respektive män (8). Ett exempel på detta är att man ofta är mer uppmärksam på missbrukande kvinnors föräldraansvar än männens, trots att de flesta föräldrar idag delar på föräldraansvaret och en stor mängd män lever med minderåriga barn, ensamma eller i relation med barnens mamma.

Kvinnor söker i mindre utsträckning hjälp för sina alkoholproblem och söker istället till vården för somatiska och psykiatriska problem. Om man inte är extra uppmärksam kan kvinnors symtombild misstolkas då de fortfarande är en minoritet inom området missbruk och beroende (9). Risken ökar då för att kvinnorna får hjälp för sina missbruksproblem senare i förloppet än männen.

Kvinnor har en högre samsjuklighet för alkoholproblem och psykiatriska sjukdomstillstånd. Därför bör en noggrann alkoholanamnes även upptas för kvinnor som söker hjälp för depressioner och ångest (10). Som de viktigaste specifika riskfaktorerna för kvinnor att utveckla alkoholproblem anges sexuella/fysiska övergrepp före 13 års ålder, psykologiska problem under uppväxten samt tidig debut av alkoholkonsumtion (10).

I samband med kartläggning och diagnostik bör man uppmärksamma att de olika kriterier som förekommer i flera fall är kultur- och könsspecifika. Exempel på kriterier för missbruk och beroende i DSM IV som kvinnor mer sällan uppfyller är ökat risktagande, risker för fysisk skada i samband med drickande samt bilkörning. Exempel på konsekvenser av missbruk och

beroende enligt AVI-R som männen mer sällan uppfyller är problem med relationer samt dagligt drickande (11).

Mäns och kvinnors komplikationer av drickande skiljer sig också åt på vissa områden. Studier visar att kvinnor är mer känsliga för effekterna av alkohol (12). Anledningarna till detta är flera - kvinnors lägre andel kroppsvätska och högre andel kroppsfett medför högre alkoholkoncentration vid samma mängd alkohol. Kvinnor förbränner en mindre mängd alkohol i magsäcken, vilket medför att andra organ i kroppen utsätts för högre alkoholkoncentrationer. Sociala komplikationer i form av social isolering drabbar ofta kvinnor hårdare.

Det finns ett visst forskningsstöd för att högspecialiserade mottagningar för enbart kvinnor med alkoholproblem kan locka kvinnor att söka hjälp tidigare (13, 14, 15). Mottagningar finns som är speciellt inriktade på kvinnor. Mer information om detta finns på Vårdguiden (www.vardguiden.se).

Alkohol och graviditet

Det är synnerligen angeläget att upptäcka alkoholproblem hos gravida kvinnor. Vid fall av missbruk hos gravida bör specialistvård erbjudas. Snabb och kraftfull intervention är av största vikt.

Att alkohol kan orsaka allvarliga organskador hos vuxna individer har varit allmänt känt mycket länge och ingen skulle idag ifrågasätta detta faktum. För mer än trettio år sedan kom de första rapporterna om alkoholens skadliga effekter på foster. De invändningar som då restes kan idag helt tillbakavisas. *Rekommendationen idag är att helt avstå från alkohol under graviditet.*

De senaste åren har även studier där man undersökt betydelsen av alkoholintag i mindre mängder blivit allt fler. Kunskapen om exponering för måttliga mängder alkohol kan påverka graviditetsutfallet och skada fostret har lett till att man ändrat benämningen på de tillstånd som kan orsakas av alkohol hos det väntade barnet. I stället, för att som tidigare tala om Fetalt Alkoholsyndrom (FAS) och Fetala Alkoholeffekter (FAE), skall hela spektrumet av de skador som kan uppstå vid alkoholexponering rymmas under beteckningen Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). Specifik behandling saknas för detta tillstånd som i sin lindriga form ofta innebär intellektuella handikapp och i svåra fall kan leda till psykomotoriska störningar. Barn med FASD har i de svårare fallen ofta låg födelsevikt, litet huvudomfång, epikantusveck, maxillär hypoplasi, gomspalt, platt näsa, hjärtfel och höft-

ledsproblem. Orsaken är inte känd, men en direkt toxisk effekt av alkohol eller någon av dess metaboliter på fostret har föreslagits snarare än någon rubbning på näringsbalansen.

Vilka nivåer det handlar om eller om det finns några säkra nivåer är svårt att svara på men allt fler studier finns idag att tillgå som ökar vår kunskap på området. En mängd faktorer som samspelar är alkoholmängden, moderns dryckesmönster, genetisk sårbarhet och tidpunkten under fosterutvecklingen (med tanke på hjärnans olika utvecklingsfaser vid alkoholexponeringen). När man diskuterar vilka nivåer som kan skada fostret är det viktigt att känna till och betona, att fostret får samma blodalkoholnivå som modern – moderkakan är ingen skyddande barriär för alkohol.

Genomsnittsåldern ökar för förstföderskor medan alkoholdebuten sjunker i åldrarna. Detta innebär att de flesta kvinnor har etablerade alkoholvanor när de blir gravida med sitt första barn. Detta faktum gör det mycket angeläget att så tidigt som möjligt i graviditeten identifiera kvinnor som har ett riskbruk för att erbjuda en adekvat hjälp, samt ge samtliga kvinnor/par en adekvat alkoholinformation. Mödravårdscentralen har den självklara rollen i detta arbete eftersom nästan alla gravida kvinnor i landet söker sig dit för kontroll och information. Alla barnmorskor genomgår utbildning för att kunna ställa frågor kring alkoholvanor.

Om man får starka misstankar om att kvinnan eller barnet riskerar att fara illa och kvinnan/paret har svårigheter att ta emot vård och behandling kan det vara personalens skyldighet att anmäla kvinnan/paret till socialtjänsten. Det finns tydliga föreskrifter i Socialtjänstlagen (2001:453) 14 kap. Anmälan om missförhållanden:

”1§ Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden. Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter. Sådan anmälnings-skyldighet gäller också dem som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som berör barn och unga eller annan yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område.”

När det gäller sekretessen finns det även här tydliga anvisningar i lagen om undantag: Sekretesslag (1080:100) 14 kap. Bestämmelser om vissa begränsningar i sekretessen och om förbehåll.

”Sekretess enligt 7 kap 1 c § och 4 § första och tredje styckena hindrar inte att uppgift om enskild, som fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Detsamma gäller ifråga lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Lag (2006:854).”

Barn till föräldrar med missbruksproblem

Barn till missbrukande föräldrar har ofta en komplicerad situation att hantera. Det kan vara både alkohol, psykisk ohälsa och våld inblandade i barnets vardag. Dessa barn löper en betydligt större risk att själva utveckla olika typer av problem än andra barn och de uppmärksammas i allmänhet alldeles för sent.

I all kontakt med personer med missbruksproblem är det viktigt att återkommande ha en dialog om deras eventuella barn och familjesituation. Vid misstanke om att ett barn far illa eller allvarligt försummas på grund av förälder eller närstående vuxnas missbruk ska sjukvårdspersonal göra en anmälan till socialtjänsten (14 kap, 1§ Socialtjänstlagen) som kan erbjuda familjen särskilt stöd i form av samtal, behandling och andra insatser.

Uppväxtvillkoren för barn i familjer där en eller flera föräldrar missbrukar beskrivs ofta som präglade av sviktande omsorg och hög stressnivå (16). Barn i dessa familjer kan drabbas av akut traumatisk stress eller leva i familjesituationer som präglas av konstant stress. Vanliga reaktionsmönster hos dessa barn är bland annat misstänksamhet, slutenhet och återkommande depressioner. Detta kan ta sig olika uttryck i att barn tidigt tar ett alltför stort ansvar – ”som barn blir man förälder till sin egen förälder”. Man blir duktig, får svårt att lita på andra, vet inte vad som är rätt eller fel för ingen vågar säga precis som det är. Risken är stor att man börjar tro att ”det är mig det är fel på”. För att hindra denna utveckling är det viktigt att tidigt uppmärksamma barnen till föräldrar med missbruk. Detta för att minska barnets eget lidande, men också för att undvika att missbruksmönstret förs över till nästa generation.

Inom flertalet stadsdelsförvaltningar och kranskommuner finns särskilda grupper för barn i olika åldrar. För stöd till barn i missbrukarfamiljer finns också Ersta Vändpunkten och verksamheter som bedrivs i olika frivilligorganisationers eller kyrkors/samfunds regi.

Unga vuxna med missbruksproblem

Berusningsdrickande bland unga har ökat under senare år och de flesta riskkonsumenter finns i dessa grupper. Unga vuxna mellan 18 och 25 år har den högsta alkoholkonsumtionen i länet. I ungdomen grundläggs de alkoholvanor en person får som vuxen och tidig upptäckt är därför särskilt viktigt för att motverka ett beroende.

De metoder som tillämpas vid missbruksarbete med vuxna kan inte i alla delar överföras på arbete med ungdomar och unga vuxna. Det finns i dagsläget inga evidensbaserade metoder vid behandling av ungdomar, men det är viktigt att tillämpa de erfarenheter som finns på ett effektivt sätt. Det finns ett stort behov av att utveckla vård- och behandlingsinsatserna för ungdomar och unga vuxna.

Att vara anhörig till en person med alkoholberoende

Anhöriga till alkoholberoende personer har inte alltid varit välkomna i behandlingsarbetet. Det är först på senare år man har börjat förstå att anhöriga spelar en mycket viktig roll i för resultat av behandlingen.

Ett alkoholberoende kommer sällan som en blixtnöje från klar himmel. Ofta har de anhöriga kämpat länge för att omgivningen inte skall märka något. Man håller tyst och isolerar sig alltmer. Mycket tid och kraft går åt till att kontrollera och försöka familjesystemet intakt. Även barnen känner att något är fel, men man förstår inte riktigt vad, eftersom man sällan får veta sanningen. All uppmärksamhet fokuseras på den beroendesjuke. Man försöker hitta ett sätt att ta hand om och hjälpa till för att minska problemet men uttrycker samtidigt att "hur jag än gör så blir det bara fel". För att orka med och stå ut, så trycks de egna behoven och känslorna undan. Kanske ibland så mycket att man tror att det är något fel på en själv. Risken är stor att anhöriga i sin iver att hjälpa alkoholisten glömmar sitt eget välbefinnande och utvecklar en rad psykosomatiska symtom.

Vanliga sådana tecken är:

- stress
- huvudvärk
- sömnsvårigheter
- relationsproblem
- utmattningssymtom
- långa sjukskrivningsperioder.

För att inte drabbas av ovanstående, och i stället bli en resurs för den beroendesjuka, kan ofta små insatser betyda mycket. Här har primärvård, socialtjänst och beroendevård ett stort ansvar.

Några exempel på vad som kan göras:

- Låt anhöriga om möjligt bli delaktiga i behandlingen
- Informera om beroendesjukdomen, eftersom anhöriga behöver kunskap
- Informera om olika rådgivningsinsatser/utbildningar/självhjälpsgrupper

Få studier har gjorts om insatser för anhöriga till beroendesjuka. En utvärdering av Anhörigskolan vid Beroendecentrum Stockholm 1997 visar att deltagarna haft stor nytta av utbildningen. Problem som bråk och osämja, ensamhet, isolering, magont, huvudvärk och stress minskade betydligt efter genomgången kurs.

Alkoholproblem hos äldre

Begreppet ”äldre” används idag för personer över 65 år. I och med att befolkningen lever längre används både i anglosaxiskt språkbruk och på svenska begreppet ”äldre-äldre” för att beskriva gruppen över 80 år. Att vara äldre eller äldre-äldre innebär i sig varken somatisk eller psykiatrisk ohälsa och begreppet omfattar både den friska autonoma personen och den utsatta bräckliga multisjuka som använder många olika läkemedel.

Under åldrandet sker biologiska förändringar som påverkar läkemedelsupptag, distribution, metabolism och elimination. Några exempel:

- Ökning av magsäckens PH
- Minskning av magsäckens tömningshastighet
- Minskning av mängd kroppsvatten ökning av andel fett
- Minskning av plasma albumin
- Minskning av leverns volym
- Förlångsammet metabolism av vissa läkemedel pga förändring i vissa enzymssystem i levern
- Nedsatt njurfunktion

Med åldrandet förändras biotillgängligheten och kinetiken för en given mängd alkohol så att en man i 70-årsåldern kan ha 20–30 % högre blodalkoholhalt jämfört med en 35-åring vid samma intag av samma mängd alkohol. Hos kvinnor kan skillnaden vara ännu större. Detta beror främst på förändringar i farmakokinetiken för alkohol, framför allt förändringar i distributionsvolymen och i förändringar i absorption av alkohol i magsäcken. Undersökningar har visat att vid lika blodalkoholhalt så uppvisar en äldre person sämre kognitiva prestanda jämfört med yngre. Detta anses avspegla en förändrad farmakodynamisk effekt av alkohol hos äldre jämfört med yngre.

Det amerikanska hälsodepartementets National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ger äldre personer rådet att inte dricka mer än två enheter per tillfälle.

Behandling av alkoholproblem hos äldre skiljer sig inte jämfört med yngre. Dock bör sägas att enligt FASS finns ännu ingen dokumentation beträffande säkerhet och effekt vid behandling av akamprosat, naltrexon eller disulfiram för personer över 65 år.

Samverkan mellan sjukvård och socialtjänst

Samverkan mellan primärvård, allmänpsykiatri och specialiserad beroendevård

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förutsätter tydlighet i fråga om mål och ansvar. De övergripande målen och ansvarsförhållandena anges i lagtexterna, hälso- och sjukvårdslagen (HSL) respektive socialtjänstlagen (SoL). Hälso- och sjukvården skall enligt HSL ”medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador” och ”arbeta för att förebygga ohälsa”. Socialtjänsten skall enligt SoL ”arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel” och har ”huvudansvaret för stöd och rehabilitering av alkohol- och drogmissbrukare”.

1998 antogs ett gemensamt policydokument för Stockholms läns landstings och Stockholms läns kommuners missbrukarvård och specialiserade beroendevård. Policyn har legat till grund dels för övergripande och lokal samverkan, dels för lokala överenskommelser mellan länets kommuner och landstinget.

Utgångspunkten i policydokumentet är att primärvården, allmänpsykiatrin, den specialiserade beroendevården och socialtjänsten har som gemensam uppgift att förebygga och behandla drog- och alkoholmissbruk. Genom att samla psykosocial, psykiatrisk och medicinskt kompetens förenklas samarbetet mellan vårdgivarna och insatserna effektiviseras. I dokumentet framhålls även att frivilligorganisationernas kompetens och erfarenheter ska tas tillvara och ses som en viktig länk i en bra missbrukar- och beroendevård.

Dokumentet har utgjort en viktig utgångspunkt för utvecklingen av beroende- och missbrukarvården i länet bl a när det gäller utbyggnaden av beroendemottagningar med integrerad verksamhet. F.n. pågår en revidering av policydokumentet under ledning av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommunförbundet i Stockholms län (KSL). Ett nytt policydokument

kommer att presenteras under år 2007. Policyn kommer att slå fast ett antal riktlinjer som länets kommuner och landstinget gemensamt ska arbeta efter för att bättre förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvårdens uppgifter anges i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Hälso- och sjukvården skall enligt HSL ”medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador” och ”arbeta för att förebygga ohälsa”. Hälso- och sjukvården skall vidare arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Konkret i arbetet med alkoholproblem innebär detta inom Stockholms läns landsting följande:

- *Primärvården* skall dels förebygga dels tidigt upptäcka och behandla personer med riskabla alkohol- och drogvänor.
- *Allmänpsykiatrin* skall svara för den psykiatriska vården av personer med missbruk samtidigt som den specialiserade beroendevården behandlar missbruket. Samordningsansvaret har allmänpsykiatrin.
- *Den specialiserade beroendevården* skall erbjuda ett lokalt omhändertagande av personer med allvarligare alkoholproblem. Detta skall innefatta abstinensbehandling och drogkontroller, konsultinsatser till vårdgrannar, bland annat utredning av missbruk och beroende samt korta fokuserade psykosociala insatser som t ex återfallspreventiv behandling.

Insatserna ska särskilt inriktas på personer med samtidig psykisk störning och missbruk, hemlösa med missbruksproblem samt kvinnor och unga med missbruksproblem. Den specialiserade beroendevårdens insatser skall ske *samordnat och samtidigt* med de sociala insatserna av socialtjänsten.

Socialtjänstens ansvar

Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänsten arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen

inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Kommunens arbete kring missbruksproblematik regleras i socialtjänstlagen. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde personen med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Insatserna enligt socialtjänstlagen är dock frivilliga. Om det är nödvändigt att personer med missbruksproblem får vård men inte samtycker till detta kan vården under vissa förutsättningar ges mot hans eller hennes vilja. Detta är reglerat i Lagen om vård av missbrukare (LVM).

Enligt lagstiftningen ska socialtjänsten utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och dennes anhöriga. Det ska finnas en välstrukturerad och dokumenterad samverkan för de personer som har behov av insatser från fler aktörer, framförallt landstinget.

Socialtjänstens insatser ska utgå från de stödbehov som den enskilde har och behoven kan variera från mycket stora till sporadiska behov av stöd. De vanligaste insatserna är att tillgodose den enskildes sociala behov (boendestöd, sysselsättning och social rehabilitering), behov av vård för missbruksproblem samt behov av försörjning.

Kommunernas uppgifter för vuxna med missbruksproblematik

- Uppsökande verksamhet
- Motivationsarbete
- Återfallsprevention
- Utredning, vård och behandling av missbruk i form av öppenvård, familjevård och/eller vid institution i egen eller annans regi
- Samordning av stödinsatser för den enskilde
- Boende och boendestöd
- Meningsfull sysselsättning
- Socialt och psykosocialt stöd
- Träning av psykosociala färdigheter
- Kontaktpersoner
- Anhörig- och nätverksarbete
- Tvångsvård enligt LVM

Kommunen och landstinget har ett gemensamt ansvar för att erbjuda personer med missbruksproblem bästa möjliga vård och behandling utifrån respektive huvudmans ansvarsområde. Många har ett omfattande hjälpbehov för sin psykiska och fysiska hälsa och det är därför viktigt att planering och genomförande av insatser sker samordnat och samtidigt. Eftersom det råder sekretess mellan kommunens och landstingets verksamheter förutsätts att den vård sökande informeras om på vilket sätt och varför samverkan sker och ger tillstånd till att sekretessen hävs. I vissa fall kan vården ges med tvång (Se avsnittet "Tvångsvård")

Utöver samverkan mellan socialtjänsten och landstinget är samverkan med kriminalvården, försäkringskassan, frivilligorganisationer m fl av stor betydelse.

Patienter med komplexa vårdbehov

Psykiska störningar är mycket vanliga bland missbrukare. Av de psykiskt störda missbrukarna hade färre än hälften kontakt med den öppna psykiatri (17). Den patientgrupp som förefaller svårast att hantera med många personer inblandade tycks vara de med allvarlig kriminalitet, vård- och brottsbenägenhet samt vagabonderande livsstil. Många av dessa personer är aktuella inom frivård, rättspsykiatri, allmänpsykiatri, beroendevård, social-tjänst och verksamheter för hemlösa.

Frivården har mandat att förelägga patienten vissa åtgärder som behandling och i vissa fall återintagning på anstalt. *Frivården* har som främsta målsättning att reducera risken för fortsatt kriminalitet. *Sjukvården* har utöver tvångslagarna inga mandat att förelägga patienten behandling, men har uppdraget att tillhandahålla vårdinsatser. *Rättspsykiatri* har tunga mandat gentemot patienten i form av omedelbar återintagning via lagen om rättspsykiatrisk vård, LVR. En särskild mottagning för rättspsykiatriska patienter har öppnat i anslutning till Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge. *Socialtjänsten* har det yttersta ansvaret för att missbrukare får den hjälp och vård som de behöver för att tillgodose personers grundläggande behov som boende, sysselsättning och basal försörjning.

Belägg finns för att öppenvårdsprogram som behandlar både psykisk sjukdom och missbruk integrerat t ex inom ramen för s k tvärdisciplinära case managerteam enligt ACT-modellen, har bättre resultat än traditionell behandling för missbruk eller för psykisk sjukdom (6, 18).

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård” (19) är avsedda för att vara en vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem. Riktlinjerna beskriver en organisatorisk modell, som enligt Socialstyrelsen innehåller några av de förutsättningar som måste vara för handen för att riktlinjerna ska få genomslag i verksamheterna.

Stockholms läns policy för missbrukar- och beroendevården

Remissversionen av den reviderade policy för missbrukar- och beroendevården i Stockholms län förtydligar och beskriver landstingets och kommunernas delvis skilda, delvis sammanfallande ansvar för att förebygga, tidigt upptäckta och behandla missbruk och beroende. Policyn slår fast ett antal riktlinjer som berör viktiga perspektiv i mötet med den enskilde, prioriterade målgrupper, utvecklingsområden samt kvalitetsindikatorer för att garantera likvärdig vård och utveckling. Policyn redogör också för de lokalt integrerade mottagningarnas inriktning, struktur för genomförande av policyns intentioner samt kunskap och kompetensutveckling.

Beroendevården i Stockholms läns landsting

Den specialiserade beroendevården i länet innefattar tre vårdnivåer: lokal öppenvård, sjukhuslokaliserad akutvård och högspecialiserade vårdprogram. Lokala mottagningar finns för en eller flera kommuner och stadsdelar. Oftast är de samlokaliserade med kommunens socialtjänst. Mottagningens personal består av specialistläkare (oftast specialister i psykiatri), specialistsjuksköterskor med vidareutbildning i beroendevård/psykiatri, psykolog med inriktning mot neuropsykologiska utredningar och personlighetsdiagnostik och i vissa fall särskilda samordnare av insatser för patienter med samtidig psykisk störning och missbruk.

De högspecialiserade vårdprogrammen riktar sig bland annat till

- Opiatberoende (underhållsbehandling med metadon, buprenorfin)
- Patienter med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk
- Hemlösa
- Läkemedelsberoende
- Ungdomar
- Gravida
- Kvinnor med hemmavarande barn under 18 år.

Samverkan mellan specialiserad beroendevård och somatisk vård

Patienter med alkoholmissbruk/beroende förekommer inom många medicinska specialiteter. Inom den somatiska akutsjukvården utgör alkoholmissbruk/beroende en vanlig klinisk problemställning, inte minst på akutmottagningen. Det är inte känt hur stor andel av de alkoholpåverkade patienter som söker akut sjukvård på t ex medicin- och kirurgakuten som har en etablerad kontakt inom beroendevården. Akutbesöket kan erbjuda en möjlighet att fånga upp även tidiga alkoholproblem. Det är därför *önskvärt att rutiner för samarbete mellan den somatiska vården och beroendevården utvecklas och underhålls*. Exempel på sådana rutiner kan vara att aktuella remissvägar är kända, att det finns en lokal konsensus om vilka akuta behandlingsinsatser som bör göras på den somatiska akutmottagningen innan patienten överremitteras för fortsatt vård, och att det finns ett system för att ge patienten uppföljning i öppenvård för att utreda eventuella alkoholproblem.

Kvalitetsindikatorer

Följande urval skall ses som exempel och utgångspunkt för fortsatt kvalitetsarbete i samarbete mellan beställare och producenter.

Primärvård

Strukturella indikatorer

- Mottagningen har ett skriftligt program för screening av riskabla alkoholvanor (riskbruk) och alkoholproblem (ja/nej).
- Mottagningen har skriftligt program för rådgivning för patienter med riskabla alkoholvanor (ja/nej).
- Mottagningen har skriftligt program för behandling av alkoholproblem (ja/nej).
- Diagnos anges vid upptäckt av alkoholproblem.
- Medarbetare har genomgått särskild utbildning i screening respektive behandling av alkoholproblem, inklusive utbildning i minimal intervention vid riskabla alkoholvanor (ja/nej).
- Det finns en skriftlig samverkansöverenskommelse mellan mottagningen och den specialiserade beroendevården (ja/nej).
- Det finns en skriftlig samverkansöverenskommelse mellan mottagningen och socialtjänstens missbrukssektion. (ja/nej).

Resultatindikator

- Antal nybesökare som genomgått screening i relation till totala antalet nybesökare.

Specialiserad beroendevård

Strukturella indikatorer

- Tillgänglighet. (För att beroendevården ska vara tillgänglig för olika befolkningsgrupper måste den ha geografisk lokalisering och utformning anpassad till olika målgrupper).
- Kliniken använder systematiskt särskilda utredningsinstrument, t ex ASI, vid diagnostik och uppföljning. (ja/nej)
- Kliniken har skriftliga program för behandling av alkoholmissbruk, alkoholabstinens samt alkoholberoende. (ja/nej)
- Behandlingsmålen för alkoholberoende är individuellt definierade, t ex helnykterhet eller minskning av antalet dagar med intensivkonsumtion, alternativt ökning av antalet nyktra dagar, och utvärderas kontinuerligt för varje patient genom alkoholdagbok, Time-Line Follow-Backintervjuer, eller liknande metoder.
- Kliniken har program för användning av kemiska markörer, t ex i form av en lokal instruktion hur sådana markörer skall användas och tolkas i olika kliniska situationer. (ja/nej).
- Kliniken har rutiner för överföring av patienter från slutenvård (efter tillnyktring och abstinensbehandling) till öppenvårdsbehandling för att minska risken för att patienter skrivs ut utan uppföljning och öka sannolikheten för att patienten kvarstannar i ett längre nykterhetsstödande program. (ja/nej).
- Möjlighet till längre observation i slutenvård för psykiatrisk specialistbedömning i vissa fall efter tillnyktring och abstinensbehandling i syfte att utreda eventuella psykiatriska tillstånd ("dubbeldiagnoser"). (ja/nej).
- Kliniken har ett skriftligt program för bedömning av suicidalitet hos alkoholberoende patienter. (ja/nej).
- Kliniken har ett skriftligt program för stöd till barn och anhöriga. (ja/nej).

Processindikatorer

- Antal identifierade fall av alkoholmissbruk och beroende i upptagningsområdet i relation till befolkningstalet.
- Andelen alkoholberoende patienter vars journal innehåller en vårdplan med utvecklad målformulering med avseende på alkoholproblemet.

Resultatindikatorer

- Antal patienter som dör i självmord efter att ha haft kontakt med kliniken under det senaste året.
- Antal återintagningar av alkoholberoende patienter under behandling av totala antal patienter.
- Andel patienter som efter abstinensbehandling i slutenvård besöker en öppenvårdsmottagning inom en vecka efter utskrivning.
- Totalt vårdutnyttjande inom sjukvården (t ex totalt antal akut- och öppenvårdsbesök samt slutenvårdsdygn inom alla vårdgrenar).
- Andel av dem som behandlas för alkoholabstinens som utvecklar abstinenskramp eller delirium tremens.

Fortbildning och handledning

Behandling av patienter med missbruk och beroende ställer, liksom allt behandlingsarbete, höga krav på kompetens och personlig mognad. Behandlarnas egna resurser och begränsningar blir tydliga i mötet med patienterna. Arbetets karaktär och kraven på att kunna förhålla sig professionellt i interaktionen med patienterna förutsätter goda arbetsvillkor och kontinuerlig fortbildning och handledning. Den psykosociala arbetsmiljön är särskilt viktig i organisationer, där arbetet innebär att möta patienter.

En bra psykosocial arbetsmiljö för missbruksbehandlare innebär bland annat att det finns

- Ett varierat arbetsinnehåll
- Utrymme för känslomässig avlastning
- Tid för att sammanfatta och reflektera kring sitt arbete

Handledning i patientarbetet bör planeras motsvarande ungefär två timmar varannan vecka för en heltidsarbetande behandlare. Fortbildning bör erbjudas motsvarande omkring en dag per månad. Handledning och fortbildning kan med fördel genomföras gemensamt för de olika samverkande huvudmännens personal för att utveckla en gemensam värde- och kunskapsbas för behandlingsarbetet.

Fortbildning som bör prioriteras under de närmaste åren gäller evidensbaserade metoder som

- Motivationshöjande samtal
- 12-steps behandling
- Återfallsprevention
- CRA-behandling (Community Reinforcement Approach)
- Nya farmakologiska metoder inom missbruksområdet.

Ytterligare väsentliga fortbildningsområden rör unga vuxna som missbrukar, anhörigas roll samt könsspecifika aspekter på missbruk och beroende.

Tid bör även avsättas för behandlare att delta i lokal metodutveckling och metoduppföljning. Det bör också vara möjligt att någon period inom ramen för sitt ordinarie arbete kunna ägna sig åt FoU-arbete, t ex i form av vårdutvecklingsprojekt där evidensbaserade metoder införs i rutinarbetet på en lokal mottagning.

Allmän del

Alkoholvanorna och dess konsekvenser i Stockholms län

Tidstrender avseende alkoholkonsumtionens utveckling

Sedan Sverige gick med i EU 1995 har den totala alkoholkonsumtionen ökat med cirka 30 procent, men de båda senaste åren har denna uppåtgående trend brutits. Den totala alkoholkonsumtionen utgör summan av den registrerade försäljningen på Systembolaget, restauranger och i livsmedelsaffärer samt den oregistrerade konsumtionen som består av resandeförsel, smuggling och hemtillverkning. Mellan 1995 och 2004 ökade konsumtionen från 7,8 till 10,4 liter 100 procent alkohol per invånare 15 år och äldre. Under 2005 minskade konsumtionen något och uppgick då till 10,2 liter. Tillgängliga data talar möjligen för en smärre nedgång även under 2006 (20, 21).

För perioden 2001–2004 finns uppgifter om den totala alkoholkonsumtionens utveckling i Stockholms län. Konsumtionen var högst år 2003 då den uppgick till 11,9 liter per person. Den uppåtgående trenden bröts något tidigare i Stockholms län än i hela landet (22).

Under perioden 2003–2005 minskade även den självrapporterade konsumtionen i Stockholms län bland männen medan den var ungefär oförändrad bland kvinnorna. Särskilt mycket minskade konsumtionen bland män 16–29 år och bland kvinnor 25–29 år och 50–64 år. Bland äldre män (65–80 år) och yngre kvinnor (16–24 år) ökade däremot konsumtionen betydligt och även bland kvinnor 65–80 år var ökningen stor (23). Dessa uppgifter avser en kort period och ska därför tolkas med viss försiktighet men även bland ungdomar och mönstrandande unga män i Stockholms län har alkoholkonsumtionen minskat under de senaste åren. Pojkar i årskurs 9 minskade under perioden 2001–2006 sin konsumtion medan flickornas konsumtion ökade. Oftast är flickornas konsumtion lägre än pojkarnas. Intensivkonsumtion minst en gång i månaden minskade bland pojkarna, men ökade bland flickorna och sedan 2003 är det lika vanligt bland flickor och pojkar (24). Under perioden 2001–2005 minskade även bland mönstrandande unga män i Stockholms län både konsumtionen, andelen storkonsumenter

och andelen som intensiv-konsumerar minst en gång i veckan (Mönstrandens drogvanor, 2001–2005, CANs rapportserie).

Sammanfattningsvis har alkoholkonsumtionen under det senaste decenniet ökat bland både män och kvinnor och i alla åldersgrupper i Stockholms län. Det finns dock betydande skillnader mellan olika grupper.

Tidstrender avseende alkoholrelaterad sjukvårdskonsumtion och dödlighet

De indikatorer som används för att belysa trender i skadeutvecklingen på alkoholområdet är alla behäftade med olika metodologiska problem. Då det gäller sjukvårdsutnyttjande och dödlighet kompliceras tolkningen bland annat av en väl belagd underdiagnostik och upprepade förändringar i diagnostik och praxis som försvårar jämförelser över tid. För vårdutnyttjandet spelar även tillgången på vårdplatser och vårdens organisation en avgörande roll. Detta blir särskilt tydligt när det gäller utvecklingen av den öppna beroendevården i Stockholms län som startade i slutet av 1990-talet och som bland annat innebar en mycket medveten satsning på öppen beroendevård på lokala mottagningar.

Antalet män som slutenvårdas för alkoholrelaterade sjukdomar och/eller behandlas i den öppna beroendevården är betydligt högre än motsvarande antal kvinnor. År 2005 gällde det i Stockholms län totalt 14 634 män och 7 496 kvinnor.

Mellan 1997–1999 och 2003–2005 ökade antalet personer som slutenvårdades för alkoholförgiftning. Räknat per 100 000 invånare var ökningen bland män 26 procent och bland kvinnor 51 procent. Slutenvård för skadligt bruk av alkohol/alkoholberoende minskade med 2 procent bland män men ökade med 4 procent bland kvinnor. När all alkoholrelaterad slutenvård summeras var ökningen bland män 3 procent och bland kvinnor 16 procent.

Den öppna beroendevården ökade betydligt mer. Bland män var ökningen 37 procent och bland kvinnorna 64 procent. Dessa siffror visar på en i alla avseenden större ökning vad gäller vårdinsatser för kvinnor än män. De mest dramatiska ökningarna står de 16–24-åriga kvinnor för: 2003–2005 var det bland dem 56 procent fler som vårdades för alkoholförgiftning än 1997–1999. Mer än dubbelt så många som vårdades för skadligt bruk av alkohol, och dubbelt så många som behandlades i öppen beroendevård.

Mot förmodan har inte den alkoholrelaterade dödligheten ökat. Däremot har det alkoholrelaterade sjukvårdsutnyttjandet ökat mycket kraftigt speciellt inom den öppna beroendevården. Särskilt mycket har unga kvinnors kontakter med den öppna beroendevården ökat.

Förekomst av riskabla alkoholvanor

I detta vårdprogram används begreppet ”riskabla alkoholvanor” synonymt med ”riskbruk”. För att i befolkningsstudier identifiera personer med riskabla alkoholvanor används allt oftare såväl i Sverige som internationellt Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT (25). AUDIT innehåller tio frågor om dryckesfrekvens, konsumtionsnivåer, tecken på beroende och skadlig alkoholkonsumtion. Varje fråga kan ge 0–4 poäng, dvs maximalt 40 poäng. I Sverige bedöms ofta män som har minst 8 poäng och kvinnor som har minst 6 poäng ha riskabla alkoholvanor. Den högre gränsen minst 15 poäng för män och minst 13 poäng för kvinnor används för att definiera skadliga alkoholvanor (26).

Enligt PART (Psykisk hälsa, Arbete, Relationer)-studien förekom riskabla och skadliga alkoholvanor i åldersgruppen 20–64 år bland 24 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i Stockholms län 1998–2000. Av Tabell 3 framgår att riskabla alkoholvanor var vanligast bland de 20–24-åriga männen och kvinnorna, i båda fallen var det ungefär en tredjedel som hade riskabla alkoholvanor. Skadliga alkoholvanor var särskilt vanliga bland 20–24-åriga män men mellan övriga åldersgrupper bland männen var skillnaderna små. Bland kvinnorna var andelen med skadliga alkoholvanor ungefär densamma i alla åldersgrupper. Riskabla eller skadliga alkoholvanor förekom bland 44 procent av de 20–24-åriga männen och 34 procent av de jämnåriga kvinnorna (27).

Tabell 3. Förekomst av riskabla och skadliga alkoholvanor bland män och kvinnor i Stockholms län 1998–2000.

| | 20–24 år | 25–39 år | 40–49 år | 50–64 år | Totalt |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|
| Män | | | | | |
| - riskabla alkoholvanor | 33 % | 22 % | 15 % | 13 % | 19 % |
| - skadliga alkoholvanor | 11 % | 5 % | 4 % | 5 % | 5 % |
| - totalt | 44 % | 27 % | 19 % | 18 % | 24 % |
| Kvinnor | | | | | |
| - riskabla alkoholvanor | 31 % | 17 % | 14 % | 11 % | 16 % |
| - skadliga alkoholvanor | 3 % | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % |
| - totalt | 34 % | 19 % | 16 % | 13 % | 18 % |

Källa: PART-studien (n=10 324)

Även 2003 var enligt en annan befolkningsstudie i Stockholms län förekomsten av riskabla och skadliga alkoholvanor enligt AUDIT ungefär densamma som i PART-studien, bland männen 23 procent och bland kvinnorna 19 procent. Av särskilt intresse i 2003 års studie: 13 procent av de 65–70-åriga männen hade riskabla eller skadliga alkoholvanor. 24 procent av de 18–24-åriga kvinnorna hade riskabla och ytterligare 7 procent skadliga alkoholvanor, dvs sammanlagt 31 procent. Bland kvinnor 40 år och äldre var det inte någon som rapporterade skadliga alkoholvanor. Sammantaget pekar resultaten i huvudsak på en minskande konsumtion från 1998–2000 till 2003 (28).

En under de senaste åren med ökande alkoholkonsumtion bland yngre kvinnor ofta uppmärksammas fråga är alkoholkonsumtion före och under graviditeten. I en studie på mödravårdscentraler i Stockholms län år 2000 uppgav 17 procent riskabla eller skadliga alkoholvanor enligt AUDIT under året före graviditeten. Sammanlagt 30 procent av kvinnorna rapporterade vanligen i 30:e graviditetsveckan att de druckit alkohol under graviditeten, 6 procent hade gjort det två till fyra gånger per månad (29).

Riskabla eller skadliga alkoholvanor, identifierade enligt Audit, förekommer hos en hög andel män och kvinnor i befolkningen. Särskilt vanliga är riskabla alkoholvanor bland 20–24-åringar av båda könen, medan skadliga alkoholvanor är vanligast bland 20–24-åriga män.

Samband mellan riskabla och skadliga alkoholvanor och annan psykiatrisk problematik

I detta vårdprogram används begreppet ”skadliga alkoholvanor” synonymt med ”alkoholmissbruk”. Bland män i PART-studien uppgavs olika symptom på psykisk ohälsa av 28 procent av dem som hade riskabla alkoholvanor och av 52 procent av dem som hade skadliga alkoholvanor. Bland kvinnor var förekomsten av psykiska symptom ännu högre, 40 procent bland dem som hade riskabla alkoholvanor och 70 procent bland dem som hade skadliga alkoholvanor. Om hänsyn också tas till användning av narkotika under de senaste 12 månaderna ökade andelen med psykiatrisk problematik till 62 procent bland män med skadliga alkoholvanor.

Psykiatrisk problematik förekom oavsett ålder särskilt ofta bland dem som hade skadliga alkoholvanor. Social funktionsnedsättning, som var det vanligaste symptomet på psykisk ohälsa, förekom bland 17 procent av männen och 20 procent av kvinnorna med riskabla alkoholvanor. Bland dem som hade skadliga alkoholvanor förekom social funktionsnedsättning i betydligt högre grad, både bland män och kvinnor (40 respektive 42 procent).

Kvinnor uppgav symptom på ångest i högre grad än män. Bland män förekom olika symptom på ångestsyndrom bland 12 procent av dem med riskabla alkoholvanor och bland 27 procent av dem med skadliga alkoholvanor. Bland kvinnorna uppgav 16 procent av dem med riskabla alkoholvanor och 33 procent av dem med skadliga alkoholvanor sådana symptom.

Användning av narkotika under det senaste året uppgavs av 7 procent av de män som hade riskabla alkoholvanor och 23 procent av de män som hade skadliga alkoholvanor. Bland kvinnor med riskabla alkoholvanor hade 5 procent använt narkotika medan andelen bland kvinnor med skadliga alkoholvanor var 12 procent. Bland 20–24-åriga män och kvinnor med skadliga alkoholvanor var det särskilt många som använt narkotika (55 respektive 41 procent). Bland yngre män med skadliga alkoholvanor fanns en relativt stor andel som hade använt narkotika under det senaste året men som inte hade några andra symptom på psykiatrisk problematik, 25 procent bland 20–24-åringarna och 14 procent bland 25–39-åringarna (27).

Sammanfattningsvis förekom psykisk ohälsa och användning av narkotika under det gångna året betydligt oftare bland dem som har skadliga alkoholvanor än bland dem som har riskabla alkoholvanor och detta gällde både män och kvinnor. Förekomsten av psykisk ohälsa och narkotikaanvändning var särskilt hög bland 20–49-åriga kvinnor och 20–24-åriga män med skadliga alkoholvanor.

Förekomst av alkoholmissbruk/beroende och annan psykisk sjukdom

I den psykiatriska intervjun i PART-studien användes det av WHO utvecklade Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN (30). De flesta intervjuarna var psykiatriker och SCAN ger DSM-IV-diagnoser.

Bland männen fick 9,7 procent och bland kvinnorna 3,5 procent någon av diagnoserna alkoholmissbruk eller alkoholberoende (se Tabell 2). Bland både män och kvinnor var det alkoholberoende som var vanligast.

Tabell 4. Förekomst av alkoholmissbruk/beroende enligt DSM-IV bland män och kvinnor i Stockholms län 1998-2000.

| | Män | Kvinnor | Totalt |
|---------------------------------|------------|----------------|---------------|
| Alkoholmissbruk | 4,1 % | 1,4 % | 2,6 % |
| Alkoholberoende | 5,5 % | 2,1 % | 3,5 % |
| Alkoholmissbruk/beroende | 9,7 % | 3,5 % | 6,2 % |

Källa: PART-studien (n=1 093)

De flesta män och kvinnor som fick diagnosen alkoholberoende hade enligt AUDIT skadliga alkoholvanor (84 respektive 64 procent).

Komorbidity eller samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos konstaterades för 25 procent av männen och 21 procent av kvinnorna. Oftast förelåg komorbidity med ångestsyndrom (15 procent i båda fallen) eller depression (9 resp 13 procent) (27).

Kontakter med sjukvården för psykiska problem bland dem med alkoholmissbruk/beroende

Under de tre månaderna före intervjun hade 28 procent av kvinnorna och 22 procent av männen med alkoholmissbruk/beroende haft kontakt med sjukvården för psykiska problem. Också tidigare kontakter i sjukvården för psykiska problem var vanligare bland kvinnor än bland män (72 respektive 46 procent). De flesta hade behandlats av psykiater/psykolog/psykoterapeut (65 respektive 42 procent).

Kvinnor och män med alkoholberoende uppgav oftare (87 respektive 62 procent) än de med missbruk (56 respektive 20 procent) att de tidigare behandlats för psykiska problem.

Bland dem som haft behandlingskontakt för psykiska problem de senaste tre månaderna ansåg två av tre kvinnor att rådgivning, samtal eller psykoterapi var det viktigaste behandlingsinslaget medan lika många män prioriterade mediciner (27).

Psykiatriskt behandlingsbehov bland dem med alkoholmissbruk/beroende

I samband med intervjun bedömde intervjuerna att samtliga män och 78 procent av kvinnorna med alkoholberoende/missbruk och komorbiditet hade ett allmänpsykiatriskt behandlingsbehov. Ändå var det oftare kvinnorna än männen som hade en pågående behandlingskontakt för psykiska problem (41 respektive 26 procent).

Bland de alkoholberoende var det fler kvinnor än män som hade pågående kontakt som bedömdes tillgodose deras behandlingsbehov (71 respektive 38 procent). Också varannan kvinna med alkoholmissbruk fick en tillfredsställande behandling medan detsamma inte bedömdes gälla någon av männen med alkoholmissbruk (27).

Det var oftare alkoholberoende män och kvinnor som hade haft kontakt med sjukvården för psykiska problem än personer med skadliga alkoholyvanor. Det var särskilt ofta kvinnor med alkoholberoende som bedömdes ha en pågående kontakt som tillgodosåg deras psykiatriska vårdbehov.

Referenser

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. WHO 1992.
3. BIB (Bedömningsinstrument inom behandling och forskning). Statens Institutionsstyrelse (SIS) 1998.
4. ASI – en strukturerad intervju metod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem, Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), CUS-skrift 1999:2.
5. Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, Helwig H, Briken P, Holzbach R, Kampf P, Stracke R, Baehr M, Naber D, Wiedemann K. (2003) Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jan;60(1):92-9.
6. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. SBU 2001.
7. Cochrane Collaboration (2003), www.cochrane.org
8. Hensing, G. (2003) Alkoholkonsumtion och alkoholproblem ur ett genusperspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4:355-361.
9. Hammarström, A. (2004) *Genusperspektiv på medicinen*. Höskoleverket: Stockholm.
10. Spak, L. (2001) *Women and alcohol: Early background factors and aspects of comorbidity*. Avhandling vid Institutionen för socialmedicin, Göteborgs universitet: Göteborg.
11. Berglund M, Bergman H, Swenelius T. (1986) Alkoholvaneinventoriet – ett nytt frågeformulär för differentierad diagnostik vid alkoholism. *Läkartidningen* 83; 1278-1281.
12. Mancinelli, R. Binetti, R. Ceccanti, M. (2006) Female drinking, environment and biological markers. *Ann Ist Super Sanita*, 42(1):31-8.

13. Dahlgren L. (1971) Alkoholism hos kvinnor. *Läkartidningen* 28;68(31):3485-92.
14. Dahlgren L. (1975) Special problems in female alcoholism. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 70 Suppl 1:18-24.
15. Haver & Franck (1997) The Karolinska project for early treatment of women with alcohol addiction: a review of a unique clinical research program. *European Addiction Research*, 3, 30-36.
16. Linstein, T. (2001) *Vändpunkten – ur barnens och ungdomarnas perspektiv*. Göteborg: Gothia.
17. Finne, E., Statistik över socialtjänstens kontakter med missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 2001. FoU-rapport 2003:6, Socialtjänstförvaltningen
18. Socialstyrelsen (2003). Psykosociala insatsers effekter på personer med psykiska funktionshinder. En kunskapsöversikt.
19. Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.
20. Leifman H. Vilka dricker mer alkohol i Sverige? En studie av konsumtionstrender bland män och kvinnor och i olika ålders-grupper under perioden 1990 till 2002. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 2003;20:159-180.
21. SoRAD: Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige fram till juni 2007-08-23 (odaterad 2007)
22. Trolldal B, Boman U, Gustafsson N-K. Alkoholkonsumtionen och dess olika delmängder 2004. Stockholm: SoRAD (Forskningsrapport nr 28), 2005.
23. Trolldal B, Svensson J, Melinder J, Damström Thakker K. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Stockholms län. Rapport 2006. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2006.
24. Hvitfeldt T, Rask L. Skolelevers drogvanor 2005. Rapport nr 90. Stockholm: CAN, 2005.
25. 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.

26. Bergman H, Källmén H. Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. *Läkartidningen* 2003;100:12:1028-1035.
27. Damström Thakker K. Data från PART-studien. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2006a.
28. Damström Thakker K. Data från De egna alkoholvanornas värde. En befolkningsstudie i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2006b.
29. Göransson M, Magnusson Å, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* 2003; 98:1513-1520.
30. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N: SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(6):589-593.

Rekommenderad läsning

Addiction Research 3, 30-36

Behandling av alkoholproblem. Centrum för utvärdering av socialt arbete (2000). Liber.

Dokumentation inom missbrukarvården. Centrum för utvärdering av socialt arbete (1996). Liber.

Forsberg L (2001). Motiverande samtalsmetod vid alkoholproblem. CAN & SAD.

Författningshandbok 2006 för personal inom hälso- och sjukvård (2006)
Red. Raadu, G. Stockholm: Liber.

Guttormsson U. Mönstrandens drogvanor 2005. Rapport nr 95. Stockholm: CAN, 2006.

Heilig M (1999). Beroendetillstånd. Astra Läkemedel, Södertälje.

Johansson K & Wirbing P (1999). Riskbruk och missbruk. Alkohol-läkemedel-narkotika. Stockholm: Natur och Kultur, 2005.

Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. SoRAD (2002).

Remissversionen Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende, samverkan kommuner och landsting i Stockholms län för ett värdigt liv (2007).

Scheffel Birath C, Hansagi H, DeMarinis V. (2002) Utvärdering av EWA-mottagningen: En pilotstudie. Arbetsmaterial, Beroendecentrum Stockholm.






Bilaga 1

AUDIT. Formulär för screening av alkoholproblem

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

| Med ett "glas" menas: | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | 50 cl folköl |  | 33 cl starköl |  | 1 glas rött eller vitt vin |  | 1 litet glas starkvin |  | 4 cl sprit, t. ex. whisky |
| Hur gammal är du? <input type="text"/> år | | Man <input type="checkbox"/> | | Kvinna <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 1. Hur ofta dricker Du alkohol? | Aldrig <input type="checkbox"/> | 1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/> | 2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/> | 2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/> | 4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/> | | | | |
| 2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol? | 1 - 2 <input type="checkbox"/> | 3 - 4 <input type="checkbox"/> | 5 - 6 <input type="checkbox"/> | 7 - 9 <input type="checkbox"/> | 10 eller fler <input type="checkbox"/> | | | | |
| 3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> | Varje månad <input type="checkbox"/> | Varje vecka <input type="checkbox"/> | Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/> | | | | |
| 4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> | Varje månad <input type="checkbox"/> | Varje vecka <input type="checkbox"/> | Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/> | | | | |
| 5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> | Varje månad <input type="checkbox"/> | Varje vecka <input type="checkbox"/> | Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/> | | | | |
| 6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> | Varje månad <input type="checkbox"/> | Varje vecka <input type="checkbox"/> | Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/> | | | | |
| 7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> | Varje månad <input type="checkbox"/> | Varje vecka <input type="checkbox"/> | Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/> | | | | |
| 8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/> | Varje månad <input type="checkbox"/> | Varje vecka <input type="checkbox"/> | Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/> | | | | |
| 9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/> | | Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/> | | Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/> | | | | | |

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

AUDIT är en snabb och enkel testmetod som innehåller tio enkätfrågor om alkoholvanor och alkoholrelaterade problem. För en manlig patient 8 poäng eller mer föreligger sannolikt riskabla eller skadliga alkoholvanor. Motsvarande poängtal för kvinnliga patienter är 6 poäng. Erhålles 15 respektive 13 poäng föreligger sannolikt tungt missbruk. Se Bergman & Källmén (2003).

Svaren poängsätts med 0-4 poäng (från vänster till höger) med undantag av de två sista frågorna där svarsalternativen ges 0, 2 respektive 4 poäng.

2003-03-11

Professor Hans Bergman
Institutionen för klinisk neurovetenskap/Sektionen för klinisk alkohol- och narkotikaforskning
Karolinska Institutet

Bergman H, Källmén H. (2003) Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor: undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997-2001. **Läkartidningen, in press.**

Bilaga 2

CIWA – Ar skalan. Formulär för bedömning av abstinensgrad

CIWA-Ar skalan

Namn.....

Datum..... Puls...../min

ILLAMÅENDE OCH KRÄKNINGAR

Är du illamående? Har du kräks?

- 0 ej illamående/kräkning
- 1 lätt illamående
- 2 antydde taktila förändringar
- 3 måttligt illamående, med kväljning
- 4 konstant illamående, kväljningar och kräkningar

TREMOR - utsträckta armar och sårade fingrar

- 0 ingen tremor
- 1 måttlig tremor med utsträckta armar
- 2 kraftig tremor trots stöd för armarna

SVETTNING

- 0 ingen svettning
- 1 fuktiga handflator
- 2 synliga svettdroppar på pannan
- 3 kroppen blöt av svett

ÅNGEST - känner du dig orolig?

- 0 ingen ångest, lugn
- 1 mycket lätt ångest
- 2 måttlig ångest eller spänd
- 3 panikkänsla, mycket stark ångest

PSYKOMOTORISK ORO

- 0 normal aktivitet
- 1 något förhöjd aktivitet
- 2 måttligt orolig och rastlös
- 3 kan inte sitta eller ligga stilla alls

TAKTILA FÖRÄNDRINGAR

Känner du någon klåda eller brännande känsla?
Känns det som smådjur på eller under huden?

- 0 inga taktila förändringar
- 1 antydde taktila förändringar
- 2 lätta taktila hallucinationer
- 3 måttliga taktila hallucinationer
- 4 kraftiga taktila hallucinationer
- 5 ständiga taktila hallucinationer

Översättning: Docent Claes Hollstedt

Poäng.....

Personnr.....

Blodtryck...../.....

HÖRSELFÖRÄNDRINGAR

Är dina hörselintryck förstärkta eller skrämmande?
Hör du någonting som oroar dig? Hör du saker som inte finns?

- 0 inga hörselförändringar
- 1 antytt förstärkta hörselintryck
- 2 lätt förstärkta hörselintryck
- 3 måttligt förstärkta hörselintryck
- 4 lätta hörselhallucinationer
- 5 kraftiga hörselhallucinationer
- 6 mycket kraftiga hörselhallucinationer

SYNFÖRÄNDRINGAR

Känns ljusets styrka eller färg onormalt?
Ser du någonting som oroar dig? Ser du saker som inte finns?

- 0 inga förändringar
- 1 antydde synförändringar
- 2 lätta synförändringar
- 3 måttliga synförändringar
- 4 måttliga synhallucinationer
- 5 kraftiga synhallucinationer
- 6 mycket kraftiga synhallucinationer
- 7 ständiga synhallucinationer

HUVUDVÄRK

Har du huvudvärk? Känns det som ett band runt pannan? Obs, bedöm inte ev yrsel.

- 0 ingen huvudvärk
- 1 mycket lätt huvudvärk
- 2 lätt huvudvärk
- 3 måttlig huvudvärk
- 4 kraftig huvudvärk
- 5 kraftigare huvudvärk
- 6 mycket kraftig huvudvärk
- 7 extremt kraftig huvudvärk

ORIENTERING

Vad är dagens datum? Var är vi någonstans?
Vem är du?

- 0 normalt orienterad
- 1 osäker beträffande datum
- 2 desorienterad för datum med högst 2 dgr
- 3 desorienterad för datum med mer än 2 dgr
- 4 desorienterad för datum, plats och/eller person

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivercronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

Forum för kunskap och gemensam utveckling

Box 12175, 118 91 Stockholm

Telefon 08-737 30 00, Fax 08-737 44 64