

ATT BEHANDLA ALKOHOLPROBLEM INOM VUXENPSYKIATRISK ÖPPENVÅRD EN HANDBOK I 15-METODEN

INNEHÅLL

15-METODEN - EN MODELL FÖR ATT HANTERA ALKOHOL I VÅRDEN	3
ALKOHOL OCH HÄLSA	4
INDIVIDUELL BEDÖMNING	4
STEG 1: ATT UPPMÄRKSAMMA	5
NÄR SKA MAN UPPMÄRKSAMMA ALKOHOL SOM MÖJLIG ORSAK TILL PSYKISK OHÄLSA?	5
FRÅGOR TILL PATIENTEN	5
FÖRHÅLLNINGSSÄTT	6
STANDARDGLAS, LÅGRISKKONSUMTION, RISKBRUK	6
ALKOHOLKONSUMTION VID PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET	7
BEDÖMNINGSINSTRUMENT	7
MÖJLIGA RESULTAT AV STEG 1	10
STEG 2: HÄLSOKOLL ALKOHOL	11
SJÄLVTEST MED FRÅGEFORMULÄR	11
KOMPLETTERA HÄLSOKOLL ALKOHOL MED DIAGNOSSPECIFIKA FORMULÄR	11
ÅTERKOPPLINGSAMTAL	12
BESKRIVNING AV FORMULÄREN I HÄLSOKOLL ALKOHOL	12
DIAGNOSTIK	15
STEG 3: BEHANDLING	16
I. GUIDE TILL BÄTTRE ALKOHOLVANOR	16
II. FARMAKOLOGISK BEHANDLING	21
III. SJÄLVHJÄLPSMATERIAL	23
UPPFÖLJNING	23
REFERENSER OCH LÄSTIPS	24
BILAGOR	25

15-metoden

EN MODELL FÖR ATT HANTERA ALKOHOL I VÅRDEN

15-metoden är ett metodpaket för att uppmärksamma, bedöma och behandla skadligt bruk och måttligt alkoholberoende i vårdmiljöer utanför specialiserad beroendevård. Exempelvis husläkarmottagningar och vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. Här beskrivs metoden, behandlingens genomförande och praktiska tips som gör det lätt att komma igång.

Handboken följer Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för beroendevården (2019), samt Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2018). Alla delar har ett starkt forskningsstöd och bygger på forskning som visar att patienter med alkoholberoende inte nödvändigtvis behöver långvarig behandling för att förändra sina alkoholvanor. Metoden är testad i en randomiserad kontrollerad studie på husläkarmottagningar inom Region Stockholm. Alkoholkonsumtion och grad av beroende minskade lika mycket som hos de patienter som fick behandling på en husläkarmottagning som inom den specialiserade beroendevården.¹

I 15-metoden erbjuds vårdåtgärder enligt en så kallad trappstegsmodell. Som ett första steg uppmärksammas patienten på risk eller problem och får kort rådgivning. För patienter som önskar och har behov av det följer en fördjupad bedömning (steg 2). Det tredje steget är behandling utifrån en behandlingsmeny (steg 3):

1. Uppmärksamma risk eller problem och ge kort rådgivning
2. Fördjupad bedömning - Hälsokoll alkohol
3. Alkoholläkemedel/kort KBT-intervention/Självhjälpsmaterial

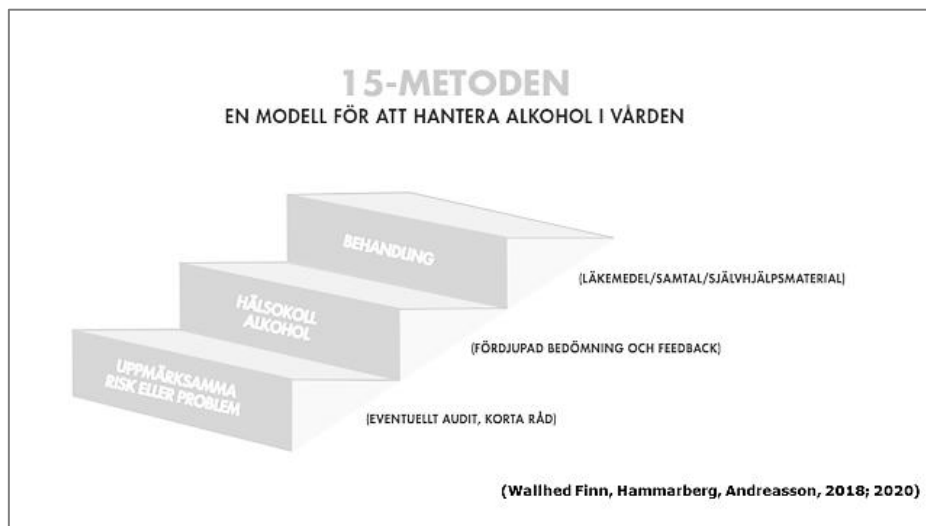


Illustration: 15-metoden

Namnet 15-metoden kommer sig av att 15 poäng på AUDIT är ett cut-off värde för när en patient efter steg 1 kan ha behov av fördjupad bedömning (steg 2) och behandling (steg 3).

¹ I genomsnitt halverade de patienter som deltog i studien sin alkoholkonsumtion. Personalen önskade efter deltagande i projektet införa arbetssättet i reguljär vård.

ALKOHOL OCH HÄLSA

Det går inte att utifrån ålder, utseende eller sjukdom avgöra vem som dricker för mycket. Därtill är det inte heller bara mängden alkohol som har betydelse, då känsligheten i olika organsystem visar stor individuell variation. Även små mängder kan ibland få stor betydelse. Alkohol kan ensamt orsaka sjukdom, men framför allt så bidrar alkohol till att olika sjukdomstillstånd utlöses eller förvärras. Alkoholens största sjukdomsbelastning gäller psykisk ohälsa (framför allt depression, ångest, beroende), därefter olycksfall och skador, sedan hjärt-kärlsjukdom (framför allt hypertoni, stroke) och därefter mag-tarmsjukdom (framför allt lever), cancer och infektion. Även om uppdraget för vuxenpsykiatrisk öppenvård är psykiatrisk bedömning och behandling är det även viktigt att uppmärksamma möjlig somatisk hälsopåverkan som ett resultat av alkoholkonsumtion.

Alkohol och psykisk ohälsa

Vi vet mycket idag om sambandet alkohol och psykisk ohälsa. Omkring 20–30 % av de personer som är aktuella i vården på grund av psykisk ohälsa har samtidigt ett skadligt bruk eller beroende av alkohol.

DEFINITION: SAMSJUKLIGHET

Med samsjuklighet avses att en person uppfyller diagnostiska kriterier för skadligt substansbruk eller beroende samtidigt med någon annan form av psykiatrisk diagnos (Socialstyrelsens riktlinjer 2019).

- Människor utvecklar samsjuklighet av en rad olika anledningar. Frågan om vad som kom först är omdiskuterad men ska inte försena behandling av något av tillstånden.
- Samsjuklighet innebär ofta sämre följsamhet till behandling och behandlingsresultat. Effekten av både KBT och läkemedel är mindre tillfredställande då patienten har en hög alkoholkonsumtion. Det är därför viktigt att erbjuda hjälp för båda tillstånden samtidigt.
- Att inte uppmärksamma och behandla patientens alkoholproblem kan leda till försämring av patientens psykiatriska diagnos och associerade problem och vice versa, samt ökad suicidrisk. I många fall förbättras den psykiska hälsan när en patient slutar att dricka alkohol eller minskar konsumtionen betydligt.

15-metoden ger möjlighet att erbjuda parallell behandling vid alkoholproblem och psykiatrisk samsjuklighet. Det finns ett gott stöd för att ett lindrigt till måttligt alkoholberoende kan behandlas med en kort intervention inom ramen för psykiatrisk vård.

INDIVIDUELL BEDÖMNING

Vid arbete med 15-metoden görs en individuell bedömning där flera faktorer vägs in: Patientens motivation att ändra sina alkoholvanor, grad av psykiatrisk problematik, psykosociala resurser och funktionsförmåga. Framkommer det att patientens psykiatriska symtom är en tydlig trigger för alkoholkonsumtion så är det viktigt att i behandlingsplaneringen ta hänsyn till detta. 15-metoden är inte avsedd för patienter med svårt alkoholberoende (5-6 ICD-kriterier) i kombination med svår psykiatrisk problematik eller med skadligt bruk/beroende av andra substanser. Dessa patienter hänvisas till den specialiserade beroendevården.

Steg 1: Att uppmärksamma

Steg 1 i 15-metoden syftar till:

- Att göra patienten medveten om risker med alkoholkonsumtion och att det kan vara enkelt att minska drickandet.
- Att erbjuda patienten en möjlighet att fundera om hen borde minska sin alkoholkonsumtion och diskutera detta med sin läkare eller annan vårdpersonal.
- Att erbjuda Hälsokoll alkohol (steg 2) och behandling (steg 3) till patienter med skadligt bruk och måttligt beroende.

NÄR SKA MAN UPPMÄRKSAMMA ALKOHOL SOM MÖJLIG ORSAK TILL PSYKISK OHÄLSA?

I nya vårdkontakter:

- Vid nybesök i relation till sökorsak enligt remiss.
- I basutredning: Vid återkoppling AUDIT-C. I anamnesmall för basutredning.
- Vid uppföljning av M.I.N.I. eller SCID I där alkoholbrukssyndrom ingår.
- Vid återkoppling av CDT eller PEth.
- Vid återkoppling AUDIT.

I pågående vårdkontakter, exempelvis:

- Inför en planerad psykiatrisk utredning.
- Vid årskontroller.
- Inför specifika behandlingsinsatser.
- Vid återkoppling av CDT eller PEth.
- Vid återkoppling AUDIT.
- Vid uppföljning av behandling.

FRÅGOR TILL PATIENTEN

Utgå från patientens psykiatriska diagnos och utforska tillsammans alkohol som en möjlig bidragande sjukdomsorsak och minskad konsumtion som ett av flera behandlingsalternativ. Förslag på frågor för att uppmärksamma sambandet alkohol och hälsa:

- Upplever du några negativa konsekvenser av din alkoholkonsumtion?
- Får jag berätta lite om hur alkohol kan påverka den psykiska hälsan hos en del människor?
- Vad tror du om att göra ett test utan alkohol under en begränsad tid för att se om det har någon effekt på ditt mående?

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Ett bra förhållningssätt brukar beskrivas med akronymen FRAMES.

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

Motiverande samtal MI är besläktat med FRAMES, men har tydligare fokus på att stärka motivation. Effektiva strategier är att ställa öppna frågor, att reflektera kring patientens svar, att summera vad patienten säger och framför allt att uppmuntra "förändringsprat", det vill säga att patienten pratar om varför, hur och när en förändring ska ske.

STANDARDGLAS, LÅGRISKKONSUMTION, RISKBRUK

Här följer definitioner av begreppen standardglas, lågriskkonsumtion och riskbruk:

Standardglas

Standardglas är ett stöd för att uppskatta alkoholmängder oavsett dryck. Ett standardglas innehåller 12 gram etanol. Här är några exempel på ett standardglas:



Illustration: Standardglas

Lågriskkonsumtion

Begreppet lågriskkonsumtion är resultatet av ny forskning som allt mer visat alkoholens skadliga effekter, vilket medfört en sänkning av rekommenderade nivåer. I rapporten Alkoholkonsumtion och risknivåer (2018) från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin beskrivs att all alkoholkonsumtion (även under riskbruksgränser) är förenad med risk för hälsopåverkan enligt senare års forskning.

Definition av lågriskkonsumtion:

Friska män och kvinnor bedöms generellt ha en låg risk för skador vid en alkoholkonsumtion på mindre än 10 standardglas/vecka respektive mindre än fyra standardglas per dryckestillfälle.

Riskbruk

Riskbruk är ett etablerat begrepp inom vården och finns bland annat i journalmallar för att underlätta dokumentation. Riskbruksnivåerna utgår från att undersökningar tydligt visar att hälsoriskerna stiger vid konsumtion över dessa nivåer.

Riskbruk definieras för friska individer:

Genomsnittlig veckokonsumtion över 9 standardglas för kvinnor och över 14 standardglas eller fler för män.

Intensivkonsumtion minst 1 gång i månaden (5 glas per tillfälle eller mer för män och 4 glas per tillfälle eller mer för kvinnor).

ALKOHOLKONSUMTION VID PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET

Det finns ingen specifik forskning kring gränsvärden för alkoholkonsumtion på gruppnivå för patienter med psykiatrisk samsjuklighet. Som ovan beskrivs gäller gränserna för såväl riskbruk som lågriskkonsumtion friska individer. Det vill säga patienter som inte har någon psykiatrisk eller somatisk diagnos där alkoholkonsumtion har betydelse för symtombilden.

Rådgivning till patienter med psykiatrisk samsjuklighet:

Undersök hur patienten tänker kring gränserna för lågriskkonsumtion: Mindre än 10 standardglas/vecka, mindre än fyra standardglas per tillfälle för friska individer.

Fråga om patienten vill undersöka effekten av en alkoholpaus med stöd av dig som vårdpersonal.

Halveringsexperimentet är ett alternativ för patienter som inte kan tänka sig en alkoholpaus. Det innebär att undersöka hur den psykiska hälsan påverkas av minst en halvering under tre veckor.

BEDÖMNINGSINSTRUMENT

Här följer en beskrivning av rekommenderade metoder för bedömning av grad av alkoholproblem: AUDIT-C, AUDIT, samt biologiska markörer och kroppsundersökning.

AUDIT-C

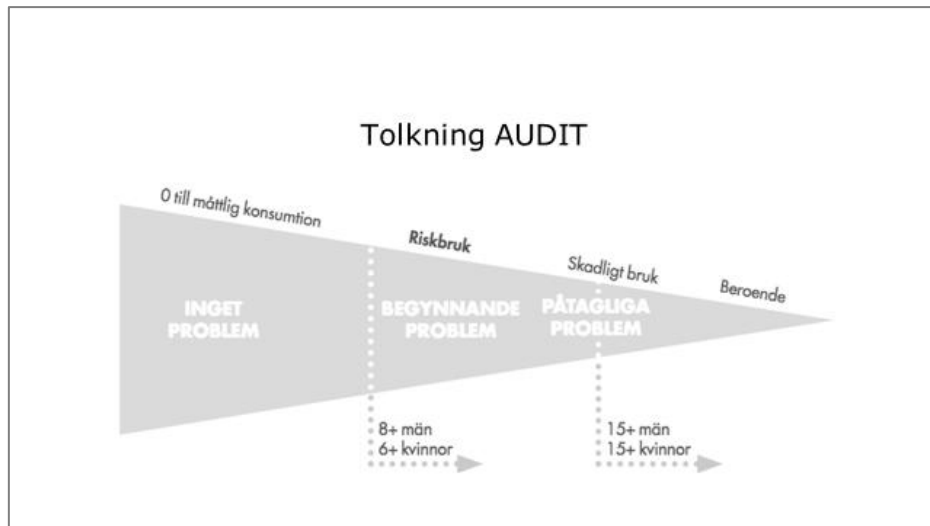
AUDIT-C omfattar de tre första frågorna i skattningsformuläret AUDIT, som handlar om konsumtion (C=Consumption). Respektive fråga ger 0-4 poäng med 12 poäng som max.

1. Hur ofta dricker du alkohol?
2. Hur många "standardglas" (se exempel ovan) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?

Riskbruk definieras om AUDIT-C poäng överstiger 4 poäng för kvinnor och 5 poäng för män.

AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) tar ca 3 minuter för patienten att fylla i. Formuläret finns som webbformulär. Att låta patienten fylla i AUDIT och använda svaren på de 10 frågorna som underlag är ofta ett bra sätt att inleda samtal kring alkohol och hälsa. Det finns flera vetenskapliga studier som visar att personer ger tillförlitlig information om sina alkoholvanor, bara man frågar på rätt sätt.



Riskbruk definieras som en AUDIT-poängsumma över 6 för kvinnor och 8 för män.

20 poäng indikerar i de flesta fall att patienten uppfyller diagnosen alkoholberoende.

Maxpoäng på AUDIT är 40 poäng.

Biologiska markörer och kroppsundersökning

De biologiska markörerna är viktiga, då de är det enda objektiva fakta du och den patient du träffar har att utgå ifrån. Patienten bör få med sig en sammanfattning av resultaten hem. Lab-prover och kroppsundersökning visar om skador uppstått. Höga leverprov inom referensintervallet är vanligt och kan vara mycket värdefulla att följa över tid, då de sjunker vid minskad konsumtion.

Alkoholkonsumtion (CDT och PEth)

En del vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar har lagt in CDT eller PEth som standardprov i basutredningen som ett stöd för att uppmärksamma sambandet alkohol och psykisk hälsa med positiva erfarenheter av det. CDT eller PEth används annars som del i en fördjupad bedömning när det under basutredningen framkommit via AUDIT-C eller AUDIT ett riskbruk av alkohol.

CDT och PEth visar alkoholkonsumtion. CDT är ett specifikt prov för att påvisa högkonsumtion av alkohol, och det prov som oftast används i screening inom företagshälsövård, eller kontroller i samband med körkortsärenden etc. Transferrin är blodets transportprotein för järn. Vid långvarigt högt alkoholintag förändras molekylen så att kolhydratkedjorna blir färre.

Dessa förändrade proteiner benämns kolhydratfattigt transferrin (CDT). CDT stiger vid en alkoholförtäring av storleksordningen en flaska vin per dag i några veckor. Det är dock inte alla personer som får en CDT-stegring av denna konsumtion, och det är dålig korrelation mellan CDT-värdet och konsumtionens storlek. Sensitiviteten är alltså dålig, men fördelen med provet är att det är mycket specifikt. En stegring (även inom referensintervallet) är alltid orsakad av alkoholkonsumtion. De genetiska transferrinvarianter som tidigare kunde ge falskt positivt prov identifierar man nu i samband med analysen.

Fosfatidyletanol (PEth) är en fosfolipid som inte förekommer naturligt i kroppen utan bildas i cellmembran i närvaro av etanol. Analysen görs på helblod. Provet blir inte förhöjt av enstaka berusningstillfällen, men en regelbunden, även tämligen måttlig konsumtion ger förhöjning. Halveringstiden är fyra dygn och provet avspeglar de senaste veckornas alkoholkonsumtion. Fördelen med detta prov är att det är helt alkoholspecifikt. Det har, liksom CDT, en hög specificitet, men även en hög sensitivitet. Det finns en tydlig relation mellan alkoholkonsumtionens storlek och B-PEth.

Skademarkörer (ALAT, ASAT, GT och MCV)

- Skademarkörerna ALAT, ASAT, GT och MCV används för biofeedback till patienten.
- Objektiva tecken på fysiska skador av alkoholkonsumtion är ofta kraftigt motiverande för en förändring. Det kan vara lika motiverande när värdena förbättrats efter minskad konsumtion.
- Oftast ligger värdena inom referensintervallen, men även förändringar inom referensintervallen är av största betydelse för återkoppling och motivation då de visar att till exempel levern är "ansträngd" och läcker ut mer enzymer än vanligt, om än inte allvarligt skadad.

Aminotransferaserna ALAT (alaninaminotransferas) och ASAT (aspartataminotransferas) deltar i syntesen av aminosyror. ALAT finns mest i lever och ASAT i lever och muskulatur. Dessa enzymer läcker ur cellerna vid cellskada, oavsett orsak till cellskadan. Halveringstiden i plasma är tre respektive två dygn, men eftersom cellskadorna inte läker prompt brukar det ta en till två veckor för proven att normaliseras till exempel efter en dryckesperiod. Sensitivitet och specificitet för högkonsumtion är mycket låg, särskilt för ALAT. Gränsvärdena för ASAT/ALAT skiljer sig åt avseende kön och ålder, varför de inte redovisas i detalj i manualen.

Gamma-glutamyltransferas, GT, finns i många organ, i levern framför allt i gallgångsepitel varför det används som indikator på hinder i gallavflöde. Sensitivitet och specificitet för alkohol är låg men något bättre än för ASAT och ALAT. Vid nykterhet efter hög alkoholkonsumtion med GT-stegring tar det ofta en månad eller mer för provet att normaliseras, då halveringstiden är två till tre veckor.

När de röda blodkropparna bildas i benmärgen kan de påverkas om alkohol finns närvarande. Det är cellmembranen som skadas, varvid erythrocyten blir större än normalt (makrocytos). Mean corpuscular volume (MCV) är liksom ovanstående prover på intet sätt specifika för alkohol. Rökning, folat- och B12-brist är några övriga välkända orsaker till makrocytos. Då alkohol även kan bidra till dessa brister så finns flera vägar till alkoholorsakad hög MCV. En röd blodkropp lever i cirka 120 dagar det tar därför lång tid för en alkoholorsakad makrocytos att normaliseras efter att man slutat dricka.

Etanol i blodet är ett ofta bortglömt prov som kan upplevas väga tyngre än utandningstest i alkometer, då det sker en laboratorieanalys och resulterar i ett värde i lablistan.

Förutom ovanstående klassiska alkoholmarkörer kan urat och triglycerider nämnas, då de ofta stiger vid alkoholkonsumtion.

MÖJLIGA RESULTAT AV STEG 1

När du på ett strukturerat sätt börjar uppmärksamma sambandet alkohol och hälsa kommer du sannolikt få olika reaktioner från patienter. En del kommer vara intresserade och mottagliga för kort rådgivning. Medan andra inte är det för tillfället men kanske senare.

- Tillräckligt med kort rådgivning: För det stora flertalet är steg 1 tillräckligt. Det gäller patienter som från början har en begränsad alkoholkonsumtion, samt motiverade högkonsumenter som på egen hand klarar av att ta en alkoholpaus eller betydligt minska sin alkoholkonsumtion.
- Hälsokoll alkohol: Patienter som får över 15 poäng på AUDIT kan erbjudas en fördjupad bedömning av alkoholproblemen i form av självtestet *Hälsokoll Alkohol* (steg 2 i 15-metoden).
- Behandlingsmeny: Är behandlingsbehovet tydligt och patienten motiverad erbjuds behandling enligt den behandlingsmeny som ingår i steg 3 i 15-metoden. Det vill säga läkemedelsbehandling, kort KBT-intervention och ett självhjälpsmaterial.
- Patienten inte intresserad: En del patienter med alkoholproblem och vårdbehov kommer ej vara intresserade av behandling. Patienten har rätt att avstå. Du har sått ett frö och vid återbesök så vet patienten att det finns hjälp att få hos dig. Förändring av alkoholvanor är ofta en process. Det kan hända att patienten är motiverad att göra en förändring när ni träffas nästa gång.

Steg 2: Hälsokoll Alkohol

Hälsokoll alkohol består av ett självtest med frågeformulär och ett återkopplingsamtal om resultaten. Detta kan exempelvis passa personer som har svårt att minska sin alkoholkonsumtion eller har försökt men bara klarat det en begränsad tid.

Steg 2 i 15-metoden syftar till:

- Att ge patienter med indikation på skadligt bruk och beroende (+15 poäng på AUDIT) ett underlag att bedöma hälsoeffekter av sin alkoholkonsumtion.
- Att ge vårdpersonal stöd att bedöma alkoholrelaterad ohälsa och om Hälsokoll alkohol inte är en tillräcklig åtgärd rekommendera lämplig behandling.

SJÄLVTEST MED FRÅGEFORMULÄR

Patienten fyller med fördel i Hälsokoll alkohol hemma i lugn och ro, räknar ut poäng och får därigenom direkt en feedback. Beroende på funktionsförmåga kan en del patienter behöva stöd att fylla i frågeformulären. Frågeformulären (som beskrivs mer utförligt nedan) består av:

- Alkoholkalender som visar konsumtionens storlek och dryckesmönster (TLFB)
- ICD-kriterierna för alkoholberoende
- AUDIT
- Alkoholens konsekvenser (SADD)
- Övriga levnadsvanor
- Motivation och önskemål om förändring

Självtestet Hälsokoll alkohol finns i bilaga 1.

KOMPLETTERA HÄLSOKOLL ALKOHOL MED DIAGNOSSPECIFIKA FORMULÄR

De alkoholspecifika formulären i självtestet Hälsokoll alkohol kompletteras med och sätts i relation till patientens poäng på skattningsformulär för den psykiatriska diagnos som föranlett kontakt vid en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Exempelvis patientens MADRS-poäng vid egentlig depression.

ÅTERKOPPLINGSAMTAL

När patienten kommer på detta besök har hen fyllt i formulär. Du har som underlag även lab-resultat från steg 1 i 15-metoden. Det är en stor fördel om en närstående är med vid besöket.

Gå kort igenom resultaten tillsammans med patienten och vad de innebär. Formulären innehåller en tolkhjälp, så patienten ser själv sina resultat. Därför kan du låta fokus ligga på patientens frågor.

- Alkoholkonsumtionen kan jämföras med gränsen för lågriskkonsumtion.
- Beroendekriterierna visar huruvida patienten är beroende, i vilken grad och på vilket sätt.
- Om det finns fler levnadsvanor som patienten vill förändra, kan det vara bra att göra detta samtidigt. De olika förändringarna kan stödja varandra.
- Alkohol i relation till symtombild och behandlingsprognos för aktuell psykiatrisk diagnos.

Fortsätt med en öppen fråga: "Vad vill du göra nu?" Informera om olika alternativ:

1. Om patienten vill fortsätta på egen hand: Erbjud självhjälpsmaterial som finns på www.riddargatan1.se och ett uppföljningsamtal.
2. Om patienten önskar behandling: Erbjud farmakologisk behandling och/eller kort KBT med MI-inslag (Guide till bättre alkoholvanor). Behandlingarna kan kombineras.

Om Hälsokoll alkohol visar ett svårt alkoholberoende (5-6 ICD-kriterier) i kombination med svår psykiatrisk problematik eller med skadligt bruk/beroende av andra substanser remitteras/hänvisas patienten troligen bäst till lokal beroendemottagning.

BESKRIVNING AV FORMULÄREN I HÄLSOKOLL ALKOHOL

1: Alkoholkalender

Metod: TLFB. Fyra veckors retrospektiv alkoholkalender

Time Line Follow Back, TLFB innebär att patienten efter bästa förmåga skriver ner sin alkoholkonsumtion retrospektivt dag för dag under den senaste månaden. Detta underlättas av att utgå från sin vanliga almanacka där man noterat händelser på jobbet och fritiden, helger, födelsedagar, ledighet och fester. Man kan behöva instruera patienten att ha gott om tid och vara noggrann. Alkoholkalendern visar då tydligt hur konsumtionen ser ut.

TOLKNING

Tre nyckeltal kan beräknas:

1. Glas/vecka. Lägg ihop samtliga glas för hela 4-veckorsperioden och dela med fyra. Det är **riskbruk i form av högkonsumtion** om konsumtionen överstiger:

Män: mer än 14 glas/vecka

Kvinnor: mer än 9 glas/vecka

Gräns för lågriskkonsumtion:

Mindre än 10 glas/vecka för både män och kvinnor.

2. Antal dagar med berusningsdrickande/månad. Summera antalet dagar med berusningsdrickande under 4-veckorsperioden. Detta visar frekvensen av **riskbruk i form av berusningsdrickande**. Berusningsdrickande definieras som:

Män, mer än 4 glas/tillfälle

Kvinnor, mer än 3 glas/tillfälle

Gräns för lågriskkonsumtion:

Mindre än 4 glas/tillfälle för både män och kvinnor.

3. Glas/dryckesdag. Lägg ihop samtliga glas för hela 4-veckorsperioden och dela med antalet dagar patienten druckit någon alkohol. Detta visar **genomsnittlig dryckesmängd de dagar man dricker**.

2: AUDIT

AUDIT har beskrivits under steg 1 i 15-metoden.

3: Beroende av alkohol?

Metod: ICD 10-kriterier för alkoholberoende

Patienten svarar på sex frågor, enligt ICD 10-kriterierna för alkoholberoende.

TOLKNING

De sex ja/nej-frågorna motsvarar diagnoskriterierna för beroende:

1. Sug: Starkt begär eller tvång att dricka alkohol
2. Kontrollförlust: Svårt att begränsa mängderna man dricker
3. Går ut över annat: Drickandet leder till att mindre tid ägnas åt arbete, fritidsintressen eller umgänge med andra
4. Tolerans: Större mängder alkohol för samma effekt som tidigare
5. Abstinens: Skakiga händer, svettningar eller oro när minskat eller slutat dricka
6. Kroppsliga eller psykiska besvär: Fortsätter trots att man vet att det påverkar hälsan

Antalet positiva svar på kriterierna antyder styrkan i beroendet. Man kan också notera om det är mest psykologiska eller fysiologiska kriterier som bejakas. Minst tre av sex kriterier ska vara uppfyllda under de senaste 12 månaderna för diagnosen alkoholberoende:

- 0-2 Inget beroende, men problem indikeras om 1-2 kriterier uppfylls
- 3-4 milt-måttligt beroende
- 5-6 svårare beroende (men stor individuell variation)

4: Beroendets svårighetsgrad

Metod: SADD (Short Alcohol Dependency Data)

SADD består av 15 frågor, och passar personer som söker hjälp för mildt eller måttligt beroende. Det är sensitivt vid olika sorters beroendeproblematik och relativt fritt från sociokulturell påverkan.

TOLKNING

0-9 poäng: låg grad av beroende, 10-19 poäng medium beroende, 20 eller mer: hög grad av beroende.

SADD tillsammans med antalet beroendekriterier och AUDIT-poäng ger en fylligare bild av svårighetsgrad.

5: Dina övriga levnadsvanor

Många vill passa på att förbättra flera saker i sin livsföring, när de ändrar sina alkoholvanor. Det kan till exempel gälla tobak, motion eller kost. Detta bör uppmuntras. Det kan ofta underlätta att ändra flera vanor samtidigt. Vår roll här är att informera och väcka intresse, men patienten är den som avgör om hen vill ha detta stöd.

Tobak

Nikotinet påverkar hjärnans beroendemekanismer och kan försvåra en minskning av alkoholkonsumtionen. Om patienten röker eller snusar, ge information och utred vad patienten själv tänker om vanan. Du kan använda dina och mottagningens resurser eller hänvisa till Sluta-Röka-Linjen, tel 020-84 00 00.

Läkemedel

Vissa läkemedel kan påverka och interagera med läkemedel mot alkoholberoende, framför allt gäller detta naltrexon och opioider. Användning av beroendeframkallande läkemedel kan försvåra förändring av alkoholvanor.

Fysisk aktivitet

Evidensen är stark för att fysisk aktivitet kan användas terapeutiskt vid såväl alkoholsug, ångest, depression och sömnstörning. Självförtroendet ökar när man blir starkare, och man får en aktivitet som fyller ut tiden, varför drickande får mindre plats. På www.fysss.se finns mer att läsa och förskrivning med FaR kan utnyttjas.

Kost

Här kan vi informera om tallriksmodellen och vikten av regelbundna matvanor. Det finns lämpliga broschyrer att dela ut och man kan remittera till dietist. Vi kan även informera om alkoholens höga kaloriinnehåll på 7 kcal/gram.

6: Dags för förändring?

Dessa frågor handlar om hur och varför patienten vill förändra samt om förändringsbenägenhet: Få gärna patienten att bekräfta och utveckla argument för en förändring, t.ex. "Vad är det som gör att det är så viktigt för dig att ändra dina vanor?" eller "Vad är det som talar för att du kommer att lyckas?".

DIAGNOSTIK

Att förstå arten av sin patients besvär är förstås centralt inom all vård. Alkoholproblem kan emellertid vara av vitt skiftande karaktär av det medicinska diagnossystemet. Medicinska alkoholdiagnoser kan därför bli trubbiga och upplevas stigmatiserande. Alkoholdiagnoser är också färskvara och måste omprövas om de satts för mer än ett år sedan. Diagnoser kan dock ibland vara viktiga för att andra vårdgivare ska ge rätt vård eller för att en problematik inte glöms bort. ICD-10 systemet är det vanliga inom vården. DSM-5 används inom psykiatri och i forskningssammanhang.

FAKTARUTA - DIAGNOSKODER

Z72.1 Alkoholbruk kan användas vid till exempel riskbruk eller där du inte kan ange beroendediagnos, men vill markera att det kan ha betydelse.

F10.1 Skadligt bruk av alkohol: Psykisk eller fysisk skada till följd av hög alkoholkonsumtion. Till exempel om en patient kommer för hälsokontroll och befins ha förhöjning av levertransaminaser som bedöms vara en följd av alkoholbruk.

F10.2 Alkoholberoende för patienter som samtidigt under de senaste 12 månaderna känt igen sig i minst 3 av 6 beroendekriterier.

F10.9 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, ospecificerade. Kan användas när alkohol ger stora negativa konsekvenser men du inte kan fastställa skadligt bruk eller alkoholberoende.

Steg 3: Behandling

Det tredje trappsteget i 15-metoden omfattar en behandlingsmeny med:

- I. Guide till bättre alkoholvanor (kort KBT-intervention med MI-inslag)
- II. Farmakologisk behandling
- III. Guide till bättre alkoholvanor som självhjälpsmaterial

Alternativen kan kombineras, valet av behandling utgår ofta från patientens preferenser.

I. GUIDE TILL BÄTTRE ALKOHOLVANOR

Guide till bättre alkoholvanor (GTBA) - fyra korta sessioner baserade på KBT och motiverande samtal. GTBA bygger på behandlingsmetoden Guided self change, som kombinerar enkel KBT med inriktning på motiverande samtal och kan utföras av flera professioner: läkare, sjuksköterskor, psykologer, skötare och kuratorer.

Samtalen kan vid behov genomföras på ca 20 minuter och har följande innehåll och ungefärligt tidsintervall mellan samtalen. Mellan samtalen arbetar patienten med hemuppgifter.

Vecka 1:	Samtal 1:	Nuläge. Bedömning och feedback. Målformulering
Vecka 3:	Samtal 2:	Risksituationer
Vecka 6:	Samtal 3:	Handlingsplan
Vecka 12:	Samtal 4:	Utvärdering. Återkoppling av biologiska markörer. Fortsatt självmonitorering av konsumtionen. Avslut

Hemuppgifter till Guide till bättre alkoholvanor i bilaga 2-5.

SAMTAL 1: TEMA NULÄGE. BEDÖMNING OCH FEEDBACK. MÅLFORMULERING

1. Rekapitulera nuläget

Rekapitulera Hälsokoll Alkohol, det vill säga resultatet av blodprov och frågeformulär med patienten. Gå kort igenom de olika delarna, vad de betyder och vad patienten tänker om det nu. Utforska, uppmuntra och förstärk patientens egna tankar om förändring. Patienten ska ha en sammanfattning av resultaten. Har du själv gjort denna Hälsokoll Alkohol nyligen så behövs bara en kort rekapitulation, men resultatet på nya blodprover kan vara intressant för patienten, om konsumtionen förändrats. Därutöver ger du information om de kommande besökens innehåll samt information om första hemuppgiften.

2. Hemuppgifter

Alkohol dagbok (bilaga 2)

Instruera patienten att registrera all alkoholkonsumtion översatt till standardglas per dag. Detta för att bli medveten om konsumtionsmängd, situationer som styr drickandet, samt att kunna jämföra sin konsumtion före och efter behandlingen.

Målsättning (bilaga 3)

Målet för alkoholkonsumtionen bör vara realistiskt för patienten och så konkret och specificerat som möjligt. Målen kan vara både konkreta (antal glas/vecka, eventuella undantag, aldrig dricka ensam etc.) eller ideella (inte behöva skämmas för barnen, kunna träna på lördagmornar etc.).

3. Boka ny tid om cirka 2 veckor

Uppmana patienten ta med sig de två ifyllda formulären till nästa återbesök. Beställ gärna blodprov som patienten tar strax före nästa besök, med syfte att ge återkoppling.

SAMTAL 2: Risksituationer

1. Genomgång av hemuppgifter

Alkohol dagbok

Börja med en kort genomgång av patientens alkohol dagbok. Är patienten själv nöjd? Fokusera på det som har gått bra.

Målsättning

Det är patienten som ska bestämma sitt mål så realistiskt som möjligt, du kan stödja och råda. Har patienten valt målet "måttligt drickande" ska detta definieras noggrant med exakta, väl genomtänkta gränser för konsumtionen (antal glas och frekvens). Samma konsumtion på semester och högtidsdagar? Regler för drickande i högrisksituationer? Man kan ha ett par olika tidsperspektiv, till exempel ett kortsiktigt mål, med en periods nykterhet.

Även om patienten själv väljer mål så är det viktigt att du som behandlare informerar och ger råd i relation till medicinska (exempelvis psykisk hälsa, leverskador, pågående magsår eller gastrit, graviditet) och sociala faktorer (relationer till familj och vänner).

Man kan be patienten ange på en VAS-skala hur viktigt det är att uppnå målet, och hur stor tilltro hen har till sin förmåga att genomföra detta.

Det är vanligt att man är osäker på om det fungerar med ett visst dryckesbeteende, men ändå vilja pröva om man klara av det. Det är också vanligt att målen ändras om patienten senare märker att de inte var realistiska.

2. Ny hemuppgift: Risksituationer och utlösande faktorer

Risksituationer (bilaga 4)

Patientens hemuppgift är att identifiera och skriva ner vilka dessa situationer och faktorer är. Risksituationer kan vara vissa människor, platser, händelser, känslor eller tankar som patienten ser ökar risken att hen dricker på ett sätt som inte är i linje med sin målsättning.

Alkoholdagbok

Patienten fortsätter att registrera i sin alkoholdagbok.

3. Boka ny tid om cirka 3 veckor

Uppmana patienten ta med sig alla dokument till nästa återbesök och understryk vikten av detta. Beställ gärna blodprov som patienten tar strax före nästa besök, med syfte att ge återkoppling.

SAMTAL 3: Handlingsplan

1. Genomgång av hemuppgifter

Alkoholdagbok i relation till målsättning

Gå igenom alkoholdagboken och uppmuntra det som gått bra. Kanske har patienten eller du några reflexioner kring varför det gick som det gick (oavsett om det var bra eller dåligt)? Önskar patienten justera sitt mål?

Risksituationer

Låt patienten beskriva sina risksituationer och vad som kan utlösa problemdrickande. Utgå gärna från alkoholdagboken och be patienten berätta om någon risksituation och hur den hanterades.

2. Ny hemuppgift: Alternativ och handlingsplaner

Handlingsplan (bilaga 5)

Hemuppgiften handlingsplan syftar till att hitta alternativ till att dricka alkohol i risksituationer. Olika risksituationer kan kräva olika handlingsplaner. Patientens skapar en "meny" av olika

alternativa beteenden att ta till vid varje risksituation. Påminn om att fortsätta använda alkoholdagboken.

3. Boka ny tid om cirka 4 veckor

Uppmana patienten ta med sig alla dokument till nästa återbesök. Beställ gärna blodprov som patienten tar strax före nästa besök, med syfte att ge återkoppling.

SAMTAL 4: Utvärdering och avslut

1. Genomgång av hemuppgifter

Alkohol dagbok i relation till målsättning

Börja med en avstämning av patientens alkoholdagbok i relation till patientens mål. Hur har det gått? Är patienten nöjd? Har patienten noterat samband mellan drickandet och yttre händelser, hälsa eller sitt psykiska mående. Även variationer i de biologiska markörerna kan relateras till konsumtionen.

Alternativ och handlingsplaner

Gå igenom patientens handlingsplan och ge vid behov stöd att tydliggöra planen. Målet är att patienten ska ha positiva alternativ till att dricka alkohol i de situationer som beskrivits som högrisksituationer.

2. Utvärdera mål och behandlingsresultat

Utvärdera resultaten tillsammans och i relation till patientens målsättning. Fråga patienten om hen anser sig behöva fler samtal, och kom i så fall överens om antal samtal och en målsättning med dessa.

3. Avsluta

Patienten får vid behov något ytterligare material med sig hem till exempel Guide till bättre alkoholvanor som självhjälp material. Uppmuntra patienten att återkomma vid behov, särskilt om det inte går bra. Boka in en uppföljning efter cirka tre månader och beställ blodprov att tas före besöket.

II. FARMAKOLOGISK BEHANDLING

- Socialstyrelsen rekommenderar med prio 1 (skala 1-10) naltrexon, akamprosot och disulfiram vid alkoholberoende. Nalmefen har prio 4 på grund av färre antal studier i det vetenskapliga underlaget.
- Disulfiram är effektivt för patienter som önskar avstå alkohol helt kortare eller längre perioder. Vid ordination av disulfiram behövs en lokal rutin för uppföljning av levervärden.
- Naltrexon, nalmefen och akamprosot är mycket lätta att ordinera. Studier på läkemedlen har gjorts på relativt svårt alkoholberoende patienter där målsättningen ofta har varit total avhållsamhet från alkohol. Detta förhållande har styrt texten i FASS. Klinisk erfarenhet visar dock att effekten är lika god hos patienter med lindrigare beroende som har som målsättning att minska sin konsumtion, men inte sluta att dricka helt. Detta gör läkemedlen mycket attraktiva för många personer med alkoholproblem.
- All personal bör ha viss kännedom om alkoholläkemedel för att kunna informera patienter om denna behandlingsmöjlighet. Sjuksköterskor kan vara aktiva i läkemedelsuppföljning.

Naltrexon och nalmefen

Klinisk effekt: Man dricker mindre (känner sig nöjd tidigare), dricker långsammare, får mindre sug och tankar på alkohol.

Mycket tyder på att genetiska faktorer gör att effekten av Naltrexon och nalmefen varierar från person till person. En uppskattning är att 30% av patienterna får god effekt ganska snabbt, medan lika många inte upplever någon effekt alls. I dessa fall finns inga hinder för att pröva akamprosot som alternativ.

Dosering naltrexon: 1 tablett (50 mg) dagligen eller vid behov. Ofta är det klokt att börja med lägre dos i några dagar. Lägre eller högre slutdoseringar förekommer. Hos patienter som till exempel bara dricker till helgen förskrivs ibland vid-behovsmedicinering, efter några veckors regelbunden behandling för att vänja sig vid behandling och säkert utvärdera effekt.

Biverkningar: Initialt illamående som går över på några dagar är mycket vanligt. Huvudvärk, oro och olust förekommer.

Dosering nalmefen: 1 tablett (18 mg) dagligen eller vid behov. Ofta är det klokt att börja med lägre dos i några dagar. Lägre eller högre slutdoseringar förekommer. Hos patienter som till exempel bara dricker till helgen förskrivs ibland vid-behovsmedicinering, efter några veckors regelbunden behandling för att vänja sig vid behandling och säkert utvärdera effekt.

Biverkningar: Initialt illamående som går över på några dagar är mycket vanligt. Huvudvärk, oro och olust förekommer.

Akamprosat (Campral, Aotal)

Klinisk effekt: Man får mindre sug och mindre tankar på alkohol.

Till skillnad från naltrexon tar det någon vecka innan steady state och god effekt inträder vid insättning av Akamprosat (Campral, Aotal). Ungefär 30% har god effekt av akamprosat medans det för ungefär lika många saknas klinisk effekt.

Dosering: Tre tabletter två gånger dagligen för patienter >60 kg, enligt FASS. Akamprosat absorberas mycket dåligt i tarmen vilket förklarar den stora tablettmängden. Högre doser förekommer inte sällan.

Biverkningar: Lös avföring och lätta bukproblem vanligast. Inga allvarliga biverkningar rapporterade.

Disulfiram (Antabus)

Klinisk effekt: Disulfiram (Antabus) påverkar omsättningen av alkohol i kroppen, och gör att man mår mycket dåligt av att dricka alkohol med antabus i kroppen. Det blir med detta lättare att vara nykter, då man vet att man inte kan dricka. Många patienter beskriver att de får mindre sug efter alkohol ("Det är ingen idé att tänka på alkohol eftersom jag ändå inte kan dricka"). Antabus kan användas även kortare perioder, till exempel vid resor, eller över midsommar.

Dosering: Doseringen av disulfiram (Antabus) kan justeras både uppåt och neråt. Individuell: 200 mg 2 ggr/vecka till 800 mg 2 ggr/vecka. Kan ges dagligen, rutin för intag viktigt. Stöd för intag av närstående/chef/sjuksköterska/etc. är viktigare ju längre behandlingen pågår.

Kontraindikation: Svår leversjukdom, demenssjukdom och hjärnskador. Alkoholen ska ha gått ur kroppen innan start. Lätt förhöjda levervärden (till exempel dubbla övre referensvärdet) är inget absolut hinder för behandling, men ska följas noga. Om förhöjningen var alkoholorsakad sjunker den regelmässigt.

Biverkningar: Vanligt med lätta biverkningar som trötthet, lös mage, metallsmak, huvudvärk. Allvarlig neuropati förekommer. Sällsynt men allvarlig leverbiverkan föranleder att transaminaser ska kontrolleras före och under behandling. Lätt stegring av transaminaser förekommer, men inget hinder för fortsatt behandling.

Allmänt om läkemedelsbehandling

Som vid all läkemedelsbehandling ska uppföljning ske och effekten utvärderas. Saknar läkemedlet effekt så ska det sättas ut och annan behandling prövas. Doser kan behöva justeras och leverprover följas. Förutom att leverprov (transaminaser och GT) kan behöva följas av medicinska skäl, så har det en mycket stor psykologisk effekt att få återkoppling på hur de stiger och sjunker (oftast inom referensintervall) beroende på alkoholkonsumtionens storlek. Kontinuitet i kontakten är en stor fördel för följsamhet.

En enkel skiss för korta läkemedelsuppföljningar (15 minuter):

- Har du hittat en bra rutin för läkemedelsintaget?
- Har du någon biverkan?
- Hur hjälper läkemedlet dig?
- Ge feedback på lab-prover.
- Ge positiv förstärkning för framsteg.
- Fortsätta läkemedel? Boka återbesök och lab-prover.

III. SJÄLVHJÄLPSMATERIAL

Självhjälp genom självhjälpsmaterial har en likvärdig eller större behandlingseffekt än omfattande behandling vid måttlig problemtynghet. Digitalt självhjälpsmaterial via 1177 som du som vårdpersonal kan göra tillgängligt för dina patienter för att sedan följa upp i kommande vårdkontakter.

Guide till bättre alkoholvanor som självhjälpsmaterial (första sidan) i bilaga 6.

Uppföljning

Ett uppföljande möte (eller uppföljning per telefon) bör ske tre månader efter avslutad läkemedels- eller samtalsbehandling. Patienten kan med fördel erbjudas att göra om *Hälsokoll Alkohol* i syfte att utvärdera sina framsteg. Får ni inte kontakt efter tre månader så sänd ett brev där du erbjuder uppföljning. Avsikten med uppföljningen är att:

- Motivera patienten att följa sin plan
- Förstärka positiva hälsokonsekvenser av minskad alkoholkonsumtion till exempel leverprov, minskad ångest eller nedstämdhet.
- Kunna erbjuda ytterligare behandling och stöd om det behövs.
- Medvetandegöra att patienten är välkommen och att du tar hens problem på allvar.

Behöver du mer information om behandlingsmetoderna, eller har du frågor om något i den här handboken? Gå in på www.riddargatan1.se
Finns inte informationen där är du välkommen att maila eller ringa oss.

Referenser och lästips

Andréasson S, Hansagi H, Österlund B (2002). Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice - a randomized, controlled trial. *Alcohol*. 2002;28(1):57-62.

Boniface, S et al. (2018). The Effect of Brief Interventions for Alcohol Among People with Comorbid Mental Health Conditions: A Systematic Review of Randomized Trials and Narrative Synthesis. *Alcohol and Alcoholism*, 2018, 53(3) 282–293.

Gordon, A. (2008). Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician Drug and Alcohol Services South Australia.

Hester RK, Squires DD, Delaney HD (2005). The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(2):159-69.

Missbruksutredningen (2011). Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret: slutbetänkande. *Stockholm: Fritzes*.

Priester, M-A et al. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Substance Abuse Treatment* 61; 47–59.

Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:1300-1311.

Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB, et al (1996). Fostering self-change among problem drinkers: a proactive community intervention. *Addict Behav*. 1996;21(6):817-833.

Socialstyrelsen (2019). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stöd för styrning och ledning. *Stockholm: Socialstyrelsen*.

Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. *Stockholm: Socialstyrelsen*.

Tucker JA, Simpson CA (2011). The recovery spectrum. From self-change to seeking treatment. *Alcohol Research & Health*. 2011;33(4):371-379.

UKATT Research Team (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005;331:541-544.

Wallhed Finn, Hammarberg & Andréasson (2018). Treatment for alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist treatment - a randomised controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 53(4) 376-385.

Wallhed Finn, Andréasson & Hammarberg (2020). Treatment of alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist treatment: 12 month follow up of a randomized controlled trial, with trajectories of change. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. J Stud Alcohol Drugs. 2020 May;81(3):300-310.

Wallhed Finn, Andréasson, Hammarberg & Jirve (2021). Treating alcohol use disorders in primary care – a qualitative evaluation of a new innovation: the 15-method. *Scandinavian journal of primary health care*, 2021-01-02, Vol.39 (1), p.51-59

Wallhed Finn S, Bakshi A-S, Andréasson S (2014). Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Substance Use & Misuse*. 2014;49(6):762-769.

Wåhlin S (2015). Alkohol – en fråga för oss i vården. 2:a rev och utökade upplagan. *Lund: Studentlitteratur*.

Bilagor

BILAGA 1 - HÄLSOKOLL ALKOHOL

Framsida

- 1. Ditt dryckesmönster**
- 2. Alkoholproblem översikt**
- 3. Alkoholberoende**
- 4. Alkoholens konsekvenser**
- 5. Dina övriga levnadsvanor**
- 6. Förändring?**

GUIDE TILL BÄTTRE ALKOHOLVANOR:

Bilaga 2 - Alkoholdagbok

Bilaga 3 - Målsättning

Bilaga 4 - Risksituationer

Bilaga 5 - Handlingsplan

BILAGA 6 - SJÄLVHJÄLPSMATERIAL

HÄLSOKOLL ALKOHOL FRÅGEFORMULÄR MED SJÄLVTEST

DATUM:

NAMN:

PERSONNUMMER:

Här följer ett antal frågeformulär om din alkoholsituation, ditt hälsotillstånd, dina övriga levnadsvanor och dina tankar angående förändring. Syftet är dels att du själv ska få en tydligare bild av hur din nuvarande situation ser ut, och dels att få ett underlag för en bedömning av dina behov. Med detta som grund ska vi sedan gemensamt komma fram till vilket stöd och behandling som passar dig bäst.

OBS:

Fyll i formulären snarast. Det är mycket viktigt att du fyller i formulären noggrant. Se till att du har gott om tid.

Bilaga 1 – Hälsokoll alkohol

1. DITT DRYCKESMÖNSTER

SYFTE:

Att ge en bild av alkoholmängder och dryckesmönster. Läs instruktionen noga och fyll i formuläret fullständigt. Alkoholmängder anges i form av **standardglas**, "glas", som definieras nedan.

INSTRUKTIONER:

- Ta fram din almanacka. Med hjälp av händelser, såsom helgdagar, fester, resor; kulturella evenemang etc. är det lättare att komma ihåg hur du har druckit lite längre tillbaks.
- Försök erinra dig vilka dagar du druckit alkohol. Börja med föregående vecka, gå därefter bakåt i tiden, en vecka i taget. Vecka 1 är förra veckan, vecka 2 är veckan dessförinnan osv.
- Mät hur mycket ditt vanliga glas rymmer. **Översätt det du druckit till standardglas**; "glas" i figur nedan. Skriv i hur många "glas" du druckit för varje dag. Har du inte druckit skriver du 0.
- Har du ändrat dina vanor nyligen så ange i stället hur du brukade dricka.

MED ETT GLAS MENAS:



VECKA	MÅNDAG	TISDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG	LÖRDAG	SÖNDAG	ANTAL GLAS/V.
1 (förra veckan)								
2								
3								
4								

Antal glas för hela perioden:

Beräkna följande nyckeltal:

Antal glas per vecka (i genomsnitt): Dela antalet glas för hela perioden med 4:

Antal glas per dryckesdag (i genomsnitt): Räkna antalet dagar som du druckit någon alkohol: dagar.

Delat antalet glas för hela perioden med antalet dagar som du druckit någon alkohol:

Antal dagar med storkonsumtion (på 4 veckor):

(Kvinna) Dagar då du druckit 4 eller fler glas dagar

(Man) Dagar då du druckit 5 eller fler glas dagar

VAD BETYDER MINA SVAR?

Högrekonsumtion: Att dricka mer än 14 glas (män)/ 9 glas (kvinnor) per vecka betraktas som riskbruk.

Intensivkonsumtion: Att dricka mycket vid ett tillfälle är också ett riskbruk. Riskbruk medför att risken för skadliga komplikationer är tydligt förhöjd. Olika mönster i drickandet kan ha olika hälsokonsekvenser.

Bilaga 1 – Hälsokoll alkohol

2. ALKOHOLPROBLEM - ÖVERSIKT

SYFTE:

Detta är ett ofta använt test som ger en sammanfattande bild av konsumtion och alkoholkonsumtion och relaterade problem.

INSTRUKTIONER:

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor det senaste året. Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig



FRÅGOR

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig 0	1 gång/mån el. mer sällan 1	2-4 ggr/mån 2	2-3ggr/vecka 3	4 ggr/vecka el. mer 4
2. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 glas 0	3-4 glas 1	5-6 glas 2	7-9 glas 3	10 glas el. mer 4
3. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig 0	Mer sällan än 1 gång/mån 1	Varje månad 2	Varje vecka 3	Dagligen el. nästan varje dag 4
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig 0	Mer sällan än 1 gång/mån 1	Varje månad 2	Varje vecka 3	Dagligen el. nästan varje dag 4
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig 0	Mer sällan än 1 gång/mån 1	Varje månad 2	Varje vecka 3	Dagligen el. nästan varje dag 4
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig 0	Mer sällan än 1 gång/mån 1	Varje månad 2	Varje vecka 3	Dagligen el. nästan varje dag 4
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig 0	Mer sällan än 1 gång/mån 1	Varje månad 2	Varje vecka 3	Dagligen el. nästan varje dag 4
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig 0	Mer sällan än 1 gång/mån 1	Varje månad 2	Varje vecka 3	Dagligen el. nästan varje dag 4
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej 0	Ja, men inte under det senaste året 2		Ja, under det senaste året 4	
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej 0	Ja, men inte under det senaste året 2		Ja, under det senaste året 4	

Summa poäng:

VAD BETYDER MINA SVAR?

Räkna ihop dina poäng. Kvinnor med mindre än 6 poäng, och män med mindre än 8 poäng = troligen inga problem.
Kvinnor med mer än 14 poäng och män med mer än 16 poäng = problematiska alkoholvanor; troligen föreligger alkoholrelaterad diagnos.

AUDIT - Alcohol Use Identification Test

Bilaga 1 – Hälsokoll alkohol

3. ALKOHOLBEROENDE

SYFTE:

Alkoholberoende kan yttra sig på olika sätt. Följande sex frågor beskriver olika aspekter av alkoholberoende.

INSTRUKTIONER:

Frågorna gäller hur det sett ut för dig senaste 12 månaderna.

- 1 Känner du ett starkt begär, ofta sug, stark längtan eller ett tvång att dricka alkohol?
 Nej Ja
- 2 Har du svårt att kontrollera drickandet, t.ex. dricker mer än du hade tänkt från början, eller svårt att sluta dricka?
 Nej Ja
- 3 Prioriterar du alkoholen så att andra viktiga aktiviteter blir lidande, t.ex. arbetet, fritidsintressen eller att umgås med andra?
 Nej Ja
- 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?
 Nej Ja
- 5 Har det hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att du minskat eller slutat dricka?
 Nej Ja
- 6 Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?
 Nej Ja

VAD BETYDER MINA SVAR?

Har man tre eller fler ja-svar föreligger troligen alkoholberoende.

Ju fler ja-svar desto högre grad av alkoholberoende.

Alkoholberoende enl. ICD-10

Bilaga 1 – Hälsokoll alkohol

4. ALKOHOLENS KONSEKVENSER

SYFTE:

Att få en bild av svårighetsgraden vid alkoholberoende och andra alkoholproblem.

INSTRUKTIONER:

Läs igenom varje fråga noggrant, men fundera inte alltför länge innan du svarar.

Frågorna gäller dina dryckesvanor **den senaste tiden**. Ringa in det alternativ som du tycker passar bäst.

FRÅGOR	ALDRIG	IBLAND	OFTA	NÄSTAN ALLTID
1. Är det svårt för dig att sluta tänka på alkohol?	0	1	2	3
2. Är det viktigare för dig att fortsätta dricka än att äta?	0	1	2	3
3. Planerar du din dag efter när och var du kan dricka?	0	1	2	3
4. Dricker du på morgonen, på eftermiddagen och på kvällen?	0	1	2	3
5. Dricker du för att uppnå en viss effekt, utan att bry dig om vad du dricker?	0	1	2	3
6. Dricker du så mycket du vill utan att ta hänsyn till vad du ska göra nästa dag?	0	1	2	3
7. Dricker du för mycket trots att du vet att många problem kanske orsakas av alkohol?	0	1	2	3
8. Vet du om att du omöjligt kan sluta dricka när du väl har börjat?	0	1	2	3
9. Försöker du kontrollera ditt drickande genom att hålla upp helt och hållet under några dagar eller veckor i taget?	0	1	2	3
10. Behöver du en återställare för att komma igång morgonen efter en kväll då du har druckit mycket?	0	1	2	3
11. Skakar dina händer så att andra kan se det efter en kväll då du har druckit mycket?	0	1	2	3
12. Vaknar du och kräks efter att ha druckit mycket?	0	1	2	3
13. Försöker du undvika andra människor morgonen efter en kväll då du druckit mycket?	0	1	2	3
14. Efter att ha druckit kraftigt ser du då skrämmande saker som du sedan upptäcker bara var inbillning?	0	1	2	3
15. Händer det att du efter att ha druckit inte kommer ihåg vad som hänt?	0	1	2	3

Summa poäng fråga 1-15:

VAD BETYDER MINA SVAR?

Total summa 1-9 poäng talar för låg grad av beroende, total summa 10-19 poäng talar för medelberoende, total summa 20 poäng eller högre talar för hög grad av beroende.

SADD - Short Alcohol Dependence Data Questionnaire

5. DINA ÖVRIGA LEVNADSVANOR

SYFTE:

Kanske finns det något annat än alkohol som du funderat på att förändra? Ofta är det bra att förändra detta samtidigt som du ändrar alkoholvanorna. Det kan underlätta och stödja en förändring av alkoholvanor.

1 TOBAK

Röker eller snusar du? I så fall hur mycket?

.....

2 DROGER

Använder du några droger, förutom alkohol och tobak?

I så fall, vilka:

.....

3 LÄKEMEDEL

Har du de senaste 30 dagarna använt lugnande läkemedel t.ex. Stesolid, Sobril, Oxascand (bensodiazepiner), eller starka värktabletter:

.....

4 FYSISK AKTIVITET

Motionerar eller tränar du?

.....

5 KOST OCH MÅLTIDSVANOR

Bedömer du att du har bra kostvanor?

.....

Är du nöjd med dina övriga levnadsvanor, eller är det något du vill förbättra?

Behöver du stöd i en förändring?

.....

.....

.....

Bilaga 1 – Hälsokoll alkohol

6. FÖRÄNDRING?

Försök beskriva kort varför och hur du vill förändra dina alkoholvanor. Så konkret som möjligt.

Vad har du för tankar om dina alkoholvanor just nu?

.....

.....

.....

Varför vill du förändra dina alkoholvanor?

.....

.....

.....

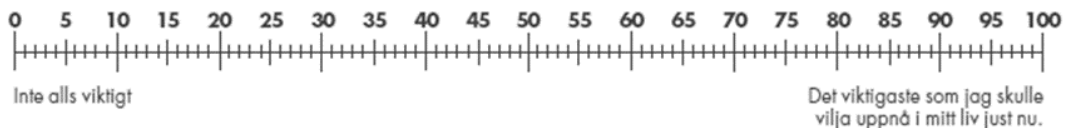
Har du tankar på att vara helt nykter en kortare eller längre tid?

Hur vill du att dina alkoholvanor ska se ut framöver?

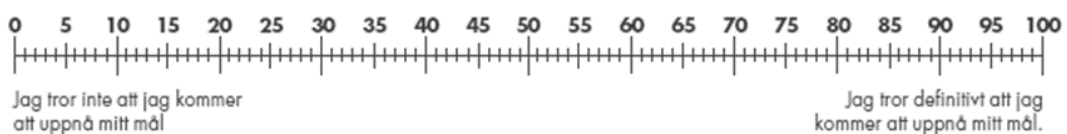
.....

.....

Just nu, hur viktigt är det för dig att uppnå ditt uppgivna mål?



Just nu, hur säker är du på att kunna uppnå ditt uppgivna mål?



Bilaga 2 – Alkoholdagbok

DRYCKESKALENDER 12 veckor

Notera hur många enheter (standardglas) du dricker varje dag och summera antalet för hela veckan. Försök att översätta det du druckit till antal standardglas. Ett standardglas innehåller 12 gram alkohol. Varje enhet i figuren nedan är ett standardglas:



Vill du vara extra noggrann så mät upp hur mycket ditt vinglas rymmer och ange antal standardglas enligt guiden nedan:

Om vinet innehåller ca 10 % alkohol är ett standardglas 15 cl och en flaska vin (75 cl) rymmer 5 glas
 Om vinet innehåller ca 12,5 % alkohol är ett standardglas 12 cl och en flaska vin (75 cl) rymmer 6 glas
 Om vinet innehåller ca 14 % alkohol är ett standardglas 11 cl och en flaska vin (75 cl) rymmer 7 glas

Vecka	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag	Summa antal glas per vecka
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

© S.W. 2015

Bilaga 3 – Målsättning

MIN MÅLSÄTTNING



Namn: _____

Under perioden _____

kommer jag att inte dricka alls dricka mindre

Om du väljer dricka mindre fyll i följande fyra meningar:

Under de dagar då jag dricker kommer jag inte att dricka mer än _____ per dag.

Under en vecka kommer jag inte dricka mer än _____ glas under _____ dagar.

Jag avser att dricka enbart under följande omständigheter:

Jag avser att **inte** dricka alls under följande omständigheter:

Just nu, hur viktigt är det för dig att uppnå ditt mål?

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Inte alls Det viktigaste
viktigt som vill uppnå

Just nu, hur säker är du på att kunna uppnå ditt mål?

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Jag tror inte att Jag tror definitivt att
jag kommer att jag kommer att
uppnå mitt mål uppnå mitt mål

Vad är de viktigaste anledningarna för att du vill förändra din alkoholkonsumtion enligt det mål du har satt?

ridderatan1.se

Bilaga 4 – Risksituationer



Risksituationer

Dessa kan vara antingen yttre som platser, personer, händelser eller inre som tankar, känslor, alkoholbegär eller kroppsliga reaktioner

Skriv ner dina tre vanligaste yttre risksituationer:

1. _____
2. _____
3. _____

Skriv ner dina tre vanligaste inre risksituationer:

1. _____
2. _____
3. _____

Kan du se något mönster i vad som utlöser din problematiska alkoholkonsumtion i samband med dessa situationer?

Bilaga 5 – Handlingsplan

MIN HANDLINGSPLAN			
Vad kan du göra för att bemöta eller hantera risksituationer och utlösande faktorer på ett sätt som underlättar för dig att hålla dig till din målsättning?			
RISKSITUATION	ALTERNATIV	PLANERING	HINDER
	Vad kan du göra istället? Skriv gärna ner flera alternativ.	Vilka steg behöver du ta för att förbereda och genomföra dina alternativ? När ska du göra de olika stegen?	Vad skulle kunna försvåra för dig genomföra din plan? Hur kan du göra för att hantera dessa hinder?

riddargatan 1.se

BILAGA 6 - SJÄLVHJÄLPSMATERIAL

Handwritten text area with horizontal lines and a central title box.

**GUIDE
TILL BÄTTRE
ALKOHOLVANOR**

GUIDE TILL BÄTTRE ALKOHOLVANOR SOM SJÄLVHJÄLPSMATERIAL finns tillgängligt på www.riddargatan1.se