

Hans Hallberg

RISKBRUK AV ALKOHOL

**Ett studiebreiv med frågesport, fallbeskrivningar
och "mini-inventering"**

FÖRORD

Projektet "Riskbruk av alkohol" initierades 1996 av allmänläkarna Charlotte Hedberg och Jonas Sjögren i SFAM:s regi. Projektet har haft sin bas i ett nätverk av trettioåret allmänläkare som fram till och med 2000 samlats vid sex idéseminarier och i mindre arbetsgrupper dessemellan. Inom projektets ram har vi bland annat arbetat med konsultationen som verktyg, med metodstudier av pågående alkoholprojekt och användbara studiematerial, med motiverande samtalsmetodik samt med inventering av riskbrukspatienter vid deltagarnas respektive mottagningar. Riskbruksprojektet har också arrangerat ett tjugotal så kallade riskbruksverkstäder i landet där totalt över 200 allmänläkare har deltagit och aktivt medverkat.

Detta studiebreiv har tillkommit med ekonomiskt stöd från Statens beredning för medicinsk utredning (SBU) och Familjemedicinska institutet (FAMMI). Den evidensbaserade kunskapsöversikt om behandling av alkoholproblem som SBU publicerade 2001 visar att enkla och tids- och resursmässigt begränsade insatser (mini-intervention) mot alkoholrelaterad ohälsa bland primärvårdspatienter ofta ger goda resultat.

Utöver denna kunskapskälla bygger studiebreivet också till stor del på den omfattande praktikerkunskap som deltagarna i riskbruksnätverket och riskbruksverkstäderna bidragit med. Tack till er alla för denna betydelsefulla medverkan! Tack också till kollegorna Astri Brandell Eklund, Göran Dahl, Charlotte Hedberg, Mogens Hey, Jonas Sjögren och Renée Vickhoff som givit konstruktiva kritiska synpunkter på studiebreivets utformning och innehåll.

För den fackmässiga granskningen svarar Kerstin Damström Thakker, dr med sc, enhetschef på Centrum för alkohol- och drogprevention, Stockholms läns landsting samt Sten Thelander, sakkunnig i psykiatri vid SBU.

Falun i oktober 2003

Hans Hallberg

Dalarnas forskningsråd och Centrum för klinisk forskning, Falun

E-post: hans.hallberg@dfr.se eller hans.hallberg@ltdalarna.se

Innehållsförteckning

Inledning

Vad är riskbruk?

Vad innehåller studiebrevet – och hur kan det användas?

Frågesport – 20 frågor

Svar med kommentarer

Fallbeskrivningar

1. Karin
2. Göran
3. Anders
4. Anna
5. Peter
6. Gunilla

Kommentarer till fallbeskrivningarna

1. Karin
2. Göran
3. Anders
4. Anna
5. Peter
6. Gunilla

Mini-inventering

Referenser

INLEDNING

Vad är riskbruk?

Begreppet riskbruk kan ses som ett pedagogiskt hjälpmedel i dialogen med de många patienter vi möter som allmänläkare och vars hälsoproblem och/eller avvikande laboratoriefynd helt eller delvis *kan* ha samband med alkoholvanorna. Begreppet är ofta mycket användbart när läkaren och patienten i den patientcentrerade konsultationen tillsammans prövar hypotesen att alkoholkonsumtionen kan ligga bakom det aktuella hälsoproblemet. Riskbruksbegreppet har introducerats, utvecklats och integrerats i allmänmedicinens kliniska praktik inom ramen för SFAM:s riskbruksnätverk som varit verksamt sedan 1996.

Även om begreppet riskbruk ska skiljas från diagnoserna alkoholberoende och alkoholmissbruk rör det sig inte om något försök till exakt diagnostik. Ambitionen att kvantifiera alkoholkonsumtionen är därför inte heller alltid nödvändig även om detta i många fall kan vara angeläget. En viktig utgångspunkt är att olika personer kan ha olika känslighet för hur stor alkoholkonsumtion som fordras för att ge alkoholrelaterade hälsoproblem. En annan viktig aspekt av detta hälsopedagogiska synsätt är att läkaren inte är ansvarig för att patienten följer rekommendationer och ordinationer om minskad alkoholkonsumtion. Läkarens roll är istället att ge patienten ett medicinskt underlag för att själv fatta beslut om sina fortsatta alkoholvanor.

Vad innehåller studiebrevet - och hur kan det användas?

Tanken och förhoppningen är att detta studiebrev ska kunna användas antingen för självstudier eller för interkollegiala diskussioner i FQ-grupp eller annat forum för allmänmedicinsk – och allmänläkarledd - fortbildning. Studiebrevet innehåller tre olika delar vilka kan lämpa sig som underlag för tre olika FQ-gruppsmöten.

Frågesport

Den första delen av brevet är en "tipsrad" med 20 frågor (med tre svarsalternativ) som deltagarna först kan försöka lösa på egen hand. Frågorna åtföljs av svar med kommentarer.

Flera av frågorna och svaren utgår från den evidensbaserade kunskapssammanställning om behandling av alkoholproblem som SBU tagit fram ("Behandling av alkohol- och narkotikaproblem". Rapport nr 156/volym I, 2001). En annan källa utgör den gedigna och omfattande genomgången av alkohol som sjukdomsorsak i boken med samma namn (i två volymer och med medverkan från ett tjugotal olika medicinska specialiteter).

Några av frågorna och svaren bygger på ett dokument om "Individuella skydds- och skadeeffekter av alkohol" som tagits fram vid en State-of-the-Art-konferens 1997

initierad av Medicinska forskningsrådet. Därutöver knyter vissa frågor an till den omfattande praktikerkunskap inom alkoholområdet som deltagarna i riskbruksnätverkets olika aktiviteter genererat.

Fallbeskrivningar

Sex fallbeskrivningar vilka avslutas med förslag till frågeställningar att diskutera utgör studiebrevets andra del. Några av dessa kan väljas ut av gruppleddaren för att först enskilt fundera över och därefter gemensamt reflektera kring i gruppen. Därefter kan kommentarerna kring de olika fallbeskrivningarna läsas och granskas. Fallberättelserna är tänkta att kunna visa på några av den alkoholrelaterade problematikens många ansikten. Samtliga fall har i väsentliga delar autentisk bakgrund och bygger på erfarenheter från kollegor som medverkat aktivt i SFAM:s riskbruksprojekt. Den geografiska spridningen innebär att fallberättelserna bygger på skilda lokala förutsättningar beträffande bland annat utrednings- och remissrutiner. Det som skildras är hur handläggningen faktiskt kom att bli i de enskilda fallen. Fallbeskrivningarna ska därför inte uppfattas som normerande utifrån någon tänkt "golden standard".

"Mini-inventering"

En "mini-inventering" som bygger på registrering av egna patientfall där du som allmänläkare får någon form av känsla eller aning om att hälsoproblemen kan ha samband med alkohol utgör underlag för ett tredje och avslutande möte i FQ-gruppen. Tanken är att detta material ska kunna utgöra utgångspunkt för gruppmedlemmarna att reflektera över vad det egentligen är i patientmötet som ger upphov till funderingar om alkoholbakgrund. Det kan också uppenbara nya infallsvinklar att diskutera likheter och olikheter i hur de olika gruppdeltagarna förhållit sig till denna "riskbrukshypotes" och vilka strategier man använt sig av.

Referenslista

Studiebrevet avslutas med en referenslista som utöver några böcker omfattar ett urval av allmänläkarrelevanta artiklar om alkohol publicerade i AllmänMedicin och Läkartidningen sedan början av 90-talet.

FRÅGESPORT

20 frågor om alkohol

Sätt en ring runt det svar du tycker är rätt

1. Hur många personer i Sverige bedöms ha en riskabelt hög alkoholkonsumtion?
 - 1 ungefär 300 000
 - X ungefär 400 000
 - 2 ungefär 500 000

2. Vid alkoholberoende har ett av nedanstående preparat visat sig **sakna** positiv effekt på beroendeproblemen. Vilket?
 - 1 Buspiron (Buspar)
 - X Akamprosot (Campral)
 - 2 Naltrexon (Revia)

3. Den **nedre** gränsen för riskfylld alkoholkonsumtion hos **män** brukar anges till?
 - 1 Tio flaskor (33 cl) starköl (4-5 %) /vecka
 - X Femton flaskor (33 cl) starköl (4-5 %) /vecka
 - 3 Tjugo flaskor (33 cl) starköl (4-5 %) /vecka

4. Den **nedre** gränsen för riskfylld alkoholkonsumtion hos **kvinnor** brukar anges till?
 - 1 En och en halv flaska vin/vecka
 - X Två flaskor vin/vecka
 - 2 Två och en halv flaska vin/vecka

5. Kortvariga förebyggande insatser mot riskfylld alkoholkonsumtion hos patienter i primärvården har påvisats ha säkerställd effekt i form av minskad alkoholförbrukning under viss tid. Hur lång tid rör det sig om?
 - 1 Upp till sex månader
 - X Upp till ett år
 - 2 Upp till två år

6. Hög alkoholkonsumtion kan medföra förhöjda värden på olika biokemiska markörer, bland annat gamma-GT. Vid alkoholorsakad måttlig GT-förhöjning – hur lång nykter period krävs minst för normalisering?

- 1 Tio dagar
- X Tre veckor
- 2 Sex veckor

7. Av nedanstående tre laboratorieprover brukar ett **inte** förändras vid hög alkoholkonsumtion. Vilket?

- 1 Triglycerider
- X Urat
- 2 T 4

8. En av nedanstående tre faktorer brukar **inte** kunna orsaka ett förhöjt gamma-GT. Vilken?

- 1 Graviditet
- X Användning av SSRI-läkemedel
- 2 Användning av läkemedel innehållande dextropoxyfen

9. Högkonsumtion av alkohol kan medföra förhöjda triglyceridvärden. Hur lång nykter period krävs minst för normalisering?

- 1 Ett dygn
- X En vecka
- 2 Tre veckor

10. Vilken är den vanligaste dödsorsaken hos ensamboende medelålders (40 – 55 år) män?

- 1 Hjärt-kärlsjukdom
- X Cancer
- 2 Alkoholrelaterade tillstånd

11. Förmaksflimmer hos män yngre än 65 år kan orsakas av högkonsumtion av alkohol. Hur vanlig är denna bakgrund ?

- 1 Ungefär 20 procent
- X Ungefär 40 procent
- 2 Ungefär 60 procent

12. Vilken är den vanligaste orsaken till terapiresistent (läkemedelsbehandlad) blodtryckssjukdom hos medelålders män?
- 1 Bakomliggande sjukdom – ej medicinskt färdigutredda
 - X Högkonsumtion av alkohol
 - 2 Bristande följsamhet till ordinerad blodtryckssänkande läkemedelsbehandling
13. Alkohol kan ha samband med flertalet symtom och sjukdomar. Vid ett av nedanstående tillstånd har alkoholbakgrund **inte** kunnat påvisas. Vilket?
- 1 Kardiomyopati
 - X Pyelonefrit
 - 2 Infertilitet
14. Antalet dödsfall i trafiken i Sverige uppgår till ungefär 600/år. Hur många gånger fler är antalet alkoholrelaterade dödsfall?
- 1 Tre gånger fler
 - X Fyra gånger fler
 - 2 Fem gånger fler
15. Du är på Systembolaget när du får se en av dina patienter med alkoholberoende just bakom dig i kön. Vad gör Du?
- 1 Köper en flaska alkoholfritt vin
 - X Köper det jag avsett köpa
 - 2 Ställer mig i en annan kö
16. Svenska allmänläkare kan uppleva olika hinder i kontakten med patienter om symtom, laboratorieavvikelser och/eller undersökningsfynd bedöms kunna ha samband med patientens alkoholvanor. Ett av nedanstående alternativ brukar **inte** anges som hinder. Vilket?
- 1 Bristande medicinska kunskaper om alkoholrelaterade tillstånd
 - X Tidsbrist
 - 2 Rädsla för störd relation till patienten – ”integritetskränkning”
17. En viss andel av ”essentiell” hypertoni hos främst medelålders män anges vara alkoholbetingad. Hur stor är denna andel?
- 1 Ungefär 10 procent
 - X Ungefär 25 procent
 - 2 Ungefär 40 procent

18. Högkonsumtion av alkohol kan medföra ett flertal endokrint betingade förändringar. Ett av nedanstående alternativ **saknar** samband med alkohol. Vilket?
- 1 Tyreotoxicos
 - X Cushingliknande tillstånd
 - 2 Gynekomasti
- 19 CDT (kolhydratfattigt transferrin) är ett tillförlitligt prov för att påvisa långvarig och hög konsumtion av alkohol. Falskt positiva svar är ovanliga. Vid ett av nedanstående tillstånd kan sådana dock förekomma. Vilket?
- 1 Järnbristanemi
 - X Hemokromatos
 - 2 Primär biliär cirros
20. Det finns betydande könsskillnader beträffande riskabel högkonsumtion av alkohol. Ett av nedanstående tre påståenden är **inte** vetenskapligt underbyggt. Vilket?
- 1 Kvinnor med alkoholproblem har oftare än män gjort självmordsförsök
 - X Män med alkoholproblem utvecklar oftare än kvinnor allvarlig leverskada
 - 2 Kvinnor med alkoholproblem är oftare än män också beroende av andra droger eller läkemedel

SVAR MED KOMMENTARER

Fråga 1: Rätt svar 2

Minst 500 000 personer bedöms ha en riskabelt hög konsumtion av alkohol. Detta ska jämföras med de cirka 50 000 som har ett alkoholberoende. Erfarenheterna från denna mindre grupp ligger ofta till grund för den hos allmänläkare inte helt ovanliga nihilistiska och negativa synen på behandlingsmöjligheterna vid alkoholrelaterad problematik. Som bland annat SBU-rapporten visar finns det emellertid goda möjligheter till lyckade behandlingsresultat i den stora gruppen med "riskbruk" genom enkla och tids- och resursmässigt begränsade insatser i primärvården ("mini-intervention").

Fråga 2: Rätt svar 1

SBU-rapporten redogör för ett stort antal studier avseende vilken typ av läkemedelsbehandling som påvisat effekt mot alkoholberoende. Det är viktigt att känna till att dessa studier alltså inte avser den stora grupp patienter med riskabelt hög alkoholkonsumtion som vi vanligen möter på våra allmänläkarmottagningar.

Acamprosat (Campral) har en omfattande dokumentation av vilken framgång säkerställda effekter avseende nykterhet (antal helnyktra dagar). Verkningsmekanismerna är inte helt klarlagda. Det är också ovisst vilken typ av alkoholproblematiker som lämpar sig bäst för behandling.

Behandling med naltrexon (Revia) har påvisats öka antalet missbruksfria dagar. De positiva rusupplevelserna blir mindre uttalade varför det är lättare att sluta dricka efter ett begränsat alkoholintag.

För såväl acamprosat som naltrexon gäller som en förutsättning för framgångsrik behandling att den farmakologiska åtgärden kombineras med någon form av psykosocial behandling, företrädesvis kognitivt inriktad.

Buspiron saknar effekt på själva alkoholberoendet men kan däremot minska alkoholrelaterade psykiska besvär som ångest eller nedstämdhet.

Fråga 3: Rätt svar 1

För att kunna se vad olika alkoholsorter motsvarar i alkoholmängd används ofta begreppet *standardglas*. Ett standardglas innehåller cirka 12 gram alkohol. Med ett standardglas menas något av följande:

- Två flaskor lättöl (33 cl)

- En burk (50 cl) folköl
- En flaska (33 cl) starköl (4-5 %)
- 15 cl vin
- 8 cl starkvin
- 4 cl sprit

För män anges den **nedre** gränsen för riskabel alkoholkonsumtion till 11 standardglas per vecka. Denna alkoholkonsumtion motsvarar således elva flaskor (33 cl) starköl (alternativt ungefär två helflaskor vin eller 45 cl starksprit) per vecka. Den **övre** gränsen för riskkonsumtion hos män brukar anges till 18 standardglas/vecka. För män med en alkoholkonsumtionsnivå mellan 11 och 18 standardglas kan det vara viktigt att se till att denna alkoholkonsumtion i vart fall inte ökar, särskilt om man ligger nära den övre "riskgränsen". Vid ännu större regelbundet och långvarigt alkoholintag är faran för vanebildning och skador på inre organ och nervsystem betydande.

Den individuella känsligheten för vad som är en riskabelt hög alkoholkonsumtion varierar i stor utsträckning. De ovan angivna alkoholmängderna ska bara ses som utgångspunkter för en diskussion om vad som i det enskilda fallet kan vara en ohälsosamt hög konsumtion.

Fråga 4: Rätt svar 1

Se kommentarerna till fråga 3. För kvinnor anges den **nedre** gränsen för riskabel konsumtion ligga kring 8 standardglas per vecka. Detta motsvarar ungefär en och en halv flaska vin (alternativt ungefär 8 flaskor starköl eller 30 cl starksprit) per vecka. Den **övre** gränsen för riskkonsumtion hos kvinnor anges till 13 standardglas.

För kvinnor ligger den riskabla alkoholmängden ungefär 25 procent lägre än för män.

Fråga 5: Rätt svar 2

Enligt SBU-rapporten har kortvariga förebyggande insatser inom primärvården mot riskfylld alkoholkonsumtion påvisats ha säkerställd effekt i form av minskad alkoholförbrukning upp till två år. Omkring 30 procent i de grupper som fick sådan "mini-intervention" minskade sin alkoholkonsumtion till riskfria nivåer, jämfört med cirka 20 procent i kontrollgrupperna.

Det poängteras i rapporten att detta är en betydande effekt jämfört med de insatser som krävs för annat förebyggande arbete. Av tio personer som får råd att minska sin alkoholkonsumtion kommer en person att göra detta. För att undvika hjärt-kärlsjukdom hos en person med måttligt förhöjt blodtryck krävs att 128 personer behandlas med blodtryckssänkande läkemedel under fem års tid.

Enkel rådgivning vid riskabelt hög alkoholkonsumtion är således utomordentligt kostnadseffektivt.

Fråga 6: Rätt svar X

Måttligt förhöjda gamma-GT-värden normaliseras efter cirka tre veckors helnykterhet. Vid kraftig stegring – värden över 3.0 – kan det ta sex veckor eller mera innan GT-värdet åter ligger på en normal nivå.

Observera att referensvärdena för GT är olika för olika åldersgrupper och för män respektive kvinnor med lägre gräns för kvinnor samt för yngre personer.

Fråga 7: Rätt svar 2

Ett kraftigt alkoholintag på kvällen höjer fastenivån av triglycerider påtagligt. Personer som redan ligger på hög triglyceridnivå – överviktiga och/eller diabetiker – är extra känsliga för alkoholens triglyceridhöjande effekt. Storkonsumenter av alkohol har en ökad förekomst av metabolt syndrom (høgt blodtryck, bukfetma, hyperlipidemi, ökad diabetesförekomst). Den alkoholbetingade triglyceridförhöjningen normaliseras redan cirka ett dygn efter avslutat alkoholintag.

Alkohol inverkar på flera sätt på uratmetabolismen. Ett säkert samband finns mellan hög alkoholkonsumtion och hyperuricemi. Mer än varannan giktpatient har hög alkoholkonsumtion. Vid denna bakgrund är också gikten svårbehandlad och har tendens till att återkomma.

Några samband mellan tyroideafunktion och alkohol har ej påvisats.

Fråga 8: Rätt svar X

Ett flertal i allmänpraxis vanliga tillstånd kan förorsaka förhöjda GT-värden. Utöver graviditet respektive användning av läkemedel innehållande dextropropoxyfen kan också kraftig övervikt, leversjukdom, regelbunden användning av vissa "naturläkemedel"/örttéer, hyperlipidemi, diabetes samt antiepileptika och antikoagulantia ge förhöjda värden. Något samband mellan SSRI och GT-stegring har däremot inte påvisats.

Den kliniska konsekvensen av den stora andelen falskt alkoholpositiva GT-prover är att det är mycket vanskligt och kan leda till en störd läkar-patientrelation om man utgår från ett høgt GT-värde för att ifrågasätta patientens egna uppgifter om en låg eller normal alkoholkonsumtion.

Fråga 9: Rätt svar 1.

Som tidigare har nämnts – i kommentaren till fråga 7 – sjunker triglyceridvärdet redan ett dygn efter alkoholintaget. Triglyceridvärdet är därmed (med undantag av blodalkohol) den alkoholkänsliga biokemiska markör som sjunker snabbast vid upphörd alkoholkonsumtion. Detta kan jämföras med andra blodprover som kan påverkas av alkohol: CDT som normaliseras 2 - 4 veckor efter alkoholexposition, GT efter 3 – 6 veckor och MCV efter 2 – 6 månader.

Fråga 10: Rätt svar 2

Bland *ensamboende* män i denna åldersgrupp är alkoholrelaterad död klart vanligare som dödsorsak än cancer respektive hjärt-kärl död. Den vanligaste dödsorsaken hos *samboende* medelålders män är däremot hjärt-kärlsjukdom.

Fråga 11: Rätt svar X

En vanlig orsak till förmaksflimmer bland denna åldersgrupp av män är alkohol. Denna bakgrund är betydligt vanligare än tyreotoxicos. För att förebygga recidiv av flimmer är det därför av mycket stor vikt att ha kännedom om patientens alkoholvanor.

Fråga 12: Rätt svar X

Alkohol höjer blodtrycket och vid utredning av hypertoni bör därför alltid patientens alkoholvanor penetreras ordentligt. Patienter i den stora gruppen med "essentiell hypertoni" har inte sällan ett riskbruk av alkohol istället för en egentlig blodtryckssjukdom. Enkla råd om minskad alkoholkonsumtion kan medföra att läkemedelsbehandling under hypertonidiagnos aldrig behöver initieras. Alkoholorsakad "hypertoni" är reversibel. Om den förhöjda alkoholkonsumtionen normaliseras sjunker blodtrycket. Inte ens långvarigt alkoholberoende anses ge upphov till permanent hypertoni efter avgiftning och nykterhet.

Så kallad "terapisvikt" ("terapieresistent hypertoni") orsakas ofta av en fortsatt högkonsumtion av alkohol. Det högre blodtrycket beror på alkoholens direkta blodtryckshöjande effekt och är inte en följd av alkoholabstinens. De patofysiologiska mekanismerna är ofullständigt kända men sannolikt finns såväl hormonella faktorer (ökad adrenerg aktivitet) som ett förändrat kalciumflöde med i bilden.

Alkoholintagets mängd korrelerar såväl till det systoliska som det diastoliska blodtrycket. Det föreligger stora individuella skillnader avseende vilken mängd alkohol som krävs för att generera en signifikant blodtryckshöjning. Sannolikt rör sig nivåerna kring de som generellt anges för riskabelt hög alkoholkonsumtion (se kommentarerna till fråga 3 och 4).

Fråga 13: Rätt svar X

Högkonsumtion av alkohol kan påverka i stort sett samtliga kroppens organ och funktioner. Vid infertilitetsutredningar hos män utan känd alkoholism har man funnit alkohol som orsak i upp till 40 procent av fallen.

Alkohol är en ofta förbisedd orsak till dilaterad kardiomyopati. Om inte det bakomliggande alkoholmissbruket identifieras och hejdas är dödligheten i denna sjukdom mer än 50 procent. Tillståndet är reversibelt. Förmaksflimmer (se kommentar till fråga 11) utan föregående hjärtsjukdom kan vara första tecknet på en uppseglande alkoholkardiomyopati.

I motsats till vad många icke medicinskt utbildade förställer sig brukar däremot njurarna mera sällan påverkas av hög alkoholkonsumtion. Enstaka fall av alkoholrelaterad glomerulonefrit finns beskrivna men däremot inte av pyelonefrit.

Fråga 14: Rätt svar 2

Man räknar med en absolut minimumsiffra på 3 000 alkoholrelaterade dödsfall årligen. I tre av fyra fall rör det sig om diagnoserna alkoholism, alkoholpsykos, alkoholintoxication eller levercirros som antingen direkt eller bidragande dödsorsak. Sjukdomsdiagnoserna på dödsbevisen ger i många fall ingen rättvisande bild av alkoholens verkliga betydelse. Det finns dessutom ett betydande mörkertal när det gäller alkoholrelaterad död, bland annat i samband med trafikdöd och självmord där ett säkert samband oftast inte kan fastställas. Alkoholens våldsbetingade inverkan på dödsorsaksstatistiken (mord, dråp, dödsmisshandel) är inte heller inräknad i denna siffra. Vid en mera realistisk värdering av antalet alkoholorsakade dödsfall torde dessa uppgå till ungefär 6.000 per år.

Fråga 15: Rätt svar??

På denna fråga finns det naturligtvis inget "rätt svar"! Det frågan vill illustrera är att läkarens förhållningssätt till sin yrkesroll och till sina egna alkoholvanor också har betydelse för hur man ser på alkoholrelaterad ohälsa hos sina patienter. Bland ett relativt stort antal allmänläkarkollegor som vi fått kontakt med under våra "riskbruksverkstäder" landet runt har det kommit fram att man gärna undviker den här typen av "känsliga" situationer genom att till exempel låta en annan familjemedlem stå för inköp av alkohol eller genom att välja någon annan form av "undvikande beteende". Man uttrycker då rädsla för att "alkoholpatienten" ska ifrågasätta ens mandat att diskutera alkohol som symtom- och sjukdomsorsak eftersom man själv som läkare använder alkohol.

Alkohol är varken för patienten eller för läkaren någon neutral medicinsk fråga utan kännetecknad av en uttalad ambivalens. I vår västerländska kultur – och inte minst i den medicinska världen – har alkoholanvändning av hävd såväl positiva som negativa associationer. Reflektera gärna över ditt eget förhållningssätt kring detta och vilka konsekvenser denna ambivalens kan ha för ditt allmänmedicinska arbete med alkoholrelaterad ohälsa. Frågan kan säkert också med framgång diskuteras en lång stund bland kollegorna i din FQ-grupp...

Fråga 16: Rätt svar 1

När det gäller svaret på denna fråga bygger också det på reaktioner från de många allmänläkare som vi i riskbruksnätverket har haft kontakt med i samband med riskbruksverkstäderna och idéseminarierna. De medicinska kunskaperna om vilka symtom, laboratorieavvikelse och sjukdomstillstånd som kan vara alkoholorsakade är i regel goda. Däremot är det många som anser det obehagligt att ställa frågor om alkoholvanor och är rädda för att detta ska uppfattas som integritetskränkande och därmed kunna leda till en försämrad läkar-patientrelation. Den "mellanliggande förklaringsvariabeln" anges inte sällan vara tidsbristen. En annan väl så viktig orsak som tidsbrist är sannolikt osäkerhet avseende vilka strategier och förhållningssätt under konsultationen som kan vara såväl trygga som framgångsrika.

Fråga 17: Rätt svar X

Se kommentar till fråga 12. Hos ungefär var fjärde medelålders man med så kallad "essentiell hypertoni" rör det sig i själva verket om en reversibel alkoholbetingad blodtrycksförhöjning och inte om en egentlig blodtryckssjukdom! Om en sådan "arbetshypotes" delges patienten och denne accepterar att under någon månad kraftigt minska eller kanske halvera sin alkoholkonsumtion kan många gånger ett återbesök påvisa normaliserat blodtryck. Därmed kan också långvarig (livslång?) dyr och ineffektiv blodtryckssänkande läkemedelsterapi undvikas.

Observera att denna pedagogiska metod inte nödvändigtvis måste föregås av försök att fastställa/kvantifiera alkoholkonsumtionen i gram alkohol/vecka eller standardglas/vecka. Oavsett om patientens alkoholkonsumtion bedöms som "för hög" eller "måttlig" är det centrala att patienten är villig att försöka *minska* den nuvarande konsumtionen som ett "experiment" – och som ett alternativ till läkemedelsbehandling och/eller utvidgad medicinsk utredning. Det brukar vara helt oproblematiskt att "få med patienten på noterna". Irriterade kommentarer av typen "Tror du att jag är alkoholist?" blir ytterst sällsynta i denna typ av "förhandlingssituation"!

Fråga 18: Rätt svar 1

Som tidigare har nämnts – i kommentaren till fråga 7 – har alkohol ingen direkt påverkan på tyroideafunktionen.

Däremot medför alkoholism ibland en överproduktion av kortisol så att ett Cushingliknande tillstånd ("pseudo-Cushing") utvecklas med något eller några av symtomen fullmåneansikte, muskelatrofi, hudskörhet, osteoporos, hypertoni eller diabetes. Symtomen är reversibla och går ganska snart tillbaks vid abstinens.

Alkohol sänker testosteronnivån och ökar östrogennivån vilket kan leda till feminisering med gynekomasti och kvinnlig fettfördelning. (Östrogenöverskottet kan också orsaka palmarerytem och spider nevi.)

Fråga 19: Rätt svar 2

CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin, kolhydratfattigt transferrin) är ett prov med hög specificitet för alkohol. Falskt positiva värden är alltså sällsynta men förekommer vid enstaka fall av svår leversjukdom, framför allt primär biliär cirros. Även kronisk virushepatit kan ge förhöjda värden. Därutöver kan sällsynta ärftliga rubbningar av transferrin medföra förhöjda CDT-värden.

I riskbrukssammanhang är provets låga diagnostiska känslighet ett problem. Det krävs ett högt alkoholintag - motsvarande en daglig konsumtion av en flaska vin eller 20 cl starksprit under minst två veckor - för att få ett förhöjt värde. Det rör sig alltså om alkoholmängder som avsevärt överstiger gränsen för en riskabelt hög alkoholkonsumtion. CDT normaliseras – som även framgår av svaret på fråga 9 – efter 2 – 4 veckors nykterhet.

Fråga 20: Rätt svar X

Alkoholproblematiken kan ha olika bakgrund hos män och hos kvinnor. Dessa könsskillnader innebär också differentierade behandlingsbehov och strategier. Kvinnor är också i regel mera sårbara för att utveckla organskador som komplikation till alkoholberoende, bland annat beträffande leverpåverkan.

Utöver ökad förekomst av självmordsförsök respektive annat drog- eller läkemedelsberoende är också andra faktorer vanligare hos kvinnor med alkoholproblem:

- depression föregår inte sällan debut av missbruk
- instabilt äktenskap, missförhållanden i ursprungsfamiljen
- partner med alkoholproblem
- låg självkänsla
- livskriser utlösande för missbruket
- utsatt för sexuella övergrepp
- upplevt avståndstagande till behandling från familj och/eller vänner
- ensamt ansvar för eventuella barn
- frånskilda/ensamstående

FALLBESKRIVNINGAR

1. Karin är en 69-årig hemmafru, bosatt i villa i en mellansvensk stad. Hennes jämnåriga make har tidigare arbetat som direktör i ett stort företag. Makarna har under många år bott utomlands. Båda har golf som hobby.

Karin söker nu dig, sin familjeläkare, och berättar att hon sedan mer än ett halvt år tillbaka har haft besvär med hjärklappning och extraslag. Hon tycker att symtomen har förvärrats den senaste månaden. Hon har också problem med sömnen vilket hon framför allt hänför till hjärklappningen som för det mesta kommer nattetid. Hon är orolig för sitt hjärta och berättar att hennes far dog i hjärtinfarkt när han var 67 år gammal. Hon undrar om hon ska ta det mera lugnt med golfspelandet i fortsättningen.

Vid din undersökning noterar du en del extraslag på hjärtat. EKG visar SVES men i övrigt inget anmärkningsvärt. Blodtrycket är 170/100. Hon gör inget intryck av att vara deprimerad.

Vad tror du om orsaken till hennes besvär? Hur lägger du upp eventuell ytterligare medicinsk utredning och provtagning? Ordinerar du någon medicin vid detta besök?

2. Göran är en 26-årig ensamstående man. Han har tidigare bott i en mindre ort i norra Sverige men har sedan några månader flyttat ner till Stockholm i hopp om att hitta ett arbete. Han har varit arbetslös det senaste året efter att tidigare haft en del kortvariga skogsarbeten. Det framgår att han lever så gott som helt socialt isolerad. Han röker närmare en ask cigaretter dagligen.

Göran söker dig nu på grund av oro och nedstämdhet. Han känner sig ständigt trött och har svårt för att sova. Dessutom har han ofta ont i magen och halsbränna samt blir lätt illamående. Han vill ha hjälp med Losec och någon lugnande medicin. Göran vill också bli sjukskriven.

Inför hans besök har du rekviderat vårdcentralens journalhandlingar från den ort där han tidigare bodde. Där har han kort tid innan han flyttade sökt för buksmärtor. Utredning med ultraljud av buken visade då inte något avvikande. Leverproverna (transaminaser och gamma-GT) som togs vid detta besök var däremot lätt förhöjda. Göran uteblev från planerat återbesök, sannolikt på grund av att han då redan hade flyttat.

Vid undersökningen är Göran svår att få blickkontakt med. Han ter sig nedstämd och gör ett oroligt intryck men förnekar trovärdigt självmordstankar. Han ömmar ordentligt i epigastriet vid bukpalpation. Du noterar också en snabb hjärtfrekvens på omkring 95/minut. Hb är 155. Normalt blodtryck.

Vill du initiera någon ytterligare medicinsk utredning och/eller provtagning? Finns det några speciella risker i detta fall? Hur gör du med sjukskrivningen? Skriver du ut några mediciner? Vilka? Varför?

3. Anders är en 33-årig ogift ingenjör som bor ensam i lägenhet i en mindre stad i Småland. Du har tidigare som husläkare bara träffat honom två gånger när han sökt akut för ryggskott respektive förkylning. Däremot har du haft en ganska långvarig läkarkontakt med hans far som du har kontrollerat för kärlek och blodtryckssjukdom. Fadern dog för ett år sedan i hjärtinfarkt, endast 59 år gammal.

Anders kommer nu på besök på din mottagning efter remiss från företagshälsovården. Man har vid hälsoundersökning där konstaterat ett förhöjt triglyceridvärde (3.2) men normalt totalkolesterol och LDL- samt HDL-kolesterol. Av remissen framgår vidare att Anders är överviktig med BMI 27.2.

Vid ditt inledande samtal med Anders framkommer bland annat att han slutade röka i samband med att fadern – som var storrökare - började få kärlekssbesvär för sju år sedan. På din fråga om hans alkoholvanor svarar han att han ”dricker som folk gör mest”. Vid försök till precisering av alkoholkonsumtionen framgår det att det rör sig om en 50 cl burk starköl dagligen och dessutom närmare en helbutelj whisky under helgerna. Han har läst i tidningarna att alkohol skyddar mot hjärtinfarkt och slaganfall.

Anders har på grund av faderns hjärtsjukdom och död satt sig in i diskussionen om riskfaktorer och hjärtsjukdom, bland annat genom att söka på olika hälsosajter på nätet. Han undrar om han ska börja medicinera med någon blodfettsänkande medicin. Företagsläkaren har tyckt att han borde motionera mera för att kunna gå ner i vikt men hans arbete är så pass stressigt att han inte riktigt orkar med någon fysisk aktivitet när arbetsdagen är slut.

Hur lägger du upp den fortsatta handläggningen och behandlingen av Anders? Vilka undersökningar och laboratorieprover tycker du är motiverade? Instämmer du i hans påstående om att han ”dricker som folk gör mest”? Tillmötesgår du hans önskemål om att få recept på blodfettsänkande läkemedel?

4. Anna är en 80-årig änka som under sitt yrkesverksamma liv huvudsakligen arbetat som servitris. Hon bor ensam i lägenhet i en mindre stad i mellansverige. Hennes tre barn bor samtliga på långt geografiskt avstånd. Sedan några år tillbaka har hon haft en del hjälp från hemtjänsten på grund av flera sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, bland annat coxartros, förmaksflimmer och synnedsättning. Hon medicinerar med NSAID för höftvärken och bensodiazepiner för sömnbesvär.

För några veckor sedan sökte Anna dig efter att ha ramlat ur sängen nattetid och slagit sig illa. Hon hade inga tecken på stroke och akut röntgenundersökning av höften där hon fått mera ont visade ingen fraktur. Nu kommer hon till dig på vårdcentralen i ambulans efter att ha ramlat i lägenheten på dagen. Klinisk och röntgenologisk undersökning visar högersidig radiusfraktur. Du noterar också att hon denna gång rör sig mer ostadigt och osäkert än tidigare. Grov neurologisk undersökning visar inget avvikande. Blodtrycket är normalt liksom b-glukos och Hb.

Vill du initiera någon ytterligare medicinsk utredning och/eller provtagning? Hur tänker du kring behandling och uppföljning på längre sikt? Finns det någon anledning att se över hennes medicinering?

5. Peter är en 45-årig gift affärsman bosatt i Stockholm. Han har tidigare sökt dig akut flera gånger på grund av återkommande dyspepsisymtom där behandling med

protonpumpshämmare givit övergående besvärslindring. Planerad undersökning med gastroskopi blev inställd då Peter nödgades göra en viktig tjänsteresa. Han röker inte men uppger att det ibland kan vara så med kostvanorna. Alkoholanamnesen har däremot inte penetrerats. Vid ett tillfälle sökte han kontakt efter en episod med vänstersidiga bröstsmärtor. Utredning med EKG, arbets-EKG och ekokardiografi visade då inga hållpunkter för hjärtsjukdom. Normala blodfetter.

Peter söker dig nu ånyo akut. Han ska flyga till London för flera dagars överläggningar om ett nytt kontrakt för firman som han arbetar för och berättar att det säkerligen kommer att bli en hel del representation med middagar och alkohol i samband med detta. Eftersom han vet att han vid sådana tillfällen brukar reagera med magbesvär och illamående och ibland till och med kräkningar vill han ha recept på Losec för att ha medicinen med på resan. Han tycker att det är onödigt med undersökning och provtagning eftersom du som läkare känner väl till hans besvär sedan tidigare och "vi båda har det stressigt".

Gör du trots "stressen" ändå någon form av undersökning? Tar du några prover vid detta besök? Skriver du ut önskat recept? Hur förhåller du dig till hans hälsoproblem på sikt?

6. Gunilla är en fränksild 60-årig kvinna som arbetar i en skolbespisning i en liten norrländsk kommun. Hon röker ungefär fem cigaretter om dagen. Gunilla har haft årlig kontakt med vårdcentralen på grund av klimakteriella bortfallssymtom efter menopaus elva år tidigare. Besöken har mestadels gällt undersökning för att få fortsatt förskrivning av östrogen/gestagen (Cyclabil). Hennes huvudsakliga besvär är hjärklappning, svettningar, sömnbesvär och humörsvängningar. Hon tycker att medicinen bara hjälper till viss del och har några gånger undrat över om hon inte behöver "starkare" tabletter.

Utöver de årliga kontrollerna har hon också sökt dig akut vid flera tillfällen på grund av besvär med värk i muskler och leder samt trötthet och därvid varit sjukskriven i flera perioder på tre eller fyra veckor. Hon anser att dessa besvär beror på hennes tunga arbete.

Gunilla kommer nu till dig på sedvanlig årskontroll. Hon tycker att hennes besvär med hjärklappning och svettningar samt sömnbesvär har förvärrats de senaste månaderna. En väninna till henne använder hormonplåster mot sina klimakteriebesvär och Gunilla vill gärna få prova denna typ av medicinering.

Vid din undersökning av henne noterar du bland annat ansiktserytem samt en snabb men regelbunden hjärtfrekvens kring 100/min. Blodtrycket ligger på 165/100. B-glukos, Hb och urinsticka visar ingenting avvikande.

Hur bedömer du indikationen för fortsatt förskrivning av östrogen/gestagen och Gunillas önskemål att få byta till hormonplåster? Vilka eventuella ytterligare utredningar och/eller laboratorieprover vill du initiera?

KOMMENTARER TILL FALLBESKRIVNINGARNA

1. Karin

Karin utreddes med tyreoidaprover, lipidstatus och kreatinin. Med undantag av lätt förhöjda triglycerider var proverna normala. Hon fick vid detta första besök recept på Inderal 10 mg tre gånger dagligen. Remiss skrevs för arbets-EKG och ekokardiografi. Båda undersökningarna visade normala förhållanden.

Vid återbesök två månader senare har Karin väsentligen oförändrade besvär. Hon har slutat ta Inderal eftersom hon tycker att sömnen har blivit ännu sämre på grund av mardrömmar. Blodtrycket är liksom vid det förra besöket för högt, 175/100. Hon undrar om hon inte måste ha någon blodtryckssänkande medicin eftersom hon är rädd för att kunna sjukna i stroke vilket nyligen hänt hennes ena syster.

Vid detta besök tog läkaren upp ett samtal om Karins alkoholvanor. Utgångspunkten för detta var en fråga om hon kände till att även måttliga mängder alkohol kan orsaka hjärtklappning, högt blodtryck och sömnproblem. Karin berättar då att hon under åren då makarna bott utomlands och haft ett stort umgänge druckit vin dagligen men också i regel flera drinkar under helgdagar och ibland också enstaka vardagar. Denna alkoholkonsumtion har fortsatt efter återkomsten till Sverige för några år sedan. Hon ser sig dock inte på något sätt som alkoholberoende.

Karin går med på läkarens förslag att försöka halvera den aktuella alkoholkonsumtionen under några månaders tid för att se om detta kan minska hälsoproblemen. Vid återbesök tre månader senare berättar hon att hon nu mår betydligt bättre. Sömnen har normaliserats och hjärtklappningsbesvären har blivit lindrigare. Blodtrycket har vid detta besök normaliserats och är nu 150/90.

Fallbeskrivningen illustrerar att riskbruk bör finnas med tidigt bland olika differentialdiagnostiska överväganden hos patienter med de i primärvården vanliga symtomen hjärtklappning, förhöjt blodtryck och/eller sömnbesvär. I detta fall gjordes inget försök till att kvantifiera alkoholkonsumtionen. Normaliseringen avseende de aktuella hälsoproblemen efter det att Karin minskat sin alkoholkonsumtion övertygade henne – och läkaren – om alkoholens roll i sammanhanget och motiverade henne för en fortsatt lägre alkoholanvändning.

2. Göran

Göran har en utsatt psykosocial situation med ett svagt socialt nätverk, arbetslöshet, nedstämdhet, oro, sömnproblem. Hans rökvanor utgör också ett hälsoproblem. Bilden kompliceras av hans magbesvär.

Läkaren i det här fallet berättar att han kände en stor uppgivenhet och frustration när han träffade Göran första gången. Han ansåg att dennes problem till största delen kunde förstås som kroppsliga och psykiska uttryck för den belastade livssituation som Göran befann sig i men att han kände sig maktlös i att kunna påverka denna. Leverproverna som tagits tidigare gav ju också misstankar om riskabla alkoholvanor.

Vid detta första besök ägnar läkaren större delen av konsultationstiden åt att få en fungerande kontakt med Göran. Han talar bland annat med honom om hur hans tidigare tillvaro sett ut och omständigheterna kring att han flyttat till Stockholm. Det framkommer då att Göran bott kvar hemma hos sin mor till dess att hon avlidit i cancer för två år sedan. Han har vuxit upp som enda barnet, utan kontakt med biologiska fadern. En kamrat till honom hade hjälpt honom att få ett "svartjobb" i Stockholm men det fick han bara behålla några veckor.

Göran sjukskrivs helt tre veckor och får en återbesökstid. Han får också recept på Lanzo, Citalopram och Propavan. Vid återbesöket mår han lite bättre till humöret och ger en något bättre kontakt men klagar fortfarande över ont i magen. Han har sovit hyggligt men har blivit ännu mera trött på förmiddagen sedan han började ta Propavan. Läkaren kan vid detta besök diskutera kring Görans alkoholvanor och får bekräftat att dom ligger på en riskabelt hög nivå. Gamma-GT är 1.4. Han talar också om hur såväl Görans rökande som drickande sannolikt har stor betydelse för magbesvären. Göran menar att han absolut inte kan sluta röka nu när han mår så pass psykiskt dåligt. Däremot kan han tänka sig att minska ner sina alkoholvanor. Han vill fortsätta med Citalopram eftersom han tycker att det känns som att medicinen har börjat hjälpa en del.

Göran sjukskrivs ytterligare en månad och får nytt recept på Citalopram och Propavan. Han får också remiss till kurator vid en samtalsmottagning knuten till den aktuella vårdcentralen. Ett halvt år senare har hans situation förbättrats vilket han själv framför allt tycker beror på samtalskontakten. Han röker fortfarande som tidigare men säger sig nu dricka betydligt mindre. GT-har också normaliserats med det senaste värdet 1.0. Han använder fortfarande Citalopram men har slutat med Lanzo och Propavan. Magbesvären är något bättre. Han är fortsatt sjukskriven men står på tur att få genomgå arbetsprövning efter det att ett läkarutlåtande om hälsotillstånd har skickats till Försäkringskassan.

Fallet illustrerar bland annat de problem man som allmänläkare ställs inför i mötet med en patient där högkonsumtion av alkohol ingår som en av många komponenter i en belastad psykosocial situation med såväl kroppsliga som psykiska besvär. Ofta handlar det om att hitta en balansgång mellan å ena sidan patientens förväntningar om en snabb symtomlindring och den "medikalisering" av psykosocial problematik detta kan innebära och å andra sidan att ändå försöka hjälpa patienten med det som är "hjälpbart" utifrån rollen som allmänläkare. En annan poäng med denna fallbeskrivning är att den visar att man som allmänläkare inte alltid behöver vara ensam om att försöka möta en patients mångfacetterade behov. Så kan till exempel en samtalskontakt hos kurator eller psykolog inte sällan ge god hjälp.

3. Anders

Anders har ett flertal riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom med sin ärftliga belastning, övervikt, blodfettrubbning och fysiska inaktivitet.

Vid detta första besök framkom av Anders svar angående alkoholkonsumtionen att denna låg på en klart riskabelt hög nivå. Den mängd alkohol som han uppgav sig dricka motsvarar nästan 30 standardglas i veckan vilket är långt över den högsta riskfria nivån. Den isolerade triglyceridstegringen enligt remissen från Företagshälsovården stärkte också läkarens diagnostiska hypotes om en hög alkoholkonsumtion som orsak till de aktuella hälsoproblemen.

I sitt samtal med Anders klargjorde läkaren dels att Anders uppfattning om att hans alkoholkonsumtion låg på en genomsnittlig nivå inte var riktig och dels att hans

alkoholvanor innebar en betydligt ökad och inte minskad risk för hjärtsjukdom. Läkaren informerade också om att den speciella rubbning av blodfetterna som Anders hade ofta kan bero på alkohol och därmed kan försvinna om alkoholintaget minskar. Han berättade också om sambandet mellan öldrickande och övervikt. Med Anders medgivande togs vid besöket också prov på GT. Provet visade att värdet var förhöjt till 1.8.

Anders blev efter denna diskussion motiverad till att kraftigt försöka minska sin alkoholkonsumtion. I första hand tänkte han byta ut sin dagliga starköl till middagen till lättöl och också försöka minska ner helgkonsumtionen av whisky till en halvbutelj i stället för en helbutelj. Han ville också gärna vid återbesöket få veta om "levern mätte bättre" – det vill säga om GT-provet hade blivit mera normalt.

Vid återbesöket tre månader senare berättar Anders att han lyckats i sin föresats att minska ner drickandet. Han har gått ner nästan tre kilo i vikt vilket han också tror beror på att han numera cyklar till och från jobbet, 8 kilometer dagligen. Ny provtagning visar nu betydligt bättre triglyceridvärde – 2.4. Gamma-GT har gått ner till 1.2. Anders och läkaren är överens om att i det här läget avvakta med blodfettsänkande läkemedelsbehandling. Anders säger sig vid detta besök också ha en ambition att försöka sluta helt att dricka whisky under helgerna men tycker att det skulle vara svårt att bli helnykterist. "Det är gott med en lättöl till middagen". Återbesök avtalades om ett halvt år.

Fallbeskrivningen visar i det här fallet betydelsen av att utifrån en patients uppgifter kunna beräkna om den aktuella alkoholkonsumtionen ligger på en riskfri eller en potentiellt skadlig nivå. Den belyser också de problem som medias oproportionerligt stora och tendentiöst vinklade framställning av forskningen kring alkoholens förmodade skyddseffekter avseende hjärta och kärl kan medföra. Slutligen illustrerar "fallet Anders" att GT-provtagning kan vara utmärkt för att ge "feed-back" när läkare och patient är överens om att hälsoproblem sannolikt är alkoholorsakade och då patienten är motiverad till att förändra sina alkoholvanor.

4. Anna

Läkaren i denna fallbeskrivning misstänkte i första hand att Anna hade drabbats av en stroke och skickade in henne akut till sjukhuset med denna frågeställning. Efter akut datortomografi och ett dygns observation kunde man utesluta såväl stroke som hjärtinfarkt bakom det aktuella insjuknandet. Av sjukhusjournalen framgår att man tyckt att Anna verkade mycket orolig och lite "plockig" under sjukhusvistelsen. Hon uppfattades dock inte ha några tecken till demenssjukdom. Den preliminära diagnosen blev TIA och Anna ordinerades ASA-profylax.

Några veckor senare ringer enhetschefen vid den kommunala hemtjänsten läkaren. Hon berättar att ett av vårdbiträderna hos Anna informerat henne om att ett av de övriga vårdbiträderna brukat hjälpa Anna med att så gott som dagligen köpa ut en flaska sherry åt henne. Det vårdbiträde som kontaktat enhetschefen kände att hon inte längre kunde hålla tyst om detta sedan hon en dag märkt att Anna var klart berusad, sludrig i talet och hade svårt för att gå ordentligt. En nästan helt tom sherryflaska och ett glas hade då också stått framme på nattduksbordet.

Efter diverse "interna diskussioner" inom hemtjänsten och tillsammans med Anna kunde man få henne att acceptera att hemtjänsten inte längre skulle köpa ut alkohol. I samband med att omständigheterna kring detta gick igenom kom det också fram att Anna – troligen av misstag – hade tagit en sömntablett samtidigt som hon druckit en hel del sherry den dagen hon hade ramlat och fått sin radiusfraktur. Det gick så

småningom att sätta ut bensodiazepinerna till natten och istället ge Theralen-droppar i låg dos. Till en början fick man ge denna medicin även dagtid eftersom Anna blev ordentligt orolig efter det att sherryhandlandet upphört. Det fortsatta förloppet är inte känt eftersom den aktuella läkaren kort tid efter detta flyttade till en annan ort.

När det gäller människor i denna åldersgrupp – och framför allt kanske när det rör sig om kvinnliga patienter – kan det ofta kännas ganska långsökt att reflektera kring alkohol som orsak till hälsoproblem och sjukdomar. I detta speciella fall var det ju också en tillfällighet som gjorde att alkoholproblematiken kom till sjukvårdens kännedom. Fallbeskrivningen visar på vikten av att ändå ha med faktorn alkohol som en av de många möjliga "differentialdiagnostiska hypoteserna" vid svårbedömda sjukdomstillstånd även hos äldre.

5. Peter

I det här fallet rör det sig om en person med en uppenbart stressig livsföring. Han kan möjligen karakteriseras som en "typ A-personlighet" kännetecknad av hög aktivitetsnivå, starkt arbetsengagemang, otålighet och "vinnarambitioner". Män med denna typ av personlighetsdrag har visat sig ha en ökad risk att insjukna i hjärtinfarkt före 60 års ålder. I Peters fall har däremot hans bröstsmärtor inte visat sig bero på ischemisk hjärtsjukdom.

Det typiska för Peters kontakter med sjukvården är att dessa genomgående har varit akuta, förorsakade av magbesvär och med stark önskan om symtomlindring genom en viss typ av läkemedel. Planerad gastroskopi blev inställd på grund av att åtaganden i arbetet kom emellan. Genom att Peter alltid sökt akut har han träffat olika läkare vid vårdcentralen varje gång. Rökvanorna men däremot inte alkoholvanorna finns dokumenterade i journalen.

Vid det aktuella läkarbesöket blev det av Peters spontant lämnade anamnes uppenbart att det fanns en koppling mellan hans magbesvär och hans alkoholvanor. Läkaren avstod på den korta akuttid som stod till buds från annan kroppsundersökning än den mera "rituella" handpåläggningen på Peters buk vilken inte ingav någon misstanke på akut sjukdomstillstånd. Hon fick också Peters medgivande att ta gamma-GT.

Läkaren knöt i samtalet an till Peters egna konstateranden om sambandet mellan "representationsdrickande" och magbesvär och informerade om hur alkohol på olika sätt har ogynnsamma effekter på mage och tarmar. Hon berättade bland annat att alkohol minskar övre magmunnens förmåga till att "hålla tätt" vilket leder till att surt maginnehåll kommer upp i nedre delen av matstrupen och där kan ge bröstsmärtor som kan misstolkas som kärkramp, något som troligen låg bakom Peters attack med bröstsmärtor tidigare. Konsultationen avslutades med recept på 14 tabletter Losec (hon ville skriva ut Lanzo men Peter vägrade att "krångla" med att byta ut en fungerande medicin) och en återbesökstid tre veckor senare.

Vid återbesöket berättade Peter att han hade mått ordentligt dåligt i magen under Londonresan och att Losec inte hade hjälpt särskilt mycket. Han förstod nu att han måste "ligga lågt" med alkohol framöver och hade tänkt sig att pröva med två helt "vita" månader. Han fick reda på att "leverprovet" var förhöjt till 1.6 och han ville gärna komma på återbesök för att få bekräftat att såväl mage som lever hade hämtat sig.

Vid återbesöket mådde Peter betydligt bättre i sin mage och kände sig också allmänt i god form. Han hade lyckats avstå helt från alkohol ("jag tävlade med mig själv och jag vann!") och var mycket nöjd då han fick reda på att gamma-GT nu var

helt normalt. Han hade denna gång inget önskemål om nytt recept på Losec. Enligt läkaren ifråga har han inte sökt vårdcentralen under de åtta månader som har förflutit sedan dess.

Fallet illustrerar betydelsen av att diskutera alkoholvanor vid återkommande magbesvär av dyspepsi- eller refluxkaraktär. Många gånger kan i stället för *Helicobacter pylori*-jakt och gastroskopiremitterande konsultationstiden användas för ett samtal om alkoholvanor och magbesvär vilket i sin tur kan leda till en minskad alkoholkonsumtion och minskade besvär.

Läkarens handläggning av detta fall visar också på betydelsen av "timing". När en patient själv tar upp de besvär som hans drickande medför är han också i regel motiverad för att ta till sig medicinsk information om hur sambandet alkohol och hälsoproblem ser ut. För en tävlingsinriktad person som Peter är sedan GT ett bra prov för att bekräfta den framgångsrika återhållsamheten.

6. Gunilla

Vegetativa klimakteriella bortfallsymtom med blodvallningar, hjärtklappning och svettningar förekommer i större eller mindre utsträckning hos ungefär två av tre kvinnor vid någon period kring menopausen. I de allra flesta fall har besvären dock upphört efter cirka fem år. När Gunilla nu – elva år efter menopaus – fortfarande har denna typ av symtom finns det därför anledning att fundera över annan bakgrund än östrogenbrist.

Vid Gunillas besök på vårdcentralen visar undersökningen att hon har en snabb hjärtverksamhet och ett lätt förhöjt blodtryck. Hon gör ett påtagligt spänt och oroligt intryck och berättar om sina problem med sömnbesvär och trötthet. Hon hänför alla sina besvär till "hormonbristen" och upprepar sitt önskemål om att få plåster istället för tabletter. Gunilla vill också gärna ha recept på en sömntablett.

Vid samtal om alkoholvanorna anser Gunilla till en början att hon knappast dricker någonting alls, "bara ett glas vin då och då, och så kanske en flaska tillsammans med en väninna någon helg i månaden". Läkaren ifrågasätter inte hennes uppgifter under detta samtal. Eftersom hans samlade värdering av Gunillas sjukhistoria och besvär och de aktuella undersökningsfynden ändå gör att han tror att en hög alkoholkonsumtion kan finnas med i bilden återkommer han i slutet av konsultationen till temat alkohol. Vid detta samtal klargör han att olika personer kan vara olika känsliga för alkohol och att därför hos vissa även mycket måttliga mängder alkohol kan ge kroppsliga besvär, bland annat av den typ som Gunilla plågas av. Han undrar om hon kan tänka sig att pröva om hon har en sådan känslighet för alkohol genom att avstå helt från allt vindrickande två månader för att se om besvären minskar. Gunilla accepterar att göra ett sådant försök och får en återbesökstid. Hon får också ett förnyat recept på Cyclabil samt ett recept på Propavan.

Vid återbesöket berättar Gunilla att hon mår bättre. Hon har fått ett jämnare humör, sover lite bättre och har inte längre lika mycket hjärtklappning och svettningar. Hon är fortfarande trött och har ofta muskelvärk. Under samtalet frågar läkaren henne om hennes livssituation och hon berättar då bland annat att hon varit skild många år sedan maken träffat en annan kvinna. Hennes stora stöd har tidigare varit ende sonen som bott hemma hos henne tills han för två år sedan träffade en kvinna. Han har nu flyttat ihop med denna kvinna som är bosatt på en ort långt borta. Efter det har hon känt sig mycket ensam och har nog druckit betydligt mer vin än hon berättade om förra gången. Hon har inte lyckats sluta helt som var tänkt men har minskat ner mycket kraftigt. Hon har förstått att hennes vindrickande kan ha legat bakom en del

av hennes besvär och när hon nu också har läst i tidningarna om hormontabletter och risk för cancer vill hon försöka sluta med Cyclabil.

Fallet illustrerar den pedagogiska poängen med begreppet "känslighet". Att öppet ifrågasätta en patients uppgifter om hur alkoholvanorna ser ut leder ofta till en starkt försämrad relation. Läkarens uppgift är inte att "misstänka" patienten för alkoholproblematik och bevisa att han/hon ljugar genom att använda någon form av konfrontativ "förhörsteknik" eller provtagningsresultat som "bevismaterial". Om det däremot – som i fallet Gunilla – finns anledning för läkaren att ändå tro att alkohol kan ha betydelse för de aktuella hälsoproblemen kan ofta diskussion och information om olika personers varierande känslighet för alkohol bevara en god läkar-patientrelation och motivera patienten för en minskad alkoholkonsumtion.

MINI – INVENTERING

Denna mini-inventering är tänkt att utgöra bakgrund och diskussionsunderlag för ett FQ-gruppsmöte kring riskbruk. Det kan vara lämpligt att dessförinnan ha ägnat ett första möte kring de ”20 frågor” som presenterats ovan samt att därefter också ha diskuterat kring de sex fallbeskrivningarna.

Avsikten är att du ska registrera de patienter där du har någon **känsla** eller **aning** eller **diagnostisk hypotes** att deras besvär/symtombeskrivning/laboratorieavvikelser helt eller delvis **kan** ha samband med ”riskbruk” av alkohol. Det viktiga är att registreringen bygger på din uppfattning om att det **kan** förhålla sig så – detta oavsett om du de facto har tagit upp dina funderingar med patienten eller ej. Ett ”tips” - byggt bland annat på fallbeskrivningar av många allmänläkare – är att läkarens känsla av att ”det är någonting som inte stämmer” många gånger kan bero på just en riskbruksproblematik hos patienten.

Datum	Ålder	Kön	Bakgrund till känsla eller fundering om alkohol som sjukdomsorsak	Samtal om alkohol		Möjligt alkoholberoende	
				Ja	Nej	Ja	Nej

Notera gärna antalet patienter du mött under de dagar som du gjort registreringen för att få en uppfattning om hur stor andel av dina patienter som du uppfattar kan ha ett ”riskbruk”. Tag med ett av dina fall för en närmare diskussion under FQ-mötet.

Hur kom det sig att jag tänkte att alkohol kunde ha betydelse för patientens hälsoproblem?

Hur blev mitt möte med patienten?

Vad gjorde jag?

Kunde jag ha gjort på annat sätt?

I gruppen kan ni sedan diskutera orsaker till eventuella skillnader mellan kollegornas erfarenheter.

REFERENSER

Nedan följer ett urval referenser om alkohol. Ambitionen har varit att referenserna ska vara lättillgängliga och ha relevans ur ett allmänläkarperspektiv. Utöver ett fåtal böcker om alkohol har referenserna hämtats ur AllmänMedicin respektive Läkartidningen och avser artiklar som publicerats under de senaste tolv åren. Dessa referenser har ordnats i kronologisk ordning så att den senast publicerade står överst.

Böcker

Heilig M, Sjögren J. Alkohol – riskbruk, missbruk och beroende. Läkartidningen 2003/2004, s. 870 – 82.

SBU-rapport nr 156/volym I, 2001. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem.

Johansson K, Wirbing P. Riskbruk och missbruk. Natur och Kultur, Stockholm, 1999.

Dahlgren L, Nordén Å. Alkohol som sjukdomsorsak, del 1 och 2. Malmö: Tika läkemedels AB (kan av läkare beställas kostnadsfritt från Tika).

AllmänMedicin

Dahl G. Korttidsintervention vid alkoholproblem. 2000;21:249-51.

Eriksson G. Motiverande samtal – ett bra verktyg för allmänläkaren vid riskbruk. 1998;19:258-9.

Nordström A, Winberg J, Persson S. Hur ser distriktssköterskorna på sina möjligheter att arbeta förebyggande i alkoholfrågor? 1997;18:271-3.

Persson S, Nordström A, Winberg J, Mattsson B. Alkoholpreventivt arbete i primärvården – några erfarenheter från Umeå. 1997;18:219-22.

Romelsjö A. Goda erfarenheter av att förebygga riskbruk av alkohol i primärvården. 1996;17:262-4.

Romelsjö A. Något om alkoholvanor och alkoholskador i Sverige i ett internationellt perspektiv. 1996;17:259-60.

- Hedberg C. Riskbruk och allmänmedicinens kliniska metod. 1995;16:290-1.
- Arborelius E. Patientcentrerat förhållningssätt i alkoholrådgivning. 1995;16:285-7.
- Damström Thakker K. Riskvärdering av alkohol. 1995;16:242-7.
- Sjöstrand L. Fredmans elände. 1995;16:241-2.
- Hedberg C. Alkohol och den medicinska kulturen. 1995;16: 184-5.
- Sjögreen J. Riskbruk av alkohol. 1995;16:181-2.
- Sjögreen J, Hedberg C. Yttrande över Alkoholpolitiska kommissionens betänkande: svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. 1994;15:268.

Läkartidningen

- Lindqvist P, Palmstierna T, Franck J, Romelsjö A. Ängest och depression inte sällan drogrelaterat. 2003;100:2080-2.
- Allebeck P. Alkoholkonsumtion och dödlighet. 2002;99:4262.
- Allebeck P. Spelar det någon roll om man dricker vin, sprit eller öl? 2002;99:4260.
- Winberg J, Nordström A. I primärvården finns ett stort intresse för beroendelära. Utnyttja det! Det har man gjort i Västerbotten. 2002;99:4256-8.
- Andréasson S, Graffman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. 2002;99:4252-5.
- Eriksson G, Spak F, Andersson C. Riskbruk av alkohol kartlagt på vårdcentral. Sekundärprevention av alkohol hos primärvårdspatienter. 2000;97:1133-9.
- Hedberg C, Hallberg H, Urwits V. Projektet om "Riskbruk av alkohol". Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. 2000;97:48-50.
- Berglund M, Johnsson K. Alkoholkonsumtionen bland medicinstudenter oroar. De preventionsprogram som finns bör användas. 1999;96:3228-9.
- Andréasson S, Brandell Eklund A. Alkoholprevention i sjukvården: Metodik för screening och motiverande samtal. 1999;96:1594-8.
- Nordström A, Winberg J, Persson S. Resultat av primärvårdsstudie om alkohol: 17 procent av männen, 8 procent av kvinnorna troliga högkonsumenter. 1998;95:4739-43.

Dahl G, Damström Thakker K. Så kan primärvården påverka patientens alkoholvanor: "Enkel intervention" ger nytt perspektiv på behandlingen. 1998;95:4726-30.

Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. 1998;95:473-5.

Arborelius E, Damström Thakker K. Alkohol känsligt ämne för patientsamtal. Integritetshänsyn och tidsbrist hindrar distriktsläkaren. 1995;92:3345-8.

Arborelius E, Damström Thakker K, Krakau I, Rydberg U. Sekundär alkoholprevention inom primärvården. Ny pedagogisk metod för alkoholrådgivning. 1995;92:3339-42.

Adelswärd W, Sachs L. Den preventiva medicinens dilemma. Känsligt att ge råd vid hälsoundersökning. 1994;91:3524-9.

Arborelius E. Hur förmå patienter att ändra livsstil? Framgångsrika strategier finns. 1994;91:990-5.

Andréasson S. Hur stor är den alkoholorsakade sjukvården? 1991;88:1946-50.

RISKBRUK AV ALKOHOL

Många besök i primärvården har helt eller delvis samband med patientens alkoholvanor. Endast en mindre del av dessa fall beror på svår alkoholproblematik, det vill säga alkoholmissbruk eller alkoholberoende. I den av SBU 2001 utgivna evidensbaserade kunskapssammanställningen framgår att primärvårdsbaserad mini-intervention mot alkoholrelaterad ohälsa ofta är framgångsrik.

Detta studiebreve ger deltagarna i FQ-gruppen möjligheter att uppdatera sina kunskaper om alkoholrelaterad ohälsa men också att diskutera sig fram till vilka eventuella förändringar av egen praxis som kan vara angelägna. Som underlag finns en tipsrad samt sex fallbeskrivningar med svar respektive kommentarer. Den sista delen i studiebreve utgörs av en enkel inventering där deltagarna diskuterar sina erfarenheter av alkoholrelaterad ohälsa med utgångspunkt från en registrering av patienter som väckt funderingar om alkohol. De olika delarna i breve delas lämpligen upp på tre FQ-gruppsmöten. Breve kan även användas för självstudier eller som hjälpmedel vid medsittning.

Författare

Hans Hallberg är allmänläkare men har tidigare arbetat inom psykiatri, socialmedicin och missbruksvård. Han disputerade 1991 på en avhandling om psykosociala och medicinska problem hos frånskilda män. Hans Hallberg ingår i ledningsgruppen för SFAM:s projekt "Riskbruk av alkohol". Han arbetar för närvarande deltid som familjeläkare i Hofors, som forskare vid Tema Äldreforum vid Dalarnas forskningsråd samt som forskningshandledare vid Centrum för klinisk forskning i Falun.

SFAM:S STUDIEBREV

SFAM:S studiebreve är arbetsmaterial för FQ-grupper men vissa breve kan också användas för självstudier. Ett studiebreve ska:

- Ge tillgång till ett faktaunderlag
- Föreslå olika sätt att närma sig faktainnehållet
- Öppna för kritisk reflektion
- Inspirera gruppdeltagarna till att aktivt väga breve innehåll mot sina egna erfarenheter
- Vara okomplicerat och roligt att arbeta med

Studiebreve i pappersformat kan beställas från:

Helene Swärd
SFAM:S kansli
Skeppsbron 34
111 30 Stockholm
Tel: 08 – 23 24 05
Fax: 08 – 20 03 35
E-post: helene.sward@sfam.a.se
Hemsida: www.sfam.nu

