

Alkoholrådgivning i primärvården

Inledning

Riskbruket av alkohol har tilltagit i Sverige sedan mitten av 1990-talet¹. Idag möter svensk sjukvård betydligt fler personer med riskfylld alkoholkonsumtion. Det ställer ökade krav på att vården ska kunna förebygga och behandla riskkonsumtion av alkohol.

De flesta alkoholrelaterade skadorna orsakas av personer med riskfylld alkoholkonsumtion, inte av personer med svårt alkoholberoende. Ett sätt att minska konsumtionen är att erbjuda alkoholrådgivning.

Cochrane Collaboration har sammanställt det vetenskapliga stödet för kort alkoholrådgivning (1–4 besök) i primärvården. Sådan rådgivning erbjuds främst av allmänläkare, sjuksköterskor och psykologer med utbildning i kort alkoholrådgivning. Här sammanfattar och kommenterar SBU Cochrane-rapporten.

Kommenterad rapport

Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

Publikationsdatum: 2007

Senaste sökdatum: Februari 2006

SBU:s kommentar

- Spridningen av kort alkoholrådgivning har gått trögt i Sverige trots starkt vetenskapligt underlag. En tänkbar förklaring är att forskningen inte uppfattats som tillräckligt verklighetsförankrad.
- Cochrane-rapporten bekräftar att kort alkoholrådgivning, så kallad brief intervention, är effektiv. Slutsatsen gäller för vuxna män. Endast ett fåtal studier innehåller separata resultat för män och kvinnor.

- Slutsatserna från tidigare översikter, där goda effekter rapporterats för såväl män som kvinnor, bör därför också beaktas.
- För att besvara frågan om de ingående studiernas relevans för vardagssjukvården har författarna skapat en skala för att jämföra så kallade efficacy- och effectiveness-studier. Jämförelsen visar ingen skillnad i behandlingsresultat mellan dessa studietyper. Slutsatsen är att kort alkoholrådgivning ger goda resultat även under mer vardagsliknande förhållanden.
- Ingen hälsoekonomisk studie av kort alkoholrådgivning har genomförts i Sverige. En amerikansk studie, av Fleming och medarbetare, visade att varje investerad dollar gav en besparing inom sjukvården på 5,6 dollar (se Lästips). En översiktlig beräkning av de ekonomiska effekterna inom primärvården i Sverige pekade i samma riktning. Lindholm visade att om 1 procent av patienterna med skadlig alkoholkonsumtion ändrar sina alkoholvanor, till följd av en insats där patienten får maximalt fem återbesök, så kommer insatsen att betala sig (se Lästips).

Sammanfattning av originalrapporten

I primärvården används metoden kort alkoholrådgivning för att minska alkoholkonsumtionen hos personer vars konsumtion är riskfylld.

Här sammanfattas en utvärdering från Cochrane Collaboration om de forskningsstudier som gjorts på kort alkoholrådgivning i primärvården.

Om studierna i originalrapporten

Cochrane Collaboration identifierade 28 randomiserade kontrollerade studier som uppfyllde inklusionskriterierna.

¹ I Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsvanor (ULF) jämförs alkoholvanorna åren 2004–2005 med 1996–1997. Andelen högkonsumerer bland män har ökat med 56 procent, från 9,8 till 15,3 procent, och bland kvinnorna med 85 procent, från 4,1 till 7,6 procent. Störst ökning ses bland kvinnor i åldern 65–74 år, där andelen ökat med 273 procent, från 2,6 till 7,1 procent.

Samtliga var publicerade. Tjugotre studier genomfördes i primärvården och fem på akutmottagningar. Tjugoen av studierna ingick i en metaanalys.

De studier som inte togs med hade brister bl a avseende rapporteringen av antalet deltagare i behandlingsgruppen, mängden alkohol som konsumerats inom en specifik tidsperiod och uppföljning.

Totalt omfattade studierna över 7 000 deltagare i åldrarna 14–75 år², i huvudsak vuxna män över 18 år. Endast fyra studier hade inkluderat deltagare yngre än 18 år². Genomsnittsåldern var 42 år. Deltagarna drack i genomsnitt 27 standardglas alkohol per vecka när studien började. Tio av studierna bedrevs i USA, fem vardera i England och Spanien, två vardera i Kanada, Finland och Sverige, en vardera i Frankrike och Australien.

Studierna skiljer sig åt avseende miljö (primärvård eller akutsjukvård), populationer, hur utfrågningen går till (screening), alkoholkonsumtion före rådgivning samt den rådgivning som genomfördes.

Studierna klassificerades på en poängskala. De studier som var representativa för vardagssjukvården fick höga poäng på effectiveness-skalan. Framför allt bedömdes patienturval, behandlare, typ av mottagning, rådgivningens upplägg och omfattning samt klinisk flexibilitet i förhållande till strikta försöksprotokoll.

Åtgärder som studerades

Studiedeltagarna erbjöds någon eller samtliga av följande åtgärder:

- motivationshöjande samtal
- kognitiv beteendeterapi
- aktivitetsplaner som deltagarna själva gjort
- broschyrer (antingen generella om hälsa eller specifika om alkohol)
- ombads att föra dagbok över alkoholkonsumtionen och att genomföra övningar hemma

I tretton av tjugooåttastudier utvärderades kort rådgivning vid endast ett tillfälle. I övriga studier gavs rådgivning vid upp till fem tillfällen.

Den individuella rådgivningen tog 5–50 minuter och utfördes av allmänläkare, sjuksköterska eller psykolog. I fem studier utvärderades mer omfattande rådgivning. I dessa varierade antalet tillfällen mellan två till sju och varje tillfälle varade 15–50 minuter.

Den totala behandlingstiden (initial rådgivning och eventuella förstärkande möten) varierade i behandlingsgruppen mellan 5–10 minuter och 1 timme (median 24 minuter). För kontrollgruppen var den totala tiden maximalt 10 minuter. I de fem studier som fokuserade på längre rådgivning var den totala behandlingstiden 65–175 minuter.

Uppföljning av patienterna skedde efter 3, 6, 12 och 24 månader. Det huvudsakliga effektmåttet var minskad alkoholkonsumtion mätt i gram/vecka 12 månader efter rådgivning.

Slutsatser i originalrapporten

- Resultaten från studierna av kort alkoholrådgivning kan användas inom rutinsjukvården. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan effectiveness- och efficacy-studierna. Enligt författarna är det en allmän uppfattning att de flesta studier har varit mycket välkontrollerade efficacy-studier som inte är särskilt representativa för primärvården.
- Alkoholrådgivning i primärvården resulterar i en väsentlig minskning av veckokonsumtionen av alkohol hos män, med i genomsnitt fyra standardglas per vecka jämfört med kontrollgrupper. Minskningen kvarstod i de 17 studier som följde upp förhållandet efter ett år.
- Översikten visade ingen signifikant minskning av alkoholkonsumtionen hos kvinnor efter kort alkoholrådgivning. Det kan bero på bristande underlag då antalet deltagare i de studier som rapporterade resultat även för kvinnor var lågt (endast 499 deltagare).
- Det behövs studier som utvärderar alkoholrådgivning för kvinnor, yngre personer och personer från kulturella minoriteter. Mer forskning behövs också från utvecklingsländer.
- Att enbart fråga en person om alkoholvanor (screening) kan resultera i minskad alkoholkonsumtion. Men det behövs mer forskning om detta. Framför allt bör framtida forskning fokusera på att införa och tydliggöra de olika delarna inom alkoholrådgivning.

Patientnytta

Alkoholvanor uppfattas av många som en känslig fråga att ta upp i sjukvården. Detta verkar i högre grad gälla för vårdpersonal än för patienter. Primärvårdspatienter

² Två spanska, en brittisk och en kanadensisk studie.

har i en rad internationella och svenska studier ställt sig positiva till att alkoholvanor tas upp till diskussion.

En anledning till vårdpersonalens tveksamhet kan vara att man uppfattar att syftet med det förebyggande arbetet är att upptäcka alkoholism tidigt, snarare än att uppmärksamma riskbruk av alkohol som en riskfaktor för ohälsa. Det handlar här i stor utsträckning om vilken målgrupp insatsen är riktad mot, personer med riskfylld alkoholkonsumtion eller alkoholberoende.

Icke-specialister kan känna en berättigad tveksamhet över att ta upp ett ämne som de inte känner att de behärskar. Kort alkoholrådgivning har personer med måttligt förhöjda alkoholvanor som målgrupp. För dem är kort rådgivning en optimal åtgärd.

De goda resultaten av kort rådgivning bygger på en medveten begränsning av insatsen. För många perso-

ner med riskfylld alkoholkonsumtion är ett samtal på cirka 10 minuter tillräckligt för att få en förändring till stånd, medan det för alkoholberoende patienter oftast krävs mer.

Utmaningen för vårdpersonalen är att fokusera på alkohol som en riskfaktor och i rådgivningen till personer med riskfylld alkoholkonsumtion släppa associationerna till missbruk och alkoholism. I de fall där det framkommer att det finns svårare problem är uppgiften att hänvisa patienten till specialiserad beroendevård – om det inte finns beredskap inom den egna verksamheten att ta hand om även dessa fall.

Granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR (se Lästips). Cochrane-rapporten saknar hälsoekonomisk utvärdering.

Effectiveness och efficacy

Efficacy-studier visar hur väl en medicinsk åtgärd fungerar när den undersöks i en klinisk studie under optimala förhållanden. Detta ger hög intern validitet. Efficacy-studier kan kritiserars för att inte representera vardagsliknande förhållanden.

Effectiveness-studier visar hur väl en medicinsk åtgärd, t ex behandling med ett visst läkemedel, fungerar vid allmänt bruk i sjukvården. Effectiveness-studier genomförs under mer realistiska former och ger därmed högre extern validitet.

Om kort alkoholrådgivning

Vid första besöket i primärvården, allmänna hälsoundersökningar och olika screeningar, frågar vårdpersonalen patienter rutinmässigt om deras alkoholkonsumtion. Vanligtvis söker patienterna inte hjälp för alkoholproblem vid dessa tillfällen.

Kort rådgivning har här definierats som 1–4 möten med patienten då vårdpersonalen lämnat både information och råd för att minska riskfylld alkoholkonsumtion eller alkoholrelaterade problem.

Behandlingen rymms inom tidsramen för en standardkonsultation. Varje samtal tar 5–15 minuter hos en läkare, sjuksköterska eller psykolog i primärvården.

Begreppet rådgivning rymmer några eller samtliga av följande delar:

- återkoppling på individens alkoholkonsumtion och eventuell alkoholrelaterad skada
- klagörande av vad som är alkoholkonsumtion med låg risk
- information om skadeverkningar
- fördelar med att minska alkoholkonsumtionen
- motivationshöjande samtal
- kartläggning av högrisksituationer och utvecklandet av strategier för att hantera dessa
- en individuell plan för att minska alkoholkonsumtionen.

Riskbruk

Hög alkoholkonsumtion, riskbruk, är en etablerad riskfaktor för ohälsa och ökar såväl sjuklighet som skador och dödlighet i ett stort antal sjukdomar. Med riskbruk menas i Sverige en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas alkohol per vecka för män och 9 standardglas för kvinnor.

Med standardglas avses 12 gram alkohol, vilket motsvarar cirka 12 cl vin, 3,5 cl starksprit, 30 cl starköl eller 50 cl folköl. Med riskbruk avses också allt berusningsdrickande. Med berusningsdrickande avses 5 eller fler standardglas för män respektive 4 eller fler standardglas för kvinnor, vid ett och samma tillfälle.

Riskbruk bidrar i hög utsträckning till sociala problem, fysiska och psykiska sjukdomar, skador och för tidig död. Andra allvarliga konsekvenser är ökat användande av våld samt ökat antal olyckor och självmord.

De flesta alkoholrelaterade skador orsakas av personer med riskfylld alkoholkonsumtion.

Lästips

SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2001. SBU-rapport nr 156/1+2. ISBN 91-87890-72-0, 91-87890-73-9.

Folkhälsoinstitutets metodskrift.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Statistiska centralbyrån. Levnadsförhållanden. Rapport 114; 2007.

Engelsk manual från PHEPA-projektet (Primary Health Care European Project on Alcohol).

Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in a community-based primary care practice. *JAMA* 1997;277:1039-45.

Lindholm L. Alcohol advice in primary health care – is it a wise use of resources? *Health Policy* 1998;45:47-56.

Andréasson S, Graffman K. Alkoholprevention i primärvården: Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002;99:4252-55.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.

Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;327:536-42.

Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol* 2006; 41:306-10. Epub 2006 Mar 30.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

Projektgrupp**Sakkunnig**

Sven Andréasson, docent, Statens Folkhälsoinstitut, Östersund

Granskare

Lars Weinehall, professor, Epidemiologi och Folkhälsovetenskap, Umeå Universitet, Umeå

Projektledare

Sophie Söderholm Werkö, SBU

Kommenterad rapport

Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar publicerad: 2009-01-15
Originalrapporten publicerad: 2007
Rapporten kan hittas på www.sbu.se/alkoholradgivning.

Läs fler SBU Kommenterar på www.sbu.se

Ansvarig utgivare: Måns Rosén, Direktör SBU
Programsamordnare:
Susanne Vilhelmsdotter Allander, SBU
Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering
Box 3657, 103 59 Stockholm • Olof Palmes Gata 17
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
E-post: info@sbu.se • www.sbu.se