



2 st 33 cl lättöl



50 cl folköl



33 cl starköl



1 glas rött  
eller vitt vin



1 litet glas  
starkvin



4 cl sprit  
t.ex. whisky

# ALKOHOLBEROENDE

## – inte vad det har varit

**I utbildningssammanhang i primärvård har fokus tidigare legat på riskbruk, det vill säga ett konsumtionsmönster som ofta leder till negativa hälsokomplikationer. Svårigheten med riskbruksfokus i allmänläkarverksamhet är att patienten själv inte behöver märka några negativa effekter, eller ens vara medveten om att hon har en mycket hög konsumtion.**

**V**i måste ha en rejält hälsomedveten patient för att hon ska vilja ändra sitt beteende om vi har identifierat ett riskbruk, utan att det lett till några komplikationer. Ofta är det därför faktiskt lättare att ha fokus på alkoholberoende, ett tillstånd där patienten själv har märkt av alkoholens negativa konsekvenser. Samma gäller skadligt bruk, d.v.s. där alkoholkonsumtionen medfört eller bidragit till ett hälsoproblem, fysiskt eller psykiskt. I dessa situationer har patienten en klart högre motivation att göra något åt sin situation.

Få medicinska områden har haft en så snabb kunskapsutveckling som beroendemedicinen. Dels har det tidigare inte funnits en klar bild om hur de med lindrigt beroende ”ser ut” och hur man tänker kring sitt problem. Dels vet vi nu också att de behandlingar som vi kan ge är mycket effektiva. Det gäller både läkemedelsbehandling och psykologiskt stöd med KBT-inslag. Slutligen är orsaken till alkoholberoende betydligt klarare och den starka genetiska kopplingen fastställd.

### Alkoholberoende är ofta lindrigt

När man pratar om alkoholberoende får väl de flesta människor en bild av en utslagen suput, som ivrigt förnekar att han

har några problem. Jo, en *han* är det också i allmänna bilden. Vi läkare tycker väl heller inte att det är trevligt när patienten förnärmat avfärdar våra försök att diskutera alkohol, eller inte tycks vilja ta emot den hjälp vi har att erbjuda. Bilden av den utslagna suputen, eller den som håller skenet uppe och döljer med Läkeroltabletter eller parfymmer må stämma ibland, men stämmer definitivt inte för den stora majoriteten av alkoholberoende personer. De flesta arbetar ordentligt, har familj, är goda föräldrar, och har till och med en riktigt god prognos vad gäller alkoholen. De känner till sina problem. Kanske brukar det allför ofta ”bli ett par glas för mycket”, kanske blir man alltför friskspråkig och ångrar sig efteråt, eller betar sig illa av och till, och partnern har nog skämts ibland. Å andra sidan är det ju lätt att skärpa till sig om det behövs, t.ex. på släktmiddagen.

Så även om man har problem – en alkoholist eller missbrukare är man ju inte! Diskrepansen mellan vår erfarenhet av ”alkoholpatienter” och situationen för den stora gruppen med måttligt beroende beror helt enkelt på att patienten inte gärna tar upp ämnet, för då kan ju doktorn tro man är alkoholist. Så det är bara vid riktigt svåra problem eller där det framgår tydligt som vi får vetskap. Fokusgruppundersökningar

i befolkningen visar emellertid att även de med lindrigt beroende vill ha hjälp och stöd för att få bättre dryckesvanor. De flesta yngre vill ha internetstöd, i övrigt stöd av husläkare eller företagsläkare. Här har vi i primärvård en roll att fylla, med vår långvariga och förtroendefulla kännedom om patienten. Att söka beroendeklinik eller socialtjänstens alkoholmottagning är förstås inte aktuellt för dessa patienter.

### Alkoholdiagnoser

*Alkoholist* är en term som vi inom vården bör undvika, det är ingen medicinsk diagnos och närmast att betrakta som ett skällsord. För vissa personer kan det dock vara identitetsskapande, som i AA, Anonyma Alkoholister. Identiteten innebär då en påminnelse att man har denna kroniska sjukdom. *Missbruk* är visserligen en medicinsk diagnos i DSM-IV, men har tagits bort i DSM 5. Detta är inte heller en beteckning som väcker respekt och ingen patient vill väl bli kallad missbrukare. Tyvärr är det fortfarande begreppet i Socialtjänstlagen, så när socialsekreteraren pratar om missbrukare så ska vi förstå det som en svårt alkoholberoende person med sociala komplikationer. ICD-10 termerna för alkoholens medicinska konsekvenser är mer neutrala; *skadligt bruk* (någon fysisk eller psykisk skada har uppkommit) och *beroende* som är den centrala diagnosen. DSM 5 har valt begreppet *Substance Use Disorder*, vilket specificeras beroende på drog; t.ex. *Alcohol Use Disorder*. Hur detta kommer att översättas är ännu oklart, men *Alkoholsyndrom* är ett stalltips.

### Riskbruk

Därtill har vi konsumtionsbegreppet *riskbruk*, vilket inte är en medicinsk diagnos utan ett dryckesbeteende som man utifrån epidemiologiska data konstaterat medför ökad risk för skador, sjukdom och död. Det är framför allt ”högkonsumtion” och ”intensivkonsumtion” som identifierats som riskabelt [1]. Högkonsumtion innebär helt enkelt att dricka mycket. Över 14 ”standardglas per vecka för män, och över nio ”standardglas” per vecka för kvinnor (se figur för standardglas). Intensivkonsumtion, att suppa till, definieras som att dricka fem standardglas eller mer under en kort tid, t.ex. en kväll för män respektive fyra glas för kvinnor. Dessa gränser från Folkhälsoinstitutet baseras på epidemiologiska data. En föredömligt konkret riktlinje för riskbruk har Australien National Health and Medical Research Council, när man utgår från att risken att dö av alkoholen ska understiga en procent. Då ska konsumtionen understiga tolv glas per vecka eller tre glas per tillfälle, ungefär samma nivåer som i Sverige [2]. Dessa epidemiologiska fakta är bra som tumregel, men samtidigt är den individuella hälsosituationen och känsligheten så varierande varför en individuell bedömning alltid måste göras.

Riskbruksbegreppet kan emellertid ibland ha fördelen, då patienter inte behöver tillstå en svårare problematik (beroende)

utan man kan resonera mer allmänt i termer av riskkonsumtion och ha hälsofokus i stället för beroendefokus.

### Diagnostik i praktik

Det finns många sätt att genomföra en alkoholanamnes som passar för olika situationer. Det vanligaste är väl att i lämplig situation fråga systematiskt: Hur ofta dricker du någon alkohol? Vad brukar du då dricka? Hur mycket ungefär brukar du dricka? Ofta får man komplettera, t.ex. om man någon gång dricker på vardagar också. På basis av uppgifterna kan vi ge feedback till patienten om han överskrider riskbruksgränser eller ej. Uppgivna mängder brukar underskattas, men det viktiga är att patienten får en känsla för storleken på sin egen konsumtion, inte att vi får reda på sanningen. Dessutom är det så att individuella variationen är mycket stor hur vår fysiologi reagerar på samma mängd alkohol. Men just för att vi reagerar så olika på alkohol kan vi gärna informera om att även liten konsumtion ibland kan bidra till diverse hälsoproblem. Det finns åtskilliga genetiska faktorer som gör att alkoholen får så olika stor effekt på olika individer.

På ett sätt är det lättare om patienten själv upplever någon problematik med alkoholen. Så därför vill jag tipsa om ett par andra metoder. Varför inte pröva att utgå från ICD-10:s beroendekriterier i ett alkoholsamtal? Analogt med att vi har de diagnostiska kriterierna för depression i bakhuvudet, så kan man lika gärna fråga om beroendekriterierna. Då får vi ju en diagnos, och inte bara vår subjektiva bedömning. Patienter har faktiskt förvånansvärt lätt att acceptera att de är alkoholberoende, lite i analogi med begreppen sockerberoende, spelberoende etc. Bejakas tre av ICD-10 kriterierna nedan under senaste 12 månaderna så föreligger ett beroende.

1. Känner du ett starkt sug, begär eller tvång att dricka alkohol?
2. Har du svårt att kontrollera drickandet, d.v.s. dricker mer än du hade tänkt från början, eller svårt att sluta dricka?
3. Prioriterar du alkoholen så högt att andra viktiga aktiviteter blir lidande, t.ex. arbetet, fritidsintressen eller att umgås med andra?
4. Har du fått ökad tolerans för alkohol, så att du tål mer eller att du druckit mer för att få samma effekt som du fick tidigare?
5. Har det hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att du minskat eller slutat dricka?
6. Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

Tre eller fler ja-svar innebär alkoholberoende, men det är naturligtvis skillnad på olika individers beroende ändå. Uppfyller man tre eller alla sex kriterierna? Detta gör stor skillnad, liksom om det är de fysiologiska (ex. abstinens) eller psykolo-

giska aspekterna (ex. sug, kontrollförlust). Sug kan vara nästan ständigt, eller bara triggas i vissa situationer. Formulera gärna om frågorna så de passar situationen och din mun. Andra kriteriet, kontrollförlusten, är vanligast.

Några exempel på andra frågor som utgår från patientens egna funderingar, och som kan passa ibland. De ger patienten en chans att ”nappa”: ”Händer det att det blir mer än du tänkt ibland?” ”Har du ibland funderat på om du skulle dra ner – av hälsoskäl/med tanke på vikten/ blodtrycket/din frus oro/att du ju vill vara ett gott föredöme för dina barn?”

Skadligt bruk är också en diagnos i ICD-10. Diagnosen kan ställas om det uppkommit någon skada, fysisk eller psykisk på grund av alkoholen. Det kan vara svårt att fastställa om alkohol är viktigaste orsak till en sömnrörning, depression, fraktur, hypertoni etc., men bedömer vi det som en viktig faktor kan diagnosen sättas.

## AUDIT-testet

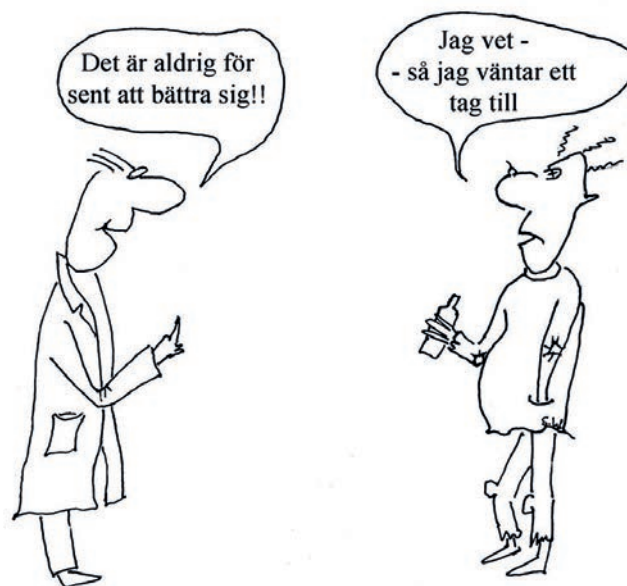
Ett alternativ till att du ska fråga om alkohol är helt enkelt att erbjuda patienten ett självtest. Det kan motiveras med att syftet är att se om det finns någon risk att vanorna kan påverka den aktuella sjukdomen som patienten söker för. Detta faktum, att alkohol eventuellt kan vara betydelsefullt för patientens aktuella problem är en viktig utgångspunkt i all alkoholanamnes. Att fråga om alkohol kan ibland vara integritetskänsligt, men detta elimineras om patienten förstår att frågorna är medicinskt relevanta.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) är ett formulär med tio frågor som patienten kan fylla i under sittande konsultation. Det tar ca 2 minuter. Formuläret kan lätt googlas fram, och en 10-minuters minikurs hur man kan använda testet finns t.ex. på [riddargatan1.se/audit/intro](http://riddargatan1.se/audit/intro)

## Varför super Jeppe?

Denna urgamla fråga om orsaken till alkoholberoende har i dag betydligt bättre svar än för bara 10–15 år sedan. Svaret kan förenklas i en formel: Risk för alkoholberoende = genetisk predisposition x mängd förtärd alkohol. Detta innebär att en person med hög genetisk belastning inte behöver dricka så mycket för att snabbt utveckla beroende, medan en person med låg genetisk belastning måste dricka duktigt under många år för att till slut bli beroende. Det finns minst ett trettioåttal kända gener, var och en bidrar bara lite, och på olika sätt. Detta gör att man inte alltid kan veta sin genetiska profil, även om man ofta ser arvets stora betydelse när man frågar om alkoholproblem i släkten.

Ytterligare två faktorer kan nämnas som betydelsefulla för att utveckla beroende. Den ena är tidig alkoholdebut, eftersom ungdomars hjärna är betydligt mer formbar så utvecklar de beroendet snabbare. Den andra faktorn är dryckesmönster. Att dricka mycket på en gång, dricka på tom mage etc., allt som



Denna nidsbild illustrerar två myter: att alkoholberoende ofta är ett svårt tillstånd, samt att det är frustrerande att behandla alkoholberoende.

medför en större ”kick” är mer riskabelt. Man kan dock i princip avfärda ”samhällets orättvisor”, en dålig uppväxt, sociala miljön eller fattigdom som primär orsak till beroendet. Däremot är det ju så att man dricker oftast som sin umgängeskrets, så om ens kamrater dricker mycket eller föräldrar tolererar drickande så blir konsumtionen högre. I dag är alkoholkonsumtionen högst hos välutbildade, och säkerligen därmed även alkoholberoendet.

## Alkoholberoende har faktiskt god prognos

”En gång alkoholist alltid alkoholist” är ett uttryck som alla känner till. Men som väl är, är det inte särskilt sant. Åtminstone om man syftar på alkoholberoende. I en stor epidemiologisk studie [3], ser man att bara 25 procent av alla som någon gång i livet (för mer än ett år sedan) fått diagnos alkoholberoende, fortfarande är alkoholberoende! Vad händer med resten? Jo, hela 36 procent kan betraktas som helt botade, med en måttlig alkoholkonsumtion eller nyktra. 39 procent kan ses som delvis botade med bara riskbruk eller uppfyllande en eller två beroendekriterier.

Att prognosen oftast är så god är en spännande och relativt ny kunskap. Den stora gruppen med mildare former av alkoholberoende har varit osynliga, för alla utom sig själva, partnern och kanske även närmsta bekantskapskretsen som tyckt att personerna har ”dåligt ölsinne”. Ytterligare ett intressant faktum är att de allra flesta klarar tillfrisknandet på egen hand. Man tar till slut itu med det själv. I denna studie var det

bara 26 procent som haft någon som helst kontakt med vården för sina alkoholproblem.

Det finns flera studier som visar liknande resultat. I en svensk [4] såg man att bara 17 procent hade haft någon kontakt med vården för sitt problem. Här såg man också att tillfrisknandet är en process som tar sin tid, i genomsnitt 2,5 år. Det är här vi kan göra skillnad genom att stödja att en förändring kommer igång tidigare.

Självklart finns fortfarande de svårt beroende personerna med sociala komplikationer och kanske flera psykiatriska diagnoser. De är ofta kända sedan tidigare, och har fortfarande samma dåliga prognos som tidigare. En lämplig målsättning kan vara glesare återfall och kortare återfall. Detta kan uppnås med att vi är generösa med brythjälp med bezopreparat, och uppmuntra att ha frekventa uppföljningar. Alkoholläkemedlen bör definitivt erbjudas.

### Behandling med KBT-inslag är inte så svårt

I behandling lönar det sig sällan att försöka förklara beroendet eller hitta dess orsaker, utan effektivaste behandlingarna är kognitivt beteendearbetande, och utgår alltså från här och nu. Man kan t.ex. få patienten att identifiera ett nytt önskat beteende; hur vill patienten ha det, nykter eller ett mer kontrollerat drickande? Vad det kontrollerade drickandet innebär ska konkretiseras så noga som möjligt. Vilka dagar kan man dricka och hur många glas? När kan man göra undantag, t.ex. 50-årskalas etc.? Nästa steg är då att diskutera behov, stöd för det nya beteendet och kanske ska man fundera på hur man kan eliminera risksituationer och att ha alternativa beteenden om man hamnar i risksituation. Stöden kan t.ex. vara såväl mentala såsom föresatser, målbilder eller mer konkreta regelverk kring drickandet eller att starta nya aktiviteter där alkohol inte förekommer. Förhållningssättet ska bygga på motiverande samtal (MI) eller FRAMES.

<b>Feedback</b>	Ge återkoppling och information om alkohol i relation till patientens situation.
<b>Respons- ibility</b>	Patienten har själv ansvaret att göra en förändring ...
<b>Advice</b>	... men kan förvänta sig råd och stöd från oss för beslutet att minska alkoholkonsumtionen.
<b>Menu</b>	Vi kan visa på, och erbjuda olika alternativa strategier för att minska alkoholkonsumtionen.
<b>Empathy</b>	Empatiskt, förstående och reflekterande förhållningssätt.
<b>Self-efficacy</b>	Vi uppmuntrar och stärker personens tilltro till sin egen förmåga att göra en förändring.

Det är verkningsfullt bara med täta, men korta, återbesök för den patient som vill ändra sina dryckesvanor till det bättre.

Återbesöken ska då handla om de konkreta målen och hur de ska nås, inte varför det blev mer drickande än planerat. Vi ska styra samtalen till det som i MI kallas förändringsprat. Det innebär att patienten själv ska uttrycka varför den ska förändra, fördelar med ett annorlunda leverne, vad maken/barnen kommer att uppskatta, nackdelar med nuvarande leverne, hur man ska förändra, när man ska ändra osv. Det är patienten som har ansvaret för en förändring, vi stödjer och hjälper till att se fördelar.

### Läkemedelsbehandlingar

Läkemedel mot alkoholberoende är underanvända och kan gärna prövas vid beroende om patienten känner besvärande sug efter att dricka, eller upplever kontrollförlust eller merbegär. Kontrollförlust innebär att man misslyckas med att begränsa sitt drickande, trots att man föresatt sig att bara dricka lite. Läkemedelsstudiernas upplägg styr den godkända indikationen och FASS-textens utformning, men den kliniska erfarenheten är just att de har effekt på sug (längtan att börja dricka) och merbegär, man blir nöjd med mindre. Akamprosat (Campral, Aotal) ska enligt FASS ges i tredos, men tvådos går lika bra. Den har sällan besvärande biverkningar, men effekten dröjer lite då man når steady state först efter närmare en veckas behandling.

Naltrexon har däremot snabb effekt, och en del patienter tar det bara vid behov. Det har oftare huvudvärk, illamående och andra biverkningar, men ibland kan det hanteras med halverad dos. Nalmefene (Selincro) är nytt, har inte hunnit få läkemedelsrabatt och min egen erfarenhet är begränsad. Farmodynamiken är lik naltrexon, men behandling vid behov är här en godkänd indikation.

I kontrollerade studier har akamprosot och naltrexon NNT kring 10, men den kliniska erfarenheten är bättre (kanske placebo som är så bra?). Cirka en tredjedel av alla som får prova har en klart god effekt, ytterligare en grupp upplever viss effekt, men en stor grupp har ingen positiv effekt. Därför ska insatt behandling alltid utvärderas efter någon månad. Helst bör man inför alla återbesök följa levervärden och MCV. Man ser ofta förbättringar inom normalintervallet vid minskad konsumtion. Sensitivitet och specificitet är annars mycket låg för "levervärdena", kanske kring 30 procent. Men t.ex. ett ALAT som sjunker från normala 0,50 till normala 0,30 är en kraftfull och sporrande feedback till vår patient.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att effekten av läkemedelsbehandling höjs om man inramar läkemedelsbehandlingen med ett "medical management" [5]. Detta innebär just flera återbesök, provtagning, feedback på prover, efterhöra effekter, diskutera intag/compliance, dosjusteringar etc.

Antabus (disulfiram) kan vara ett bra stöd till den patient som inte vill dricka alls under en period. Vet man att man inte kan dricka så är det lättare att inte tänka på alkohol, suget ☞

minskar faktiskt. De studier som är gjorda på disulfiram är på svårt beroende patienter och ofta långa behandlingar. Därför har ”övervakat intag” ofta förordats för att behandlingen inte ska avbrytas. Vi ska dock undvika att omyndigförklara den motiverade patienten som vill sköta det själv. Vi kan dock tipsa om att en del patienter tycker det är värdefullt att visa upp sitt intag för en partner eller arbetsgivare med syfte att skapa förtroende och trygghet. Och visst, att komma till en sjuksköterska för Antabusintag åtminstone en gång i veckan kan vara ett bra stöd för många. Prover bör tas tätt initialt av säkerhetsskäl, detta blir också en bra feedback till patienten.

Det pågår studier på vareniklin (Champix) vid alkoholberoende och det har rapporterats ha effekt. Om patienten vill sluta röka kan det kanske vara bra att slå två flugor i en smäll. Det kan vara spännande att efterhöra om drickandet ändrades under Champixkuren.

### Behandling i praktiken – ett exempel

Beroendecentrum i Stockholm och Centrum för psykiatriforskning, KI, har sedan ett par år startat en mottagning som vänder sig just till patienter med milt eller måttligt beroende. Följriktigt är målsättningen för de flesta att ändra dryckesvanorna till något bättre och således inte nykterhet, vilket annars ofta är det vanligaste behandlingsmålet på beroendemottagningar. Metoderna är de här beskrivna och de flesta patienter söker själva. Mottagningen heter Riddargatan 1, ligger på den adressen, ett stenkast från Stureplan. Lokalerna är eleganta och vi har konstutställningar i väntrummet. Detta är medvetet, då syftet är att minska stigmatisering och sänka trösklar för att söka vård.

Målsättningen är att nå en ny målgrupp patienter med milt och måttligt alkoholberoende, som tidigare inte haft ett naturligt ställe att söka vård. Ytterligare ett mål är att utveckla

behandlingar som fungerar även inom primärvård, och ett forskningsprojekt har just startat som syftar till att jämföra utfallet vid behandling i primärvård jämfört med specialistvården på Riddargatan 1.



SVEN WÄHLÉN  
Spec allmänmedicin, distriktsläkare Uppsala  
Överläkare Beroendecentrum Stockholm  
sven.wahlin@sl.se, www.riddargatan1.se

### Referenser:

1. Statens folkhälsoinstitut. Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård: Riskbruksprojektet – bakgrund, strategi och resultat. Rapport 2010:05. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
2. National Health and Medical Research Council (Australia). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2009.
3. Dawson D, Grant B, Stinson F, Chou P, Huang B, Ruan W. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*. 2005;100:281–92.
4. Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L. & Collin, L. (2007) Att förbättra sina alkoholvanor. Om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. FoU-enheten, Stockholm: FoU-rapport 2007:5 och Stockholms universitet: SoRAD – Forskningsrapport nr 42.
5. COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence - the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003–17.



Hjälp WWF  
att RÄDDA mig!

Postgiro 90 1974-6

Världsnaturfonden WWF  
www.wwf.se 08-624 74 00