

Om att arbeta med  
Socialstyrelsens Nationella  
riktlinjer för sjukdoms-  
förebyggande metoder.



# Samtal om alkohol

Strukturerat arbete inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin



Svenska  
Läkaresällskapet



Vad är egentligen normalt?

Hela 61,7 procent av jordens alla vuxna dricker inte alkohol alls.

Det är i de fromma kristna traditionerna som konsumtionen är högst. Europa i topp. Östeuropa är i topparnas topp.

# Strukturerat arbete med riskbruk av alkohol inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin

Cirka 15 % av den vuxna svenska befolkningen har ett riskabelt alkoholbruk.

Personer med riskbruk av alkohol har förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och för tidig död. Att berusningsdricka, d.v.s. dricka mycket på en gång, ökar risken för dels akuta effekter (olycksfall, våld och sociala problem) dels psykiska störningar. Den som däremot har vanan att dricka alkohol mer eller mindre dagligen, så att det totalt blir stora mängder har en påtagligt ökad risk för kroniska sjukdomar som exempelvis hypertoni, hjärt-kärlsjukdom, cancer eller leversjukdom.

## **Skador för andra**

Även andra personer än alkoholkonsumenten själv kan drabbas. Analogt med passiv rökning så finns även alkoholskador för annan part. Det innefattar exempelvis olyckor, misshandel, misshandling av barn, fosterskador, egendomsskador, produktionsbortfall, relationskonflikter, och kanske allra vanligast, otrygghet och rädsla

– exempelvis att man inte vågar gå ut på kvällar och eller oro för partners drickande. Detta drabbar kvinnor i större utsträckning än män. I en stor undersökning, som refereras i en WHO-rapport, värderas denna skada för annan vara hela 30 procent större än direkta hälsoskador på alkoholkonsumenterna.

## **Smal gräns**

Gränsen mellan ett gott socialt drickande och berusningsdrickande kan vara smal

Man mår bra, dopamin och endorfin flödar. Samvaro blir trevligare, social samvaro enklare. 0,6-0,8 promille är optimal festnivå för många. Vi får inte mer dopamin eller endorfin vid högre promille. Varför dricker vi ibland mer, och lite för mycket? Jo, de första glasen var ju så bra, då blir väl nästa glas också bra. Enkel logik?! Fungerar för den alkoholphäverade i alla fall.

# Starta samtal

Det kan finnas flera medicinskt relevanta skäl för oss att vilja diskutera alkohol med vår patient.

1. En vanlig situation är att patienten söker för något besvär som han eller hon själv inte sätter i samband med alkohol. Men vi vet att alkohol ibland kan påverka sjukdomen eller ha betydelse för dess behandling. Då måste vi se till att få frågan på bordet och få patienten med oss i att detta är en viktig sak att prata om. Då är det vi som ser skäl och tar initiativ till att samtalet kommer till stånd som en del i utredningen.
2. En helt annan situation är när patienten upplever att hon är på väg att få en riskabel konsumtion, eller redan dricker för mycket. Då är det patienten som tagit initiativ och vill diskutera frågan med oss.
3. En vanlig situation inom företagshälsovården är när den anställde kommer för ett samtal om levnadsvanor, kanske som en uppföljning på en provtagning vid hälsoundersökning eller efter att ha svarat på några enkätfrågor om alkoholkonsumtion.
4. Som myndighets-/ arbetsgivarföreträdare

## **Att få frågan på bordet när patienten söker för annat**

Utred: Har patienten själv märkt samband med alkohol?

*– Har du själv märkt om besvären förvärras/förbättras om du någon gång dricker alkohol?*

Alkohol är sällan den enda faktorn som påverkar ett symtom, utan en av flera där vi utforskar samband. Förutom patientens konkreta svar, antyder reaktionen på frågorna patientens relation till alkohol och om det är en öm tå.

Informera: Informera patienten om samband  
När man väl kommit fram till en diagnos och ska informera om tillståndet har man ytterligare ett bra tillfälle att diskutera alkohol på ett patientcentrerat sätt.

*– Vad vet du själv om sjukdomen och vad som kan förvärra den?*

Dörren är öppen för information om olika faktorer där alkohol troligtvis bara är en av många.

*– Vad tänker du om det jag har sagt? Är det något av detta som kanske har betydelse för dig?*

Bra förklaringsmodeller är viktiga för trovärdigheten. Om vi påstår att alkohol kan påverka vill patienten förstå varför alkohol påverkar, inte bara få ett påstående om att det påverkar.

*– Gikt kan bero på en ärftlig förhöjning av urinsyrahalten i blodet. Övervikt och alkohol kan bidra till ytterligare höjning*

Även om patienten inte vill fördjupa sig i sina alkoholvanor och man inte lyckas helt med ett öppet samtal, har man säkerligen väckt tankar i de fall det är befogat. Och det räcker långt!

Det är viktigare att patienten blir medveten om alkoholens betydelse än att vi exakt känner till vanorna.



# Informera i dialog

## Ge information om behandling

Detta är ofta det allra bästa tillfället eftersom många patienter känner motstånd mot medicinering och gärna vill hitta alternativ.

Vid ett riskbruk av alkohol eller vid ett lättare beroende är det ofta lätt att ändra alkoholvanor. Många har slentrianmässiga alkoholvanor, och blir man påmind om risker och nackdelar för hälsan så ändrar de flesta gärna sina dryckesvanor.

I exemplet ovan rörande gikt kan samtalet fortsätta sålunda:

– *Behandlingen av gikt kan bestå av ... (byte av giktprovocerande läkemedel, viktnedgång, ändrad kost, minskat alkoholintag, NSAID, allopurinol)...*

– *Tabletter kan ju också hjälpa, men finns det något av det andra du vill pröva först för att slippa tabletter?*

## Resonera om individuell känslighet

För läkemedel är det självklart att det finns biverkningar som drabbar en del individer men inte andra, och det är lika självklart att olika individer kan få vitt skilda biverkningar av samma läkemedel. I regel vet vi inte orsaken. I detta sammanhang kan alkohol mycket väl jämföras med läkemedel. Det är ju en biologiskt och farmakologiskt aktiv substans. Etanol är dessutom, till skillnad från läkemedel, en substans som påverkar de flesta organsystem. Det kan ibland vara mycket pedagogiskt att resonera med sin patient utifrån detta och förklara att han hör till dem som reagerar lite annorlunda och tyvärr får denna biverkan av alkohol.

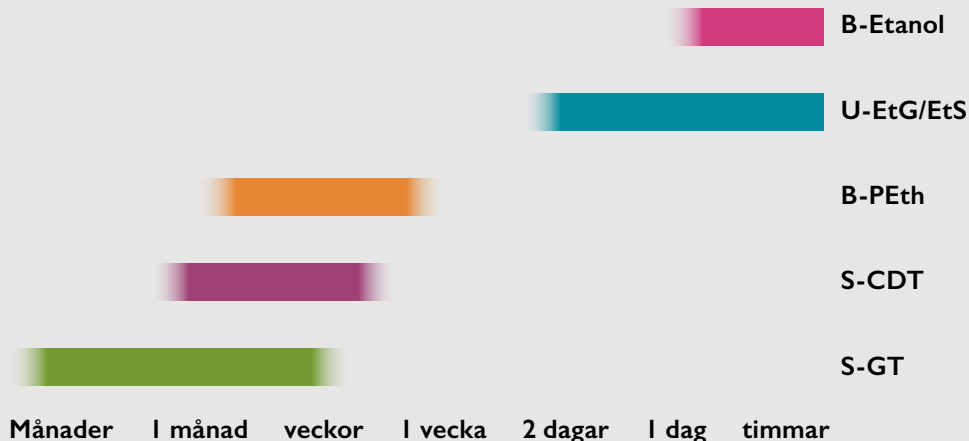
– *Du tycks ha en extra känslig lever/blodtryck/magsäck etc.*

Fördelen är att patienten befrias från skuld: han eller hon är ingen dålig människa som dricker för mycket. Tvärtom är patienten drabbad av att vara extra känslig. Patienten kan därmed också slippa en granskning av sin konsumtion. Samtidigt slipper doktorn gissa om patientens uppgifter om konsumtionen är sanna, eller ens fråga om konsumtionens storlek. Det finns inget säkert bevis för att verifiera den ökade organ-känsligheten. Däremot finns ett intressant levande test som kan visa om den ökade känsligheten är trolig.

## Låt patienten testa om samband finns med "Halveringstestet"

De patienter som blir medvetna om att det finns ett samband mellan besvär och alkoholvanor ändrar ofta sin vana av sig själva, såvida de inte har ett svårt beroende. Om patienten inte märkt samband eller är osäker, kan man föreslå ett test eller ett gemensamt experiment. Testet innebär att minska alkoholförbrukningen under ett antal veckor, åtminstone två, men gärna fyra eller sex. Minskningen kan bestå av halverad konsumtion eller helnykterhet beroende på vad patienten tycker är rimligt. Halverad konsumtion brukar inte vara något problem under en begränsad tid. Därefter bokas återbesök för att utvärdera om det aktuella symtomet, besväret eller provresultatet förbättrats. Det pedagogiska värdet är massivt om det skett en förbättring, men stort även om så inte är fallet.

## TIDSFÖNSTER FÖR OLIKA ALKOHOLTESTER



Ungefärligt tidsfönster för olika alkoholtester.

Copyright Anders Helander, Karolinska Universitetssjukhuset

### Biologiska markörer

Etanol i utandningsluft och blod visar aktuell alkoholpåverkan. För att upptäcka alkoholintag de senaste dagarna rekommenderas U-EtG och U-EtS. Båda är direktmetaboliter av etanol som finns kvar längre i kroppen än etanolen själv. GT, ALAT, ASAT, MCV och triglycerider är vanliga blodprov, som alla kan påverkas av såväl alkohol som flera andra tillstånd. Sensitivitet och specificitet är mycket låg för dessa tester. Hög alkoholspecificitet har konsumtionsproven CDT och B-PEth. Det sistnämnda har också hög sensitivitet.

Patologiska leverprov eller ett högt MCV kan väcka vår uppmärksamhet och erbjuda en naturlig utgångspunkt för ett alkoholsamtal. Det blir ju naturligt att diskutera möjliga orsaker till förhöjningen. Kan förhöjningen ha samband med det symtom patienten söker för?

Eller kan det finnas andra orsaker? Därvidlag är "halveringstestet" ett bra hjälpmedel. Patienten minskar sin konsumtion till minst hälften under tre till fyra veckor och tar sedan om leverproverna. Då vet man (det vill säga patienten i första hand vet) om alkohol bidragit till förhöjningen eller inte. Blodproven får ett pedagogiskt värde som återkoppling till patienten. Den individuella variationen för alkoholens påverkan på proven är stor, varför mer exakt mängdanamnes inte behöver vara relevant för detta. Att doktorn påstår "din lever tycks vara lite extra känslig!" kan förhindra en känsla av misstroende i de fall patienten själv inte tror sig vara högkonsument. Målsättningen behöver inte vara att doktorn ska få reda på sanna förhållanden, utan att få till stånd en beteendeförändring hos patienter med riskabelt eller skadligt alkoholbruk.





## Skam – en vanlig fallgrop

Det finns stark evidens för att kort rådgivning om alkohol har mycket god effekt. Skuldbeläggning är emellertid en vanlig fallgrop, då det medför försvar, förnekande och slut på diskussionen. Alkohol är ett känsligt ämne för många, varför minsta antydning om missbruk eller alkoholproblem kan medföra försvarsattityd. Ordens makt är stor. Termer som ”riskabel konsumtion”, ”konsumtion vid gränsen” är betydligt mindre laddade än termerna missbruk och alkoholism, som antyder dålig karaktär och socialt misslyckande och därför bör undvikas.

Man kan också betona hälsoproblemets multifaktoriella genes, där alkohol är en av många bidragande orsaker, ”den lilla tuvan som välter lasset”. Ytterligare en taktik för att minska risken för att generera skam är att generalisera, det vill säga prata om hur det brukar vara:

*– En del forskare anser att alkohol är en ganska vanlig orsak till diarré.*

Du behöver oftast inte fråga hur mycket patienten dricker. Synsättet att patientens egen förståelse är viktigare än doktors kan ses som en positiv form av distanserande förhållningssätt. Ett alternativ till att fråga hur mycket en patient dricker är att i stället fråga om patientens syn på sina alkoholvanor.

*– Är du själv nöjd med dina alkoholvanor, eller har det hänt att du funderar på att dra ner?*

Detta är en mycket bra fråga, där man visar respekt för patientens förmåga att hantera alkoholen.

### Att kartlägga konsumtionen grundligare

Ibland kan det finnas skäl att utreda konsumtionens omfattning och dryckesmönster. Särskilt om patienten funderar på sin konsumtion och vill förändra eller funderar på om hon borde förändra. Tekniken time line follow back (TLFB) innebär ett par veckors eller ett par månaders retrospektiv kartläggning av konsumtionen enligt:

– När drack du någon alkohol senast? Vad drack du då? Hur mycket?

Därefter upprepas frågan:

– Och gången innan detta, när var det? Vad drack du? Hur mycket?

Patienten går således igenom almanackan baklänges och påminner sig dryckestillfällena med hjälp av vad man gjorde. Enklast är om patienten får i uppgift att göra detta själv hemma mellan två besök. Detta förfarande ger en mycket bra bild av konsumtionen, och det är faktiskt inte så svårt att påminna sig dryckestillfällena som det kanske låter. Det är ofta patienter förvånas över sina slentrianmässiga dryckesvanor, och ändrar dem bara av denna insikt.

Ett annat sätt att kartlägga konsumtionen är genom en prospektiv kartläggning med alkoholdagbok, en s.k. alkonacka. Där registrerar patienten all konsumtion och översätter de olika dryckesslagen till exempelvis standardglas. Patienten ska sedan själv kunna värdera sin konsumtion genom att jämföra med t.ex. genomsnittskonsumenten i Sverige eller med vad som anses som riskkonsumtion. Patienten tar sedan med alkonackan vid nästa återbesök för att gemensamt diskutera kring den.

### Att kartlägga konsekvenser av drickandet

De konsekvenser som alkoholen orsakat kan vara såväl psykologiska, sociala som medicinska. Alkoholen har uppenbara fördelar, annars skulle man ju inte dricka. Skälet att man vill ändra alkoholvanorna är alkoholens negativa konsekvenser. Det är dessa som är drivkrafter till förändring. Därför är det viktigt att kartlägga dem. De flesta nackdelar är patienten troligen mer eller mindre medveten om själv. Andra negativa konsekvenser kan vara leverskador eller andra medicinska skador eller risker som patienten inte är medveten om. Anamnesen kan efterfråga sömnstörning, nedstämdhet, oro och ångest, energilöshet och potensproblem. En vanlig negativ konsekvens är att man märker att man inte har full kontroll utan är beroende fast man inte vill detta. Därtill finns ju de negativa konsekvenserna med en orolig och missnöjd partner som skäms och inte är trygg. Många lider också av att inte vara en bra förebild för sina barn eller att man inte orkar engagera sig som man vill, då man väljer alkoholen.

### Att kartlägga mål och medel

Oavsett hur en patient dricker nu och vilka konsekvenser det medfört, är nog ändå det viktigaste vad patienten har för mål för sitt drickande och vilka tankar han eller hon har om att nå dit. Oavsett vilket mål man har är det viktigt att tydliggöra detta inför nästa övervägande, som handlar om hur man ska nå sina mål. Det har visat sig att det inte är särskilt effektivt att som behandlare försöka matcha patienter med en viss problematik till en viss behandling. Patienter matchar sig bäst själva till rätt behandling. Vår roll är

snarare att förklara vad olika  
behandlingar innebär samt  
att stödja  
och ge råd  
i valet.



# Behandling

Riskbruk är en konsumtion som medför förhöjd risk, men säger inget om alkoholberoende föreligger eller om konsumenten upplever problem. Om problem och önskan om förändring finns här förslag på ett nästa steg:

## Psykosocialt stöd

- I sin enklaste form – frekventa återbesök för att stödja och efterhöra hur det går.

## Riskbruksmodellen

Riskbruksmodellen bygger på att individen själv reflekterar över sina alkoholvanor med hjälp av AUDIT-formuläret och eventuellt med återkoppling på proverna CDT eller PETH, och via motiverande samtalsmetodik får stöd att förändra sin konsumtion. Ytterligare hjälpmedel i Riskbruksmodellen är Time Line Follow Back-intervju (14 dagars almanacka) och prospektiv alkonacka, d.v.s. att man för dagliga noteringar över sin alkoholkonsumtion. Genom att diskutera detta

med sin läkare eller sköterska fås med enkla medel mycket goda resultat. NNT är 1/8 till en riskfri konsumtionsnivå.

## I5-metoden

- Den s.k. 15-metoden har utvecklats med några centrala utgångspunkter:
  - anpassad för personer som får 15 poäng eller mer på AUDIT-formulär (vilket innebär ett tydligt alkoholproblem men utan att individen behöver uppfylla kriterierna för alkoholberoende)
  - välstrukturerad – följer tydliga och väl avgränsade steg
  - manualbaserad

Liksom riskbruksmodellen kan den utföras av personal utan specialistutbildning i beroende-frågor, t.ex. exempel läkare, sjuksköterskor, beteendevetare/psykologer, m.fl. inom FHV eller primärvård.

### RISKBRUKSMODELLEN

**1** Screening Audit, CDT (Identifiering av risk)

**2** Feedback, TLFB och Alkonacka

**3** MI-samtal

### I5-METODEN

**1** Screening/ kort rådgivning (Identifiering av risk)

**2** Fördjupad bedömning (Alkoholvanor)

**3** Samtalsbehandling och/eller läkemedelsbehandling

# Läkemedel

Om läkemedel behövs finns numera flera att välja emellan. Om individen har en skadlig alkoholkonsumtion med kontrollförlust eller starkt sug kan läkemedel vara en god hjälp. Längre var **Antabus** (disulfiram) det enda läkemedel som fanns. Antabus givet under övervakning har en god behandlingseffekt. Indikationen är alkoholberoende och läkemedlet ger kraftiga symtom vid alkoholkonsumtion i form av illamående, ansiktsrodnad, dunkande huvudvärk, hjärtklappning och en känsla av andnöd m.m. En del personer kan dock ibland dricka sig igenom obehagen. En högre dos kan då hjälpa. Det är viktigt att informera om biverkningarna, som kan vara livsfarliga, liksom att Antabuseffekten kan kvarstå upp till 2 veckor efter tablettintag. Personer med nedsatt leverfunktion, svår hjärtsjukdom eller demens bör inte använda Antabus. Det är viktigt att regelbundet kontrollera leverstatus.

**Naltrexon** är en opioidantagonist som påverkar belöningssystemet. Den minskar sug och merbegär genom att belöningseffekten av alkohol minskar. Doseringen är 1 tablett dagligen, men kan även användas som vidbehovs-medicinering. Naltrexon ska inte användas vid samtidig medicinering med opioidläkemedel eller för personer med opioidberoende.

**Campral** eller **Aotal** (acamprosate) verkar genom att minska suget efter alkohol. Doseringen är för personer som väger över 60 kg 2 tabletter 3 gånger dagligen, alternativt 3 tabletter 2 gånger dagligen. Antalet tabletter kan verka avskräckande för en del individer.

**Selincro** (nalmefen) har även den en opioidmodulerande effekt och minskar både lusten att dricka och belöningseffekten av alkohol. Den kan användas som vidbehovs-medicinering, dvs man tar en tablett de dagar då man upplever att risken för drickande är stor.



# Alkoholens samband med sjukdomar

WHO anger ett hundratal diagnoser där det är visat att alkohol kan bidra till sjukdom.

**Hjärta och kärl** – Andelen av all hypertoni som kan förklaras av alkohol uppskattas till mellan 10 och 35 procent. I beräkningar av globala sjukdomsbördan kom WHO fram till att 16 procent av all alkoholdödlighet beror på alkoholens blodtryckshöjande egenskaper. Att dricka till måltiden tycks inte alls ge samma blodtryckshöjning som att dricka på tom mage eller berusningsdricka. Stor alkoholkonsumtion ökar risken för stroke, berusningsdrickande är särskilt riskabelt. Åtskilliga studier har bekräftat att det finns ett samband mellan en hög alkoholkonsumtion och rytmrubbningar inkl. förmaksflimmer.

Alkohol anses av många forskare ha positiva kärl- och hjärtskyddande effekter, inklusive minskad risk för hjärtinfarkt och ischemisk stroke. På grund av nya forskningsrön ifrågasätts detta nu alltmer, även om de flesta än så länge accepterar en skyddande effekt i vissa situationer. Positiva biokemiska förändringar är att alkohol höjer HDL, apolipoprotein A-II och sänker fibrinogen, vilket medför mindre arteriosklerotiska kärlskador på sikt. Osäkerheten om hälsonyttan med alkohol gör att de flesta myndigheter och organisationer världen över formulerar sina råd med försiktighet, WHO beräknar att den nyttiga effekten kompenserar till cirka tre procent av alkoholens hälsoskaddande effekter. Statens folkhälsoinstitut hade rekommendationen: ”De eventuellt gynnsamma hälsoeffekterna uppnås redan vid låg konsumtion: < 1 standardglas för äldre män, < ½ standardglas för äldre kvinnor. Lägre nivåer gäller för yngre personer. Konsumtion över dessa nivåer ger ökad risk.”

**Infektionsförsvaret** – Redan 1785 noterades orsakssambandet mellan alkoholkonsumtion och lunginflammation samt tuberkulos. Globalt har detta fortfarande mycket stor betydelse för dessa sjukdomar och nu dessutom HIV och AIDS. Dessa infektioner står för 13,5 procent av alkoholens dödlighet globalt sett.

Relevant hos oss idag kan vara att beakta alkoholeffekter vid till exempel hudinfektioner och långdragna övre luftvägsinfektioner. Personer med alkoholdiagnos har åtta gånger större risk för pneumoni, men även konsumtion vid riskbruksgränser ger lätt förhöjd pneumonirisk. Berusningsdrickande ger ökad risk jämfört med att sprida konsumtionen på flera dagar. Ett vanligt vardagsproblem, frustrerande för många, är förkylningar som aldrig går över. Då kanske man vill göra allt man kan för att stärka sin läkningsförmåga och motståndskraft.

**Depression** – Alkohol förstärker den känsla man har, varför man ska undvika alkohol vid depression eller ångest (även om alkoholen lindrar ångest kortvarigt). Det finns en dos-responsrelation, depression är två till fyra gånger vanligare vid högkonsumtion och beroende. Alkoholens påverkan på grundstämningen vänder dock ganska snabbt, på några dagar till ett par veckor efter nykterhet eller kraftigt minskad konsumtion.

Det är en gammal tvistefråga om alkoholisten dricker för att han är deprimerad eller blir deprimerad på grund av alkoholen. Man vet nu att bäge förekommer, men det är betydligt vanligare att man blir deprimerad på grund av alkoholen än tvärtom.

**Sömnstörning** – Alkoholens effekter på sömnen är komplex och olika för olika individer. Förväntningar på effekter betyder mycket – placebo med andra ord. För de flesta individer har alkohol en stimulerande effekt initialt, men redan efter någon halvtimme börjar alkoholens CNS-dämpande effekt att dominera och man somnar gott.

Adaptationen är snabbare för alkohol än för något sömnläkemedel, redan efter tre dygn börjar sömngivarens sömngivande effekt att avta. Regelbunden självmedicinering med alkohol fungerar alltså inte.

När vi somnat med alkohol i blodet påverkas sömnmönstret på ett likartat sätt hos alla människor. Första halvan av natten sover vi tungt och ”medvetstlöst”. Andra halvan av natten domineras av det adrenerga påslaget. Sömnen blir då ytligare med fler uppvaknanden. Vi rör oss mer i sängen, drömmer mer och har en förhöjd kroppstemperatur. Dessa förändringar registreras även vid en ganska liten alkoholförtäring och även om all alkohol har gått ur kroppen.

Alkoholens påverkan på sömnkvaliteten återspeglas också i prestationer följande dag. Även enstaka och måttliga alkoholintag (0,6 promille) har inverkan på prestationer dagen efter, även om vi själva inte märker detta.

**Cancer** – Det finns säkerställda orsakssamband mellan alkoholkonsumtion och cancer i munhåla, svalge, strupe, matsvaga, lever, tjocktarm, ändtarm och kvinnobröst. Alkohol beräknas orsaka 6,5 % av all cancer i Europa. Det är framförallt hög alkoholkonsumtion, över rekommenderade gränser, som är särskilt riskabel, även om det inte finns någon nedre riskfri gräns för konsumtionen.

**Rörelseorganen** – Alkohol kan bidra till myopati, osteoporos och gikt.

**Lever** – Alkohol kan huvudsakligen orsaka tre leversjukdomar: fettlever, hepatit och cirros. Fettlever är ett mycket vanligt fenomen som finns hos såväl nyktra som alkoholanvändare och har samband med kroppsvikt, triglyceridnivå och alkohol. Fettlevern speglar en metabol situation och är ett reversibelt tillstånd, tacksamt att ta som utgångspunkt i ett samtal om levnadsvanor. Nittio procent av dem som dricker en flaska vin om dagen utvecklar fettlever. Transaminasstegringar är vanliga vid fettlever, och förändrade levnadsvanor (fysisk aktivitet, kost, alkohol) ger snabbt en normalisering, vilket är en mycket bra feedback till patienten. Alkoholorsakad fettlever är reversibel. Slutar man dricka går det i regress på en till två månader.

**Hud** – Framförallt hudinfektioner men även psoriasis, nummulärt eksem, rosacea, urtikaria, porphyria cutanea tarda, neurodermatit anses ha koppling till alkoholkonsumtion. Relaterade till allvarigare alkoholkomplicationer är spider naevi, palmarerytem, caput Medusae och gulsot.

**Magtarmkanalen** – Tarmarna är särskilt känsliga för alkohol som kan ge slemhinneskador, resorptionsstörning, malabsorption och tiaminbrist. Alkohol är en vanlig orsak till bukspottkörtel-inflammation.

**Endokrina effekter** – I CNS är hypothalamus särskilt känslig för alkoholpåverkan, och därmed påverkas hypofysens hormoninsöndring. Stresaxeln (HPA-axeln) påverkas snabbt av alkohol. Könshormon påverkas hos båda könen – hos män t ex med impotens och hos kvinnor med en maskulinisering.



**Baksmälla** – Muskelvärk, huvudvärk och ömhet i kroppen ses under både baksmällan och vid alkoholavgiftning. Dessutom bidrar rubbning i vätskebalansen, vätskebrist, till baksmällan. Att pressa i sig vatten dagen efter är ingen bra idé men ett eller två glas vatten extra kan vara bra.

Den allvarligaste komplikationen av baksmällan är den sänkta kognitiva och motoriska förmågan. Den medför en påtaglig förhöjd olycksfrekvens även efter berusningen, på fritid, i arbete och i trafik. För samhället anses den allra största samhällskostnaden enligt vissa beräkningar härröra från den sänkta prestationsförmågan i arbetet, upp till arton timmar efter att alkoholen gått ur kroppen. Kostnadsuppskattningar för arbetsgivaren pekar på fyra procent av totala lönekostnaden. Det är inte de alkoholberoende som kostar mest utan måttlighets- och högkonsumenterna på grund av deras stora antal.

**Fosterskador** – För gravida kvinnor medför även en måttlig alkoholkonsumtion en ökad risk för missfall eller fosterskador. Därför rekommenderas nykterhet.

**Neuropatier** – Polyneuropati är en relativt vanlig konsekvens efter mångårig hög alkoholkonsumtion. Långvarig ovanlig kroppsställning under berusad sömn kan orsaka en akut mononeuropati.

# Frågor om riskbruk av alkohol

## 1. Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka?

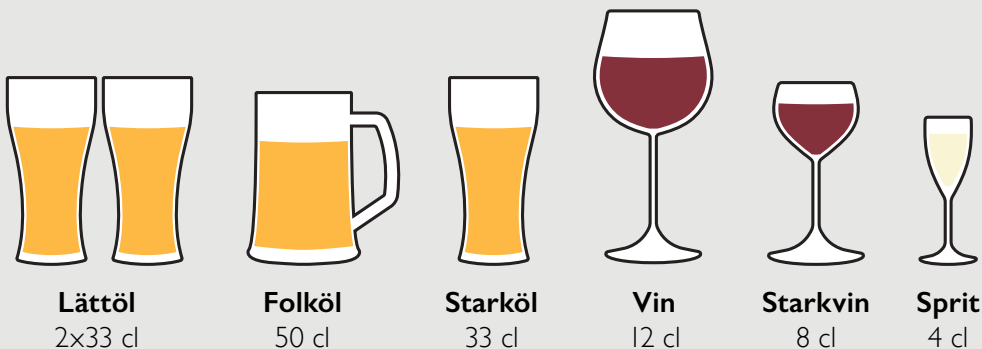
- Dricker <1 standardglas per vecka eller inte alls
- 1–4 standardglas per vecka
- 5–9 standardglas per vecka
- 10–14 standardglas per vecka
- 15 eller fler standardglas per vecka

## 2. Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång per månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

### STANDARDGLAS

Ett standardglas innehåller 12 g alkohol vilket finns i samtliga av alternativen nedan:



Riskbruk av alkohol definieras som en konsumtion av mer än 9 glas per vecka för kvinnor eller mer än 14 glas per vecka för män, eller ett eller fler intensivdrickartillfällen per månad för både kvinnor och män. Intensivkonsumtion definieras som 4 glas eller mer för kvinnor och 5 glas eller mer för män vid ett och samma tillfälle.

# Åtgärder vid Riskbruk av alkohol

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 beskriver evidensen för hur vi kan stötta personer med riskbruk av alkohol. Där har man värderat metoderna utifrån evidens och kostnadseffektivitet och listat dem med en rekommendationsgrad från 1 till 10, där 1 är den högsta rekommendationsgraden. Åtgärderna är i grunden någon form av rådgivning eller samtal, uppdelade i tre nivåer; enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal.

## Prioriterade metoder

Vid riskbruk av alkohol rekommenderas rådgivande samtal i första hand. Kvalificerat rådgivande samtal (en serie samtal) har inte säkerställt bättre effekt än ett rådgivande samtal, och kostnaden för det kvalificerade samtalet är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Rådgivande samtal innebär en dialog om alkoholbruket, anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar och tar ca 10-15 minuter. Det kan ske i samband med att frågorna ställs, ett återbesök eller ett besök som gäller något annat.

För unga vuxna (18-29 år) är risken för psykosociala problem vid hög alkoholkonsumtion större

än för andra. Unga vuxna konsumerar också ofta större mängder alkohol vid ett och samma tillfälle, vilket medför en ökad risk för olycksfallsskador. Webb- och datorbaserad rådgivning är den åtgärd som har bäst effekt på unga vuxna med riskbruk. Tips: [www.alkoholhjalpen.se](http://www.alkoholhjalpen.se)

## Metoder för alkoholberoende personer

Bland personer med en alkoholkonsumtion som motsvarar ett riskbruk kan det finnas de som redan har utvecklat ett missbruk eller beroende. De vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjernas rekommendationer syftar dock inte till att beakta personer med alkoholberoende, och de omfattas därför inte heller av rekommendationerna. Rekommendationer om vård och behandling vid alkoholberoende finns i stället i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2015. Bland de högst prioriterade åtgärderna ingår KBT, och s.k. Motivationshöjande behandling (MET). MET inkluderar en kartläggning med biologiska markörer och frågeformulär, samt 2-4 uppföljande samtal baserade på MI-teknik. I de två uppföljande samtalen ingår återkoppling på resultatet av kartläggningen.

## REKOMMENDATIONSGRAD

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| Rådgivande samtal.....                          | 4  |
| Webb- och datorbaserad rådgivning .....         | 4  |
| Rådgivande samtal med särskild uppföljning..... | 7  |
| Kvalificerat rådgivande samtal.....             | 7  |
| Enkla råd.....                                  | 10 |

## > KÄLLOR SAMT TIPS FÖR MER LÄSNING OCH INFORMATION

### **Nationella riktlinjer för sjukdoms- förebyggande metoder**

[www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer  
forsjukdomsforebyggandemetoder](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/forsjukdomsforebyggandemetoder)

### **Alkohol – en fråga för oss i vården**

Sven Wåhlin. *Studentlitteratur 2012.* (Stora delar  
av texten i denna skrift utgår från denna bok,  
efter inhämtat tillstånd)

### **Sanningen om drickandets nya värld**

*Läkartidningen 34-35/2014. Sven Wåhlin*

### **Webb- och datorbaserad rådgivning**

[www.alkoholhjalpen.se](http://www.alkoholhjalpen.se)

Stockholm 19 oktober 2014

**FÖRFATTARE:**

**Dr Stig Norberg**

Företagsläkare,  
Arbets- och miljömedicinska  
sektionen i Levnadsvaneprojektet,  
Svenska Läkaresällskapet  
*stig.toften@gmail.com*

**Dr Ragnhild Ivarsson Walther**

Företagsläkare,  
Arbets- och miljömedicinska  
sektionen i Levnadsvaneprojektet,  
Svenska Läkaresällskapet  
*ragnhild.walther@telia.com*

**Dr Sven Wåhlin**

Specialist i allmänmedicin  
Beroendemedicinska sektionen  
i Levnadsvaneprojektet,  
Svenska Läkaresällskapet  
Överläkare, Riddargatan 1  
Beroendecentrum Stockholm  
*sven.wahlin@sll.se*

# Samtal om levnads- vanor gör skillnad

## Läkares samtal om levnadsvanor

Samarbetsprojekt SoS och SLS  
Levnadsvaneprojektet inom Arbets- och  
miljömedicinska sektionen (ARM)  
och företagshälsovården



Svenska  
Läkaresällskapet