



ÅLÄNSK UTREDNINGSSERIE
2005:2

**ALKOHOL- OCH DROGSKADEFÖREBYGGANDE ARBETE INOM
ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD**

Utredning och plan

Siv Palmqvist, projektledare
Ålands landskapsregering
Social- och miljöavdelningen
Socialvårdsbyrån
2004

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	6
DEL I	7
1. Bakgrund	7
2. Övergripande målsättning	7
3. Projektmålsättning	7
4. Projektplan	8
DEL II	9
1. Tidigare studier inom ÅHS	9
1.1 LEVA-projektet	9
1.2 Kvinnohälsa 1998	9
2. Utredningar och direktiv, andra studier och projekt	10
2.1. STAD-projektet	10
2.2 Riskbruksprojektet	10
2.3 Alkoholkommittén	11
2.4 Alkoholprogrammet	12
2.5 Alkoholprevention i primärvården	13
2.6 Alkoholprojektet ”Drick mindre”	13
3. Utredningar inom projektet	13
3.1 Samtal med olika personalgrupper	13
3.1.1 Hälsovårdarna	14
3.1.2 Primärvårdens sjuksköterskor och primärskötare/närvårdare	14
3.1.3 Primärvårdens och specialsjukvårdens läkare	14
3.1.4 Primärvårdens och specialsjukvårdens diabetesskötare, antikoagulanssköterskan	15
3.1.5 Specialsjukvårdens polikliniker och avdelningar	15
3.1.6 Psykiatriska specialsjukvården	16
3.1.7 Socialkuratorerna	16
3.2 Personalenkät	16
3.2.1 Resultatredovisning	16
3.2.2 Sammanfattning av enkätresultatet	21
3.3 Patientenkät	22
3.3.1. Bedömning av hälsotillstånd	22
3.3.2 Levnadsvanor	23
3.3.3 Levnadsvanors betydelse för hälsan	26
3.3.4. Inställning till att tillfrågas	27
3.3.5 Önskan att få hjälp och stöd till förändring	29
3.3.6 Kunskap om var man kan få hjälp och stöd att förändra en levnadsvana	29
3.3.7 Var har man tillfrågats om sina levnadsvanor	29
3.4 Sammanfattning och diskussion	30
3.5 Jämförelse mellan personal- och patientenkäten	31
4. Personalutbildning	32

DEL III	33
1. Metoder	33
1.1 Screening	33
1.2 Miniintervention	34
1.3 Motiverande samtal	35
1.4 Frames	35
2. Alkoholpolicy	35
3. Begrepp inom alkohol- och drogpreventionen	36
4. Hälsöfrämjande alkohol- och drogprogram	37
5. Hälsorisker	38
DEL IV	39
1. Preventionsarbetets nivåer	39
2. Plan för det alkohol- och drogförebyggande arbetet	39
2.1 Ledningens uppgift	39
2.2 Primärvårdens uppgift	40
2.2.1 Rådgivningsverksamheten	40
2.2.2 Företagshälsovård	41
2.2.3 Diabetesmottagningen	42
2.2.4 Läkarmottagningarna	42
2.2.5 Tandvården	43
2.3. Somatiska specialsjukvården	43
2.4 Psykiatriska specialsjukvården	44
3. Prevention och samarbete	44
DEL V	46
1. Implementering	46
2. Kvalitetsuppföljning	46
DISKUSSION	47
REFERENSER	48

Bilaga 1: Patientenkät- frågor

Bilaga 2: Patientenkät- sammanställning

Bilaga 3: Personalenkät

Bilaga 4: Förslag till riktlinjer för samarbete i alkohol- och drogfrågor

SAMMANFATTNING

Målsättningen för ett hälsobefrämjande arbete är att skapa möjligheter för den enskilda människan att själv ändra sina levnadsvanor i hälsosammare riktning.

WHO etablerade ett nätverk "Health Promoting Hospitals" 1998. Utmärkande för ett Hälsobefrämjande sjukhus är en mera offensiv ansats. Förutom att behandla och lindra sjukdomsbevärr arbetar man förebyggande och hälsobefrämjande. ÅHS kunde vara en lämplig organisation för ett sådant arbetssätt eftersom primär- och specialsjukvården ingår i samma organisation. Genom detta kunde ÅHS aktivt medverka till en offentlig diskussion vars mål är ökad förståelse för behovet av en hälsobefrämjande hälso- och sjukvård.

I denna utredning har det framkommit ett antal förutsättningar för att ett alkohol- och drogpreventivt arbete skall kunna bedrivas framgångsrikt.

Det har också framkommit att alkohol- och drogvänorna utgör ett hot mot folkhälsan. Drygt 13 % angav att de varje månad drack mer än 6 portioner alkohol vid ett och samma tillfälle (en portion=ett standardglas=12 gram ren alkohol). 20 % av männen och 10 % av kvinnorna hade sådana alkoholvanor. Det är således en stor del av befolkningen som har riskfyllda alkoholvanor.

En viktig förutsättning är kunskap. Kunskap om de risker och problem som blir följden bör spridas i hela samhället, både till professionella och samhällsmedborgare. Genom att på olika sätt höja befolkningens medvetenhet på individnivå om exempelvis alkoholvanorna påbörjas en förändringsprocess i riktning mot hälsosammare levnadsvanor.

Utbildning om metoder med vars hjälp man kan arbeta preventivt bör ges till alla berörda. Det framkom i den undersökning som gjordes i anslutning till projektet att nära 80 % av patienterna inte hade tillfrågats om alkohol- eller droganvändning. Det framkom också att de inte har något emot att bli tillfrågade närmare hälften var positivt inställda till detta. Ur samtalen med personalen framgick det att man i viss mån saknade kunskap om hur och när man skulle föra dessa samtal på mest ändamålsenligt sätt. Alla svarade ja på frågan om de var intresserade av utbildning.

Motiverande samtal är en metod som är användbar i de flesta patientmöten där patientens egen motivation till hälsosammare levnadsvanor borde befrämjas. Den är välbeprövad i arbetet med att minska rökning och alkoholanvändning. Fortsatt utbildning i denna metod med åtföljande handledning skulle vara en kvalitetshöjande åtgärd med hälsobefrämjande effekt på lång sikt.

Man bör även utbilda personalen i användningen och tolkningen av AUDIT- formuläret. Screeningen kan utföras riktat mot specifika patientgrupper eller till alla under en viss period. Sällningsundersökningar i form av självskattningsinstrument kunde införas inom andra sektorer än hälso- och sjukvården och socialvården. Inom ÅHS är flertalet positivt inställda till screening av alkoholvanor. Beträffande screening av droger bör man inom organisationen se över vilka riktlinjer som gäller och göra dem kända för alla. Antalet rattonyktra ökar ständigt och ett AUDIT- formulär kunde exempelvis delas ut i samband med polisens nykterhetskontroller och därmed göra den enskilda medveten om sin alkoholkonsumtion i förebyggande syfte.

Eftersom flertalet av patienterna inte visste vart inom ÅHS de skulle vända sig om de ville ha hjälp och stöd att förändra en levnadsvana, bör man inom organisationen se över vilka vårdmöjligheter som erbjuds och hur man informerar patienterna om dem.

Det står även klart att samarbete mellan social- och hälsovården, ideella organisationer och myndigheter bör befrämjas. Ett sådant arbete har inletts under projektets gång och det bör få stöd för att fortsätta. Det åländska samhällets litenhet torde göra det möjligt att samarbeta professionellt utan byråkratiska hinder. Olika personalgrupper bör få hjälp att utreda sekretessfrågor för att dessa inte skall utgöra ett hinder för samarbetet, vars syfte är att erbjuda patienten bästa möjliga stöd och vård.

Arbetet med att skapa en alkohol- och drogpolicy bör befrämjas. En uttalad policy utgör en del av attitydförändringsarbetet och stöder de åtgärder som behöver vidtas i hälsofrämjande syfte. Inom ÅHS bör policyn riktas både mot patientarbetet och personalen.

Föreliggande förslag till alkohol- och drogförebyggande arbete inom ÅHS bör implementeras genom att en ansvarsperson utses. Det finns alltid en risk att en plan förblir en pappersprodukt.

Varmt tack till socialinspektör Synnöve Jordas och alla ÅHS- anställda som givit mig nödvändig information och inspiration i projektarbetet! Marina Wikstrand-Andersson har bidragit med att finslipa lay-outen. Tack!

INLEDNING

Syftet med föreliggande arbete är att beskriva alkohol- och narkotikaförebyggande arbete ur ett folkhälso- och hälsofrämjande perspektiv.

Rapporten är uppdelad i fem avsnitt.

Den första delen beskriver projektets syfte och innehåll.

Den andra delen redogör för utredningar som gjorts tidigare både inom ÅHS och i andra nordiska länder samt utredningar som gjorts inom ramen för detta projekt. Frågorna i patientenkäten [Bilaga 1] har formulerats av projektledaren och de frågor som berör alkohol- och droger redovisas mera ingående i utredningen än övriga frågor om levnadsvanor. Sammanställningen av resultaten från patientenkäten [Bilaga 2] har gjorts av fil. stud. Annika Hokkanen, handleddd av professor John Lilja, Åbo Akademi. Personalenkäten [Bilaga 3] har i sin helhet gjorts av projektledaren.

I den tredje delen följer en beskrivning av olika metoder och begrepp som är aktuella inom det alkohol- och drogförebyggande arbetet.

Del fyra innehåller ett förslag till hur det preventiva arbetet kunde bedrivas inom ÅHS. Dessutom diskuteras prevention och samarbete.

Den femte delen behandlar implementeringsstrategier och kvalitetsuppföljning samt en sammanfattning av rapporten.

Alkohol och narkotika betraktas som hälsorisker. Andra hälsorisker berörs i samband med de frågeställningar som riktar sig till personal och patienter. Drogförebyggande arbete får inte lika stort utrymme i föreliggande arbetet eftersom alkohol utgör en hälsorisk för en större andel av befolkningen.

Det förebyggande arbetet på primär-, sekundär- och tertiärpreventiv nivå skiljer sig marginellt beträffande olika hälsorisker. Undantaget är dock att det drogförebyggande arbetet på tertiär nivå i huvudsak utförs av personal inom den sociala sektorn.

DEL I

1. Bakgrund

Bakgrunden till projektet utgörs av det alkohol- och narkotikapolitiska programmet år 2002-2005 för landskapet Åland.¹ Programmet har utarbetats av socialinspektör Synnöve Jordas och kommittémedlemmarna Gun Carlsson, Anders Englund, Sune Eriksson och Sune Mattsson. Det framgår i programmet att alkoholpolitiska insatser på Åland främst riktas mot berusningsdrickandet och att minderåriga lätt får tag i alkohol. De narkotika politiska insatserna riktas mot tillgång och efterfrågan i syfte att stoppa nyrekryteringen till missbruk, förmå dem som missbrukar att upphöra och strypa tillgången på narkotika. Landskapsstyrelsen tillsatte, i samband med att programmet godkändes, en styrgrupp bestående av representanter för olika myndigheter. Socialinspektören utsågs till samordnare av insatserna även beträffande samarbete mellan myndigheter och ideella organisationer.

Programmet föreslår olika åtgärder som bör utföras inom åldersgrupperna barn- och ungdomar under 18 år, unga vuxna i åldern 18-30 år och vuxna över 30 år.

Inom ramen för de insatser som riktas till vuxna över 30 år beslöt man att arbetet med tidig upptäckt av alkohol- eller narkotikamissbruk bör fortskrida och utvidgas. För detta bör en plan utformas av en projektanställd.

Under hösten 2003 anställdes således en projektledare på deltid och projektet förutsattes vara genomfört i december 2004.

2. Övergripande målsättning

Målsättningen med programmet är att minska totalkonsumtionen av alkohol, höja debutåldern för alkohol, skapa ett narkotikafritt samhälle och minska skadeverkningarna.

3. Projektmålsättning

Syftet är att kartlägga den alkohol- och drogförebyggande verksamheten inom Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) och i samarbete med personalen utarbeta en plan för detta arbete i framtiden. Planen skall ta i beaktande åtgärder på primär-, sekundär- och tertiärpreventiv nivå.²

Därutöver skall förslag till kompetensutveckling ges för den personal som utför dessa uppgifter.

Tyngdpunkten för planen kommer att ligga på riskfyllda levnadsvanor, främst alkoholvanor och i viss mån droganvändning och hur man inom ÅHS kan utföra det förebyggande arbetet beträffande dessa hälsorisker.

¹ Alkohol- och narkotikapolitiskt program år 2002-2005 för landskapet Åland

² Ibid. s. 8

4. Projektplan

- Projektet inleds med att utreda vilka personalkategorier som arbetar med alkohol- och drogfrågor inom ÅHS och ta reda på vilka metoder som används.
- Utreda vilka samarbetspartners som finns inom och utom ÅHS.
- Utreda huruvida interna livsstilsundersökningar gjorts och hur materialet används.
- Utreda personalens inställning till alkohol- och drogförebyggande arbete.
- Utreda patienters uppfattning om det alkohol- och drogförebyggande arbetet inom ÅHS.
- Om möjligt testa screeningmetoder på en specifik patientgrupp.
- Avslutningsvis skrivs en alkohol- och drogskadeförebyggande plan vari ingår förslag till kompetensutveckling.

Del II

För att ge en teoretisk bas för den alkohol- och drogförebyggande planen, redogörs för undersökningar som gjorts tidigare inom ÅHS. Därefter följer en beskrivning av en del av de utredningar och direktiv som skapats av utomstående. Slutligen följer en beskrivning av undersökningar som gjorts inom projektet.

1. Tidigare studier inom ÅHS

1.1 LEVA-projektet

Projektet³ initierades 1996 utgående från överskötarens önskan att stärka det förebyggande arbetet och som komplement till det arbete som utförs av hälsovårdarna inom primärvården. En projektansvarig tillsattes och projektet kallades LEVA. Mottot för projektet var ursprungligen ”Alla för hälsa” vilket i verksamhetsplanen för 2000 – 2002 utvidgades till ”Alla för hälsa och miljö”. Projektet avslutades 2002.

Man utgick från att hälsan är en resurs i vardagslivet och ett mål i tillvaron. En bred samverkan där gemensam kunskap, lokalt engagemang och tvärsektorielt samarbete utgör grunden för att uppnå detta.

Den första verksamhetsplanen innehåller kartläggning av den totala hälsofrämjande verksamheten och livsstilsundersökningar samt intensifiering av MAMA programmet för självundersökning av bröst. I samarbetsprojektet ”Rökfritt Åland” med Folkhälsan på Åland, undersöktes tobaksvanor. Alkohol- och drogvänor nämns inte. Tyngdpunkten ligger på kost och motion.

Verksamhetsplanen för de sista två åren innehåller planering av hälsoprogram för kvinnor och att utforska hälsoprogram för män. Hälsoenkäter delades ut i samband med aktiviteter som Folkhälsan tagit initiativ till ute i kommunerna. Representanter för LEVA- projektet bidrog med att även utföra viss provtagning: kolesterol, blodsocker, hemoglobin. Blodtrycket, pulsen, samt längd och vikt mättes varefter personens BMI⁴ räknades ut. I enkäten frågades bl.a. om kost-, motions-, tobaks- och alkoholvanor. Frågor om droger eller läkemedel ställdes inte. Dessutom frågade man om trivsel på arbetsplatsen, hur man mår fysiskt och psykiskt. Kvinnorna tillfrågades om självundersökning av bröstet.

1.2 Kvinnohälsa 1998

Under 1998 utfördes en undersökning⁵ riktad till kvinnor i en viss åldersgrupp som var bosatta i Mariehamn. Pilotstudien, ”Kvinnohälsa 1998 - en kartläggning av hälso- och livsstilsfaktorer hos Mariehamnskvinnor födda åren 1938, 1943, 1948 och 1953” utfördes vid primärvårdens PAPA-mottagning.

Bakgrunden till studien låg i att de åländska kvinnornas medellivslängd hör till de högsta i världen samtidigt som deras konsumtion av hälsovårdstjänster var högst i landet. Tanken föddes, att mötet med de kvinnor som årligen kallas till den frivilliga massundersökningen för

³ Eriksson, B. 1999, 2001, 2004, ÅHS/Primärvården

⁴ BMI = Body Mass Index är ett mått på kroppsfett baserat på längd och vikt hos en vuxen man eller kvinna.

⁵ Sandell, S. 1998, Kvinnohälsa, ÅHS/primärvården

screening av cancer i livmoderhalsen, i högre grad än i hittills kunde utvecklas i mera hälsofrämjande riktning.

Undersökningen gjordes som en enkätstudie och kompletterades med att blodsocker, hemoglobin, vikt och blodtryck mättes i samband med besöket på mottagningen.

Frågorna i enkäten handlade om kost, motion, kaffe, tobak och alkohol. Inga frågor ställdes om droger eller läkemedelsanvändning.

2. Utredningar och direktiv, andra studier och projekt

Studier och projekt rörande människors livsstil är allmänt förekommande. I dessa studier ingår oftast frågor om alkohol och droganvändning.

Nedan följer exempel på några sådana som har varit av intresse att bekanta sig med inom ramen för detta projekt. Redogörelsen här är endast översiktlig.

2.1. STAD-projektet

STAD-projektet⁶ står för Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem. Det är ett tioårigt projekt finansierat av Landstinget och Stockholms kommun, som denna höst firar sitt tioårsjubileum. Uppdraget är att identifiera, tillämpa och utvärdera lovande metoder för prevention inom alkohol- och narkotikaområdet.

Inom ramen för detta arbete utfördes en studie om patienters alkoholvanor och inställning till frågor om levnadsvanor i en Stockholmsförort vars resultat publicerades 2002. Framst var man intresserad av att utröna patienternas inställning till att läkare tar upp frågor om alkohol och om inställningen påverkades av de egna alkoholvanorna.

STAD-projektet erbjuder information om livsstil på sin hemsida www.stad.org

2.2 Riskbruksprojektet

Familjemedicinska Institutet, Fammi⁷, verkar som en nationell mötesplats för alla som arbetar i svensk primärvård, inklusive kommunal hälso- och sjukvård. Huvuduppgiften är att samla och sprida kunskap. Institutet inrättades av Sveriges riksdag 2002 och i september 2004 föreslog regeringen att verksamheten skall fortgå i ytterligare två år.

I mars 2004 beviljades institutet pengar till ett ettårigt projekt som skall stimulera primärvården och företagshälsovården att utveckla arbetet med att förebygga alkoholskador. Projektet utgår från begreppet Riskbruk som har utvecklats inom Svensk Förening för Allmänmedicin. Riskbruk innebär att alkoholkonsumtionen, om den fortsätter, kan riskera att leda till ett missbruk och svåra medicinska skador men där problemen ännu inte är allvarliga.

⁶ Graffman K, Andreasson S, 2002, Alkoholprevention i primärvården

⁷ <http://www.fammi.se/fammi-web/>; 2004-08-17

Inom ramen för riskbruksprojektet har man satsat på olika målgrupper i form av pilotprojekt. I maj 2004 startade ett sådant med syfte att utbilda barnmorskor i alkoholfrågor. En annan del av projektet riktar sig till verksamma inom företagshälsovården där man erbjuder företagshälsovårdens team utbildning i SASSAM-metodik⁸. Dessutom satsar man på att utveckla modeller och metoder för hur riskbruk bland anställda på ett effektivt sätt kan upptäckas och åtgärdas. Screening med kort rådgivning anses var en kostnadseffektiv metod att påverka personer med förhöjd alkoholkonsumtion att minska sina alkoholvanor. Motiverande samtal⁹ används som samtalsmetod för kort rådgivning.

En av projektets huvuduppgifter är att arbeta för att frågor om alkoholvanor får en självklar plats i vardagssjukvården vilket innebär att primärvårdens och företagshälsovårdens personal skall ha ett avgörande inflytande på hur arbetet läggs upp. Projektet skall även initiera till att alkoholen uppmärksammas i fortbildning och utvecklingsarbete. Utbildning i samtalsmetodik har en framträdande plats.

Fammi har tillsammans med åtta landsting formulerat förslag till struktur för kompetensutveckling inom primärvården.¹⁰

2.3 Alkoholkommittén

Sveriges riksdag antog i februari 2001 en nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.¹¹ Målet för alkoholpolitiken är att minska de medicinska och sociala skadorna. I mars 2001 tillsatte regeringen en alkoholkommitté. Kommitténs uppgift är att:

1. Medverka till att kommuner utvecklar ett samordnat långsiktigt förebyggande arbete
2. Medverka till att landsting, länsstyrelser, och andra regionala organ stödjer arbetet på lokal nivå
3. Särskilt bidra med insatser som syftar till att skjuta upp alkoholdebuten och minska berusningsdrickandet bland unga.

Man betonar vissa områden som kommer att aktualiseras i kommunernas och landstingens arbete däribland nämns insatser inom företagshälsovård samt annan hälso- och sjukvård.

Man betonar betydelsen av att utveckla metoder för hur andelen personal inom primär- och företagshälsovård som går igenom fortbildning kan öka och därmed öka andelen läkare som tar upp alkoholfrågor.

Mycket av den information som riktar sig till befolkningen finns tillgänglig via internet.

⁸ SASSAM står för Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering

⁹ Motiverande samtal = MI, Motivational Interviewing, är en terapeutstyrd, målinriktad, individcenterad rådgivningsstil som har som mål att hjälpa individer att utforska och lösa ambivalens i förhållande till en förändring

¹⁰ <http://www.fammi.se/fammi-web/>; 2004-11-03

¹¹ www.alkoholkommittén.se/2004-11-16

2.4 Alkoholprogrammet

Alkoholprogrammet 2004 - 2007¹² är en samarbetsprocess genom vilken man strävar efter att minska alkoholens skadeverkningar. Finlands regering fattade ett principbeslut om att statsförvaltningen i samarbete med kommunerna, näringsidkare och kyrkor tillsammans arbetar för att förebygga alkoholens skadeverkningar. Det poängteras att alkoholpolitiken inte endast är en fråga om personliga val eller samvetsfrågor eftersom alkoholens skadeverkningar berör en så stor del av befolkningen, direkt eller indirekt, att ansvaret för minskningen tillkommer hela samhället.

Inom primärvården är målsättningen att göra mini-intervention till en del av primärvården och minska de alkoholrelaterade sjukdomarna. Därför genomförs ett projekt under åren 2004 – 2006 där sexton kommuner från olika delar i Finland deltar. Målsättningen på kort sikt innebär att:

1. Olika metoder för bedömning av alkoholbruk är kända och används av alla med sjukvårdsutbildning
2. Alla sjukvårdsutbildade behärskar mini-intervention
3. Användningen av mini-intervention ökar på hälsocentralerna
4. Det finns en handlingsplan för de patienter som inte kan hjälpas med mini-intervention
5. Det på varje enhet finns överenskommet vem som ansvarar för att kunskap om och verksamheten med det drogförebyggande arbetet upprätthålls och är aktuellt

På lång sikt är målsättningen att:

1. Hälsocentralernas verksamhetskultur förändras så att frågor om alkohol systematiskt tas upp och att det finns verktyg för att förebygga riskbruk
2. Att sjukvårdspersonalen alltid tar i beaktande alkoholen skadliga inverkan på hälsan och att frågor om alkohol blir en del av god hälsovård.
3. Att de patienter som besöker hälsocentralerna upplever diskussionerna om alkohol och den rådgivning som erbjuds som en naturlig del av verksamheten.¹³

¹² <http://www.stm.fi/> 2004-11-16

¹³ <http://www.stm.fi/>, 2004-09-09, 2004-11-16

2.5 Alkoholprevention i primärvården

Utgående från frågeställningen: ”Hur gör man när man kommer i kontakt med personer som visar tecken på allt för hög alkoholkonsumtion?” genomförde Socialstyrelsen tillsammans med Folkhälsoinstitutet i samarbete med Blekinge FoU (Forsknings- och Utvecklings)-enhet tre studier i Blekinge och Kronobergs län.¹⁴ Syftet var att inventera förekomsten av förebyggande arbete, problematisera arbetet tillsammans med berörda personalgrupper och att lämna förslag på tänkbara åtgärder och insatser.

Genom bl.a fokusgruppintervjuer med läkare, distriktssköterskor och barnmorskor kunde man ringa in problemområdena och förslag till lösningar formulerades. Bland förslagen fanns behov av kompletterande fort- och vidareutbildning främst i samtalsmetodik, konkreta riktlinjer för missbrukarbetet, skapande av konstruktiva nätverk och ökat samarbete med annan personal i arbetet med patienten, inrättande av medicinskt ansvariga även inom socialtjänsten och primärvårdsteam med mångsidig kompetens, screening av samtliga invånare med regelbundna tidsintervall för att fånga upp personerna i riskzonen i tidigt skede samt tidsbegränsade kampanjer.

2.6 Alkoholprojektet ”Drick mindre”

Detta projekt, som startade 2003, ingår som en del av Uppsala Akademiska sjukhus utvecklingsprojekt som ”hälsofrämjande sjukhus”. Avsikten är att frågor om patientens alkoholkonsumtion skall bli en naturlig del av rutinerna inom hela sjukhuset. Projektmodellen har tagits fram vid medicincentrum och projektet kommer att pågå i ytterligare två år.¹⁵

3. Utredningar inom projektet

För att få en uppfattning om personalens och patienternas kunskap och attityder i förhållande till alkohol- och drogförebyggande arbete utfördes tre undersökningar. Inledningsvis fördes samtal med olika personalgrupper. I samband med dessa utdelades ett frågeformulär [Bilaga 3]. En patientenkät utfördes på hälsocentralerna i Mariefhamn och Godby [Bilaga 2].

3.1 Samtal med olika personalgrupper

Sammanlagt gjordes tjugosex besök på olika enheter. Ca. 175 personer har deltagit i dessa samtal. Förutom enheter inom ÅHS besöktes missbrukarvården och polisen. Kommunernas socialsekreterare och socialarbetare har också informerats om projektet.

¹⁴ Wirén M. Alkoholprevention i primärvården. Blekinge FoU-enhet 2001:2

¹⁵ Uppdraget 1/2004; <http://www.uas.se/templates/page> 2004-12-07

3.1.1 Hälsovårdarna

ÅHS primärvård är uppdelad i tre distrikt som bygger på geografisk fördelning: norra Åland, södra Åland och Mariehamn. Inom distrikten förekommer olika modeller för hur den förebyggande öppenvården är organiserad beträffande hälsovårdarnas ansvarsområden. I alla distrikt utom i Mariehamn har varje hälsovårdare fler än ett ansvarsområde. Det visade sig att det var svårt för en del av hälsovårdarna att besvara vissa frågor i enkäten eftersom de metoder man använder eller frågeställningar som berörs beror på vilken patientgrupp man för tillfället riktar sig till. Detta har beaktats i sammanställningen av resultatet.

En gemensam uppfattning är att det är naturligt att prata om alkohol och tobak under graviditeten, medan man inte i lika hög grad berör detta med föräldrarna då de kommer med barnet till rådgivningen. Samtal om snus är inte så vanliga på dessa mottagningar. I preventivmottagningens patientjournal finns frågor om rökning men inte om alkohol eller droger. Inom mödravården antecknas både alkohol- och tobaksvanor medan man på barnrådgivningen endast har utrymme för att dokumentera tobaksvanor.

Inom skolhälsovården följer man en SANT-plan. Den berör sniffning, alkohol, narkotika och tobak och gäller för grundskolan, gymnasiet och fackskolorna. Den gemensamma uppfattningen bland skolhälsovårdarna är att det är för tidigt att prata om alkohol och tobak i lågstadiet med motiveringen att barnen blir oroliga för sina rökande föräldrar. Däremot anser man att åk. 6 är en lämplig tid. I högstadiet och andra året på gymnasienivå dokumenteras ett hälsosamtal där dessa frågor tas upp. I de fackskolor som utbildar personal för arbeten till sjöss blir fokus på frågor om alkohol- och drogfrågor tydligast, eftersom dessa frågor sedan förekommer på de läkarintyg som krävs för tjänstgöring ombord på ett fartyg.

Inom företags- och personalhälsovården finns utrymme för journalanteckning om alkohol och rökning. Patienterna fyller i detta delvis själva och man har uppfattningen att relativt många ”glömmer” att fylla i svaret på frågan om alkohol. Beträffande läkemedelsmissbruk önskar man mera kunskap för att kunna hjälpa patienten.

På sjukvårdsmottagningarna förekommer diskussioner om livsstilen och då berörs främst tobaksvanorna. Det känns svårt att komma in på frågor om alkohol och ett färdigt formulär skulle därför underlätta.

3.1.2 Primärvårdens sjuksköterskor och primärskötare/närvårdare

Sjuksköterskor och primärskötare/närvårdare har endast i liten utsträckning egen patientmottagning. Det är främst i samband med sjukvårdsmottagningen som de har möjlighet att diskutera livsstilsfrågor med patienterna. Man betonar att man skulle önska ett större samarbete med läkarna kring dessa frågor. Beträffande läkemedelsmissbruk framkommer exempelvis att man ibland anar denna problematik genom de receptförnyelser som lämnas in.

3.1.3 Primärvårdens och specialsjukvårdens läkare

I samband med informationstillfällena med dessa personalgrupper kunde man ana en viss uppgivenhet beträffande det alkoholskadeförebyggande arbetet. Som främsta skäl anges den alkoholpolitik som bedrivs i vårt samhälle. Någon antyder även att missbrukarvården kunde ges större resurser och på detta sätt delvis avlasta sjukvården i det här arbetet.

3.1.4 Primärvårdens och specialsjukvårdens diabetesskötare, antikoagulanssköterskan

Frågor om alkohol och rökning berörs och journalförs på diabetesmottagningen. Diskussion om snus är inte så vanligt. I samband med antikoagulansbehandling förekommer att patienten förnekar alkoholbruk, något som kan ha livsfarliga konsekvenser p.g.a medicineringsen. Avslöjande provsvar leder till konfrontation som i allmänhet uppfattas som positivt av patienten.

3.1.5 Specialsjukvårdens polikliniker och avdelningar

Akutpolikliniken tar emot påverkade personer i alla åldrar. Beträffande ungdomar finns klara direktiv för det fortsatta omhändertagandet i samarbete med fältarna och barn- och ungdomsenheten.

Kombinationen av psykiatriska problem och påverkan är vanlig och orsakar vissa problem. En onykter person kan inte överföras till psykiatrisk vård varför akuten blir ett slags ”tillnyktringsenhet”. Även IVA känner av denna problematik eftersom de tar emot de intoxikerade som ibland måste uppta en plats där längre än den medicinska behandlingen skulle kräva.

På kirurgiska polikliniken sätts antabus kapslar. Dessa patienter är således medvetna om sitt problem och motiverade för förändring. I samband med samtal inför operationer frågar man om rökning främst för narkosens skull. Vårdpersonalen antar att läkaren talar med patienten om levnadsvanor inför planerade åtgärder. I samband med såromläggningar uppkommer ibland en misstanke om alkoholbruk men man upplever att det är svårt att veta hur man skall ta upp detta till diskussion.

På medicinska avdelningen tar man i undantagsfall in patienter för avgiftningsbehandling. Detta sker på medicinska grunder och i samarbete med psykiatri där avgiftningsbehandlingen i huvudsak ges. Även här upplever man att patienten ibland inte går att motivera till en överflyttning till psykiatri så snart det medicinska tillståndet har förbättrats. För övrigt sker ingen systematisk diskussion med patienten om levnadsvanor. Bristen på avskilt utrymme anges som en orsak till detta, men även svårighet att veta hur man skall gå vidare t.ex. då patienter med relativt höga promillehalter i blodet förnekar alkoholintag. Sköterskorna är positivt inställda till att göra ett ”inskrivningssamtal” med alla patienter där det är möjligt och skulle gärna använda ett färdigt formulär för detta.

Barn- och ungdomsenheten samarbetar med psykiatri beträffande avgiftningsbehandling. En diskussion om föräldrars alkoholproblem fördes. Ibland har man en sådan misstanke men det råder osäkerhet om huruvida man skall ta upp saken med dem eller inte.

Personalen på rehabiliteringsavdelningens bäddavdelning möter relativt ofta patienter med mer eller mindre uttalade alkoholproblem. Man upplever att det kan vara svårt att veta när och hur man skall ta upp frågorna. Smärtpatienter tillfrågas ibland om alkoholvanor. Främst dokumenteras rökning i samband med inskrivningssamtalet.

3.1.6 Psykiatriska specialsjukvården

Vid de öppna mottagningarna för vuxna, barn- och ungdomar samt dagkliniken uppstår diskussioner om levnadsvanor, främst alkohol och tobak, läkemedels- och droganvändning/missbruk.

I de långvariga vårdförhållandena på dagkliniken dokumenteras hälsovanor, där rök- och alkoholvanor ingår, som en del av omvårdnadsjournalen.

På vuxenmottagningen är det vanligt att alkohol är en del av patientens problematik. Vanligast är det hos den relativt unga patienten som vuxit upp i en familj med alkoholiserade föräldrar, kvinnan som lever med en alkoholiserad man eller mödrar till barn med alkohol- eller drogproblem.

På barnsidan uppger man att man oroar sig för att barnen har så dåliga vuxenförebilder beträffande alkoholvanor. Man frågar föräldrar till barn med särskilda behov om deras alkoholbruk som en del av diskussionen om familjens levnadsvanor.

Psykiatriska akutavdelningen handhar avgiftningsbehandlingen i samarbete med missbrukarvården. Även här konstateras att en ”tillnyktringsenhet” skulle förbättra kvaliteten för den vårdsökande patienten.

3.1.7 Socialkuratorerna

Socialkuratorerna försöker vara tillgängliga för alla patienter. Diskussion om livsstil är inte ovanlig. En viss svårighet att nå fram till personalen om vad de som personalgrupp kan bidra med och en bristande kunskap hos både läkare och sjukskötare om gällande lagstiftning uppfattas som faktorer som ibland försvårar rehabiliteringen för patienten. Samarbete och utbildning över yrkesgränser föreslås.

3.2 Personalenkät

Under våren 2004 utdelades sammanlagt 78 st. frågeformulär angående screening och intervention. I samband med de samtal kring alkohol- och drogfrågor som fördes med personalen på olika enheter delades formuläret ut och fylldes i vid samma tillfälle. De personalgrupper som fick fylla i formuläret var de som främst projektledaren bedömde kunde komma att beröras av metoderna. Det innebär att primärvårdens läkare, vårdpersonalen på hälsocentralens läkarmottagningar i Mariehamn och Godby, samtliga hälsovårdare och specialsjukvårdens socialkuratorer och läkare i något sammanhang har fått möjlighet att fylla i formuläret.

3.2.1 Resultatredovisning

Svaren har analyserats utgående från yrke: läkare 23 st., hälsovårdare 32 st., sjukskötare och närvårdare eller motsvarande 20 st. och socialkuratorer 3 st.

Samtliga har förhållandevis lång arbetslivserfarenhet. Bland läkarna var variationen 2- 36 år, vårdpersonalen 2,5-35 år och socialkuratorerna 7-10 år.

Livsstilsfaktorer

På frågan: ”*Hur ofta tar du upp följande livsstilsfaktorer då du möter en patient*” gavs följande svar: (Tabell 1-4).

Läkare (n=23)	Alltid	Ofta/ibland	Sällan/aldrig	Totalt
Tobak	12	10	1	18
Snus	3	8	12	23
Alkohol	1	20	0	21
Droger	1	8	12	21
Motion	1	20	1	22
Kost	1	18	2	21

Tabell 1.

Sjukskötare/Närvårdare(n=20)	Alltid	Ofta/ibland	Sällan/aldrig	Totalt
Tobak	1	13	6	20
Snus	0	8	12	20
Alkohol	1	9	8	18
Droger	0	5	15	20
Motion	4	15	1	20
Kost	4	16	0	20

Tabell 2.

Hälsovårdare (n=32)	Alltid	Ofta/ibland	Sällan/aldrig	Totalt
Tobak	5	16	2	23
Snus	1	9	11	21
Alkohol	4	13	5	22
Droger	3	9	19	21
Motion	5	22	0	27
Kost	6	16	0	22

Tabell 3.

Socialkurator(n=3)	Alltid	Ofta/ibland	Sällan/aldrig	Totalt
Tobak	0	2	1	3
Snus	0	2	1	3
Alkohol	0	2	1	3
Droger	0	2	1	3
Motion	0	1	2	3
Kost	0	1	2	3

Tabell 4.

Samtliga tillfrågade personalgrupper frågar oftare om kost och motion än om tobaks- och alkoholvanor. De tillfrågade hälsovårdarna arbetar inom så vitt skilda områden som företagshälsovård, mödra-, barn- och preventivrådgivning, skolhälsovård och hemsjukvård samt sjukvårdsmottagning i vilken bland annat ingår hälsorådgivning till den vuxna befolkningen i samband med kronisk sjukdom såsom exempelvis högt blodtryck och diabetes. De kommenterade att det därför var svårt för dem att besvara denna fråga generellt. Detta är en trolig förklaring till det relativt stora antalet obesvarade frågor i tabell 3. Det framkom också att gravida utgjorde den patientgrupp som man var mest benägen ställa frågor om alkohol och tobak till.

Screeninginstrument

Två frågor gav exempel på olika screeninginstrument som kan användas för alkohol- och drogbedömning. (Tabell 5 och 6). I första frågan fick man ange vilket man känner till och den andra vilket man använde sig av.

”Vilka screeninginstrument känner du till?”

Kunskap om screeninginstr.	Läkare (n=23)	Sjuksköt./Närvård.(n=20)	Hälsovårdare(n=32)	Socialkurator(n=3)
BONS	0	0	0	0
CAGE	5	0	4	0
Uopen	0	0	0	0
MAST	1	0	1	0
Testaren	1	0	1	0
AUDIT	6	0	3	0
TWEAK	0	0	0	0
T-ACE	0	0	0	0
WAG	0	0	0	0
SUDDIS/ADDIS	10	7	9	2

Tabell 5.

”Vilka screeninginstrument använder du?”

Användning av screeninginstr.	Läkare (n=23)	Sjuksköt./Närvård.(n=20)	Hälsovårdare(n=32)	Socialkurator(n=3)
BONS	0	0	0	0
CAGE	2	0	2	0
Uopen	0	0	0	0
MAST	0	0	1	0
Testaren	0	0	0	0
AUDIT	2	0	1	0
TWEAK	0	0	0	0
T-ACE	0	0	0	0
WAG	0	0	0	0
SUDDIS/ADDIS	2	0	2	0

Tabell 6.

Inställning till screening av alkoholvanor

De tillfrågade fick även ange vilken inställning de har till screening av alkoholvanor på en skala med fem alternativ från mycket negativ till mycket positiv. (Tabell 7). I tolkningen har sedan skalan gjorts tredelad.

”Vilken är din inställning till screening av alkoholvanor?”

Inställning till screening	Negativ	Varken positiv eller negativ	Positiv/mycket positiv	Totalt
Läkare (n=23)	2	4	17	23
Sjuksk./Närvård (n=20)	0	1	19	20
Hälsovårdare (n=32)	0	0	32	32
Sociakurat. (n=3)	0	0	3	3

Tabell 7.

Konstateras kan således att samtliga tillfrågade har en mycket positiv inställning till screening av alkoholvanor.

Prioritering av livsstilsfrågor

För att få en uppfattning om i hur hög grad livsstilsfrågor prioriteras i samband med ett patientbesök (Tabell 8), ställdes frågan så att svaren angavs på en skala med fem alternativ från mycket lågt till mycket högt. Svaren har analyserats i en tredelad skala så att mycket lågt/lågt, varken högt eller lågt och högt/mycket högt utgör svarsresultat.

”Hur högt prioriterar du livsstilsfrågor?”

Proritering av livsstilsfrågor	Lågt/mycket lågt	Varken lågt eller högt	Högt/mycket högt	Totalt
Läkare (n=23)	0	2	21	23
Sjuksk./Närvård (n=20)	0	2	18	20
Hälsovårdare (n=32)	0	2	30	32
Sociakurat. (n=3)	0	0	3	3

Tabell 8.

Slutsatsen blir att en övervägande del av den tillfrågade personalen prioriterar livsstilsfrågor i samband med att de möter en patient.

Interventionsmetoder

Personalen tillfrågades om de känner till någon interventionsmetod och om de använder den i sitt arbete. (Tabell 9 och 10). Två metoder gavs som exempel och möjligheten fanns att ange ytterligare någon. Svartalternativen var ja, nej eller i någon mån, och man behövde inte ange vilken eller vilka man kände till. De flesta som kände till någon metod hade strukit under det alternativ som avsågs.

Det framkom att trots att flertalet kände till någon metod, var det ytterst få som använde den.

”Känner du till någon interventionsmetod?”

Kunskap om interventionsmetod	Ja	Nej	I någon mån	Totalt
Läkare (n=23)	7	11	5	23
Sjuksk/närv. (n=20)	0	0	0	20
Hälsovårdare(n=32)	5	22	3	30
Socialkurator (n=3)	0	0	3	3

Tabell 9.

”Använder du den i ditt arbete?”

Användning av interventionsmetod	Ja	Nej	Ibland	Totalt
Läkare (n=23)	0	12	3	15
Sjuksk/närv. (n=20)	0	0	0	0
Hälsovårdare(n=32)	1	25	2	28
Socialkurator (n=3)	0	3	0	3

Tabell 10.

Utbildning

Den sista frågan gäller intresse för utbildning. (Tabell 11). Den ställdes efter frågorna om interventionsmetoder, varför man kan anta att svaret i första hand är relaterat till detta.

”Är du intresserad av utbildning?”

Intresse för utbildning	Ja	Nej	Totalt
Läkare (n=23)	22	1	23
Sjuksk/närv. (n=20)	16	0	16
Hälsovårdare(n=32)	29	2	31
Socialkurator (n=3)	3	0	3

Tabell 11.

En ger ”eventuellt” som eget svartalternativ.

Kommentarer från deltagarna

Personalen fick också möjlighet att komma med fritt formulerade åsikter i ämnet.

Bland hälsovårdarna framkom att man ville ha mera utbildning om många av de nämnda livsstilsfaktorerna, eftersom dessa frågor är jätteviktiga. En faktor som inte fanns med i formuläret men som man ville känna till mera om var ”depressionsmätaren”.

Alkoholscreening nämndes också och kunskap om läkemedelsberoende. En svarar att *”vi behöver göra mera åt alkoholfrågor efter högstadiet, rekommendera lärarna att kontakta fältare, A-kliniken när ungas alkoholvanor diskuteras/kommer upp”*. En svarar *”ja till utbildning om den är trovärdig, med åren har man blivit luttrad”*. Man konstaterar också att det är svårt att fylla i formuläret eftersom man har så många olika patientkategorier.

Även vårdpersonalen konstaterar att dessa frågor är beroende av vilken typ av patientbesök det gäller *”t.ex. blodtryckskontroll naturligt men inte vid öronspolning, injektioner och halsprov”*. En säger att hon *”prioriterar livsstilsfrågor högt men att det är ’fysiskt’ svårt”*. En säger att *”läkarna borde ta reda på mer, t.ex. i samband med rygg- magont, huvudvärk och längre sjukskrivningar, det döljer sig en hel del bakom somatiken”*.

En socialkurator poängterar att det skulle vara *”viktigt att vi på Åland har en metod som funkar och som många använder, känner till och får rutin på”*. En annan skriver *”önskar ett positivt bemötande hos samtlig personal även vad gäller personer med alkohol eller drogproblem”*.

En av specialistsjukvårdens läkare påpekar att orsaken till patientens besök långt är avgörande för om man tar upp dessa frågor eftersom det kan upplevas som kränkande om man alltid tar upp det, speciellt vid första besöket.

3.2.2 Sammanfattning av enkätresultatet

Undersökningen som riktade sig till primärvårdens läkare, vårdpersonal och specialistsjukvårdens socialkuratorer påvisade ett stort engagemang i livsstilsfrågor hos samtliga personalgrupper. Det förefaller som om man oftast frågar om kost och motion, därefter om tobak och alkohol och minst ofta specifikt om snus. Läkarna och socialkuratorerna frågar om alkohol i större utsträckning än vårdpersonalen. Resultaten av den här undersökningen är jämförbar med en motsvarande som gjordes i Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 1996 och 1998¹⁶.

Man kan konstatera att livsstilsfrågor anses viktiga oberoende om man arbetar som läkare inom primärvården eller specialistsjukvården. Gemensamt är att man oftare tar upp frågor om tobak än snus och droger och att motionsvanor berörs i något högre grad än kostvanor samt att frågor om alkohol, tobak och motion har högsta prioritet.

Vid en jämförelse av svaren från primärvårdens och specialistsjukvårdens läkare finns marginella skillnader. Fler läkare inom specialistsjukvården tog ställning för screening av alkoholvanor, medan man i primärvården i flera fall inte hade en bestämd uppfattning.

En orsak till att specialistsjukvårdens läkare i högre grad kände till interventionsmetoden motiverande samtal kan vara att en del av de tillfrågade hade deltagit i vårens utbildningstillfälle och att en del fyllde i frågeformuläret efter att informationen om metoden

¹⁶ Seppä K. Dialogi 5/1999 s. 53-55

hade givits eftersom de inte haft möjlighet att närvara från början. Samtliga läkare med undantag av en, var intresserad av utbildning i interventionsmetoder.

Frågor om kost och motion är naturligtvis av stor betydelse då det gäller människors hälsovanor. Särskilt det senaste året har problemet med övervikt bland befolkningen varit i fokus inom så gott alla åldersgrupper, vilket kan vara en orsak till den stora benägenheten att diskutera kost och motion med patienten.

Alkohol- och tobaksrelaterade skador är inget nytt fenomen. Bland hälsovårdarna framkommer att dessa frågor har högsta prioritet då det gäller den gravida kvinnan. I mödrarådgivningsjournalen framgår tydligt att dessa frågor skall ställas och dokumenteras. Inom barnrådgivningsarbetet är dessa frågor inte obligatoriska och tas inte heller i lika hög grad upp enl. den här undersökningen. I Sverige förs statistik över rökvanor både på mödra- och barnvårdscentralerna. År 2001 var det 11% av de gravida som rökte. När barnet var nyfött rökte 8 % och vid åtta månaders ålder rökte 10 %. Pappornas rökvanor påverkas i mindre utsträckning än mammornas. Tre månader före graviditeten rökte 20 %, medan 7 % rökte i vecka 30. enl statistik för år 2002. Omkring 1,4 % snusade i tidig graviditet.^{17 18} Detta talar för att en systematisk uppföljning på barnrådgivningen av moderns och faderns rökvanor kunde vara till nytta.

3.3 Patientenkät

Under våren 2004 utfördes en enkätundersökning vid hälsocentralernas mottagningar i Mariehamn och Godby. Tillstånd gavs av ÅHS etiska kommitté. Alla patienter över 18 år, deras närstående och följeslagare fick möjlighet att svara på frågor om sina levnadsvanor, sin bedömning av sitt hälsotillstånd och sin uppfattning om att diskutera levnadsvanor inom hälso- och sjukvården [Bilaga 1 och 2]. Sammanlagt svarade 330 personer, ett tiotal avböjde, främst av hälsoskäl.

Samtliga figurer nedan är hämtade ur rapporten.¹⁹

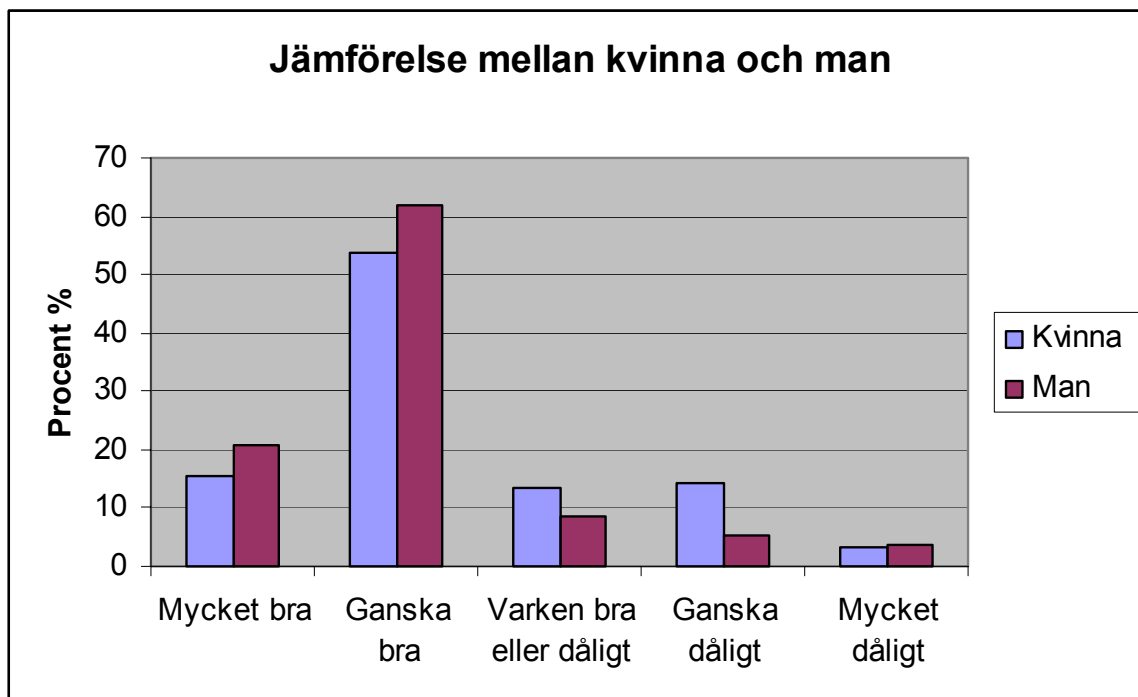
3.3.1. Bedömning av hälsotillstånd

Unga personer (25-34 år) förefaller att uppskatta sitt hälsotillstånd som sämre än de äldre (65-74 år). Det framgår att män tenderar att bedöma sitt hälsotillstånd bättre än kvinnor. (Figur 1) De som bodde ensamma tenderade att bedöma sitt hälsotillstånd som sämre än de övriga.

¹⁷ Liten minskning av andelen gravida rökare. Tobaksfakta.org <http://www.tobaksfakta.org/view.asp>, 2004-12-09

¹⁸ Rökfria Barn, Cancerfonden nr 1/ jan. 2004

¹⁹ Palmqvist S, Hokkanen A, Lilja J. 2004 Enkätundersökning om 330 åländska invånares levnadsvanor.



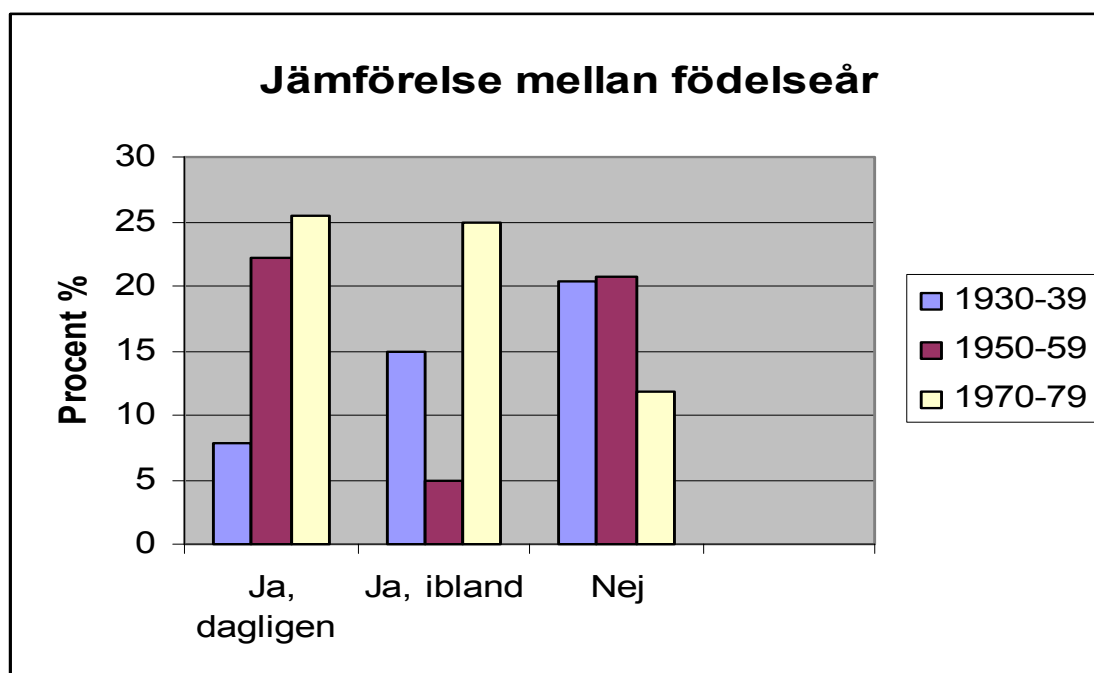
Figur 1. Bedömning av hälsotillstånd

Kvinnorna hade mera långvariga besvär än männen och de var oftare med på mottagningen som anhörig.

3.3.2 Levnadsvanor

De levnadsvanor som fokuserades i enkäten var tobak, alkohol, droger, kost och motion.

Tobaksvanor



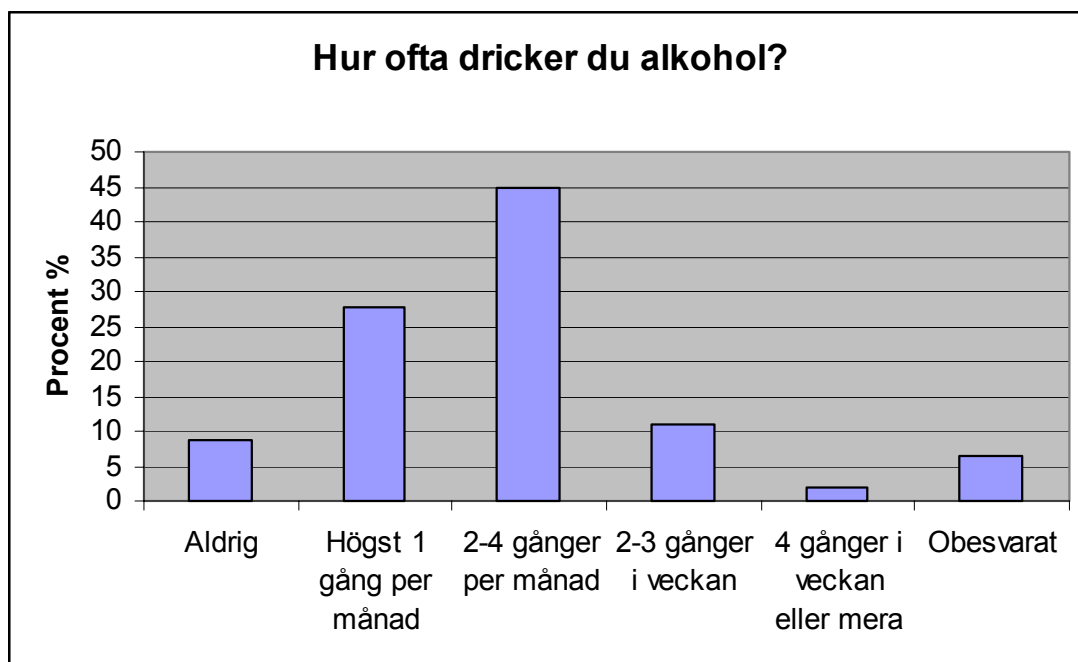
Figur 2. Rökvanor

Beträffande rökvanor föreligger inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor, 19.6 % av kvinnorna och 20.9 % av männen röker dagligen. Dessa finns bland 25 – 34 åringarna. (Figur 2).

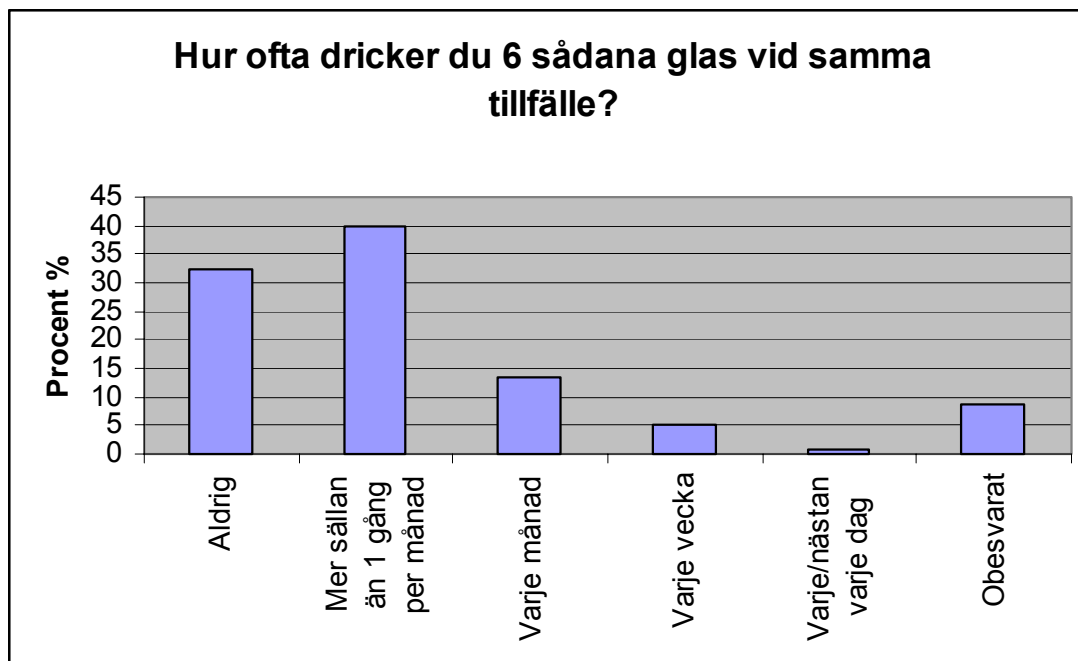
Alkoholvanor

Flera frågor ställdes angående alkohol. Syftet med dessa frågor var främst att få en uppfattning om konsumtionen för att därefter kunna göra en bedömning av hälsorisken i förhållande till detta.

Av de tillfrågade uppger 86.4 % att under de senaste månaderna druckit någon form av alkohol. Det fanns ett signifikant samband med ålder och utbildning, men däremot inte med kön. Fler yngre och fler högutbildade hade konsumerat alkohol. Män tenderar att dricka oftare än kvinnor och högutbildade dricker mer än lågutbildade. (Figur 3)



Figur 3. Alkoholvanor



Figur 4. Alkoholkonsumtion

De yngre drack större mängder än de äldre, likaså drack män mer än kvinnor. På frågan om hur ofta man drack fler än 6 glas (1 glas = 45 cl mellanöl, 33 cl starköl, 15 cl vin eller 4 cl starksprit) vid samma tillfälle (Figur 4) svarade endast 32,4 % att de aldrig gör det.

Kostvanor

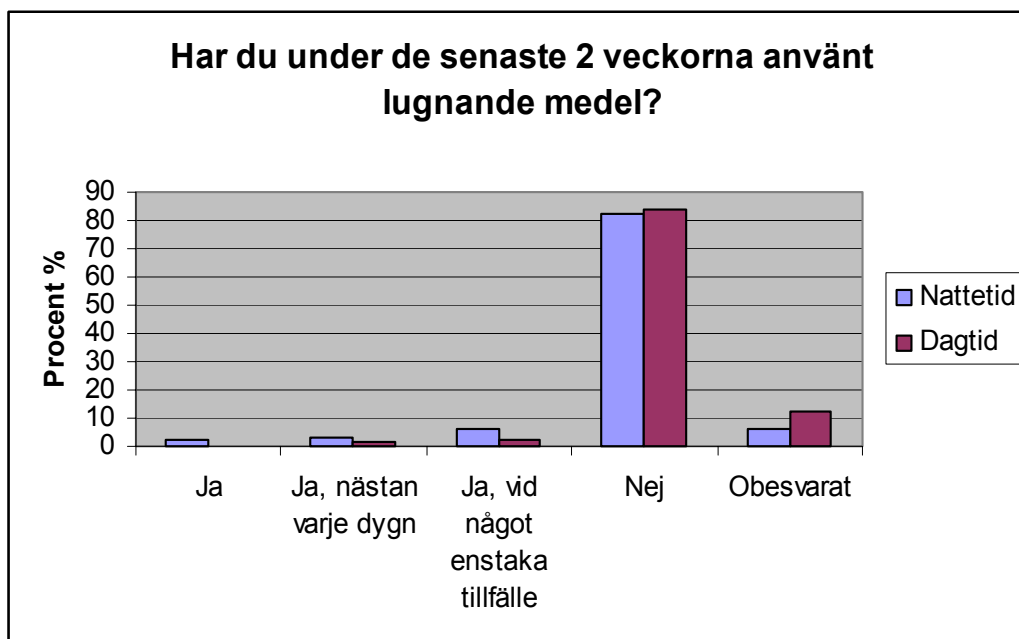
Frågorna om kostvanor visade att äldre i högre grad än yngre försökte begränsa sitt fettintag och äta fiberrika livsmedel. Kvinnorna var mera måna om fiberintaget än männen medan det inte förelåg skillnader mellan könen beträffande fettintaget.

Motionsvanor

En fråga handlade om huruvida man motionerade minst 20 min. dagligen under en vanlig vecka. Det visade sig att äldre motionerade mer än yngre och kvinnorna mer än männen.

Lugnande medel

Användningen av lugnande medel hade samband med åldern både användning dagtid och nattetid, men inget samband med kön eller utbildning.(Figur 5)

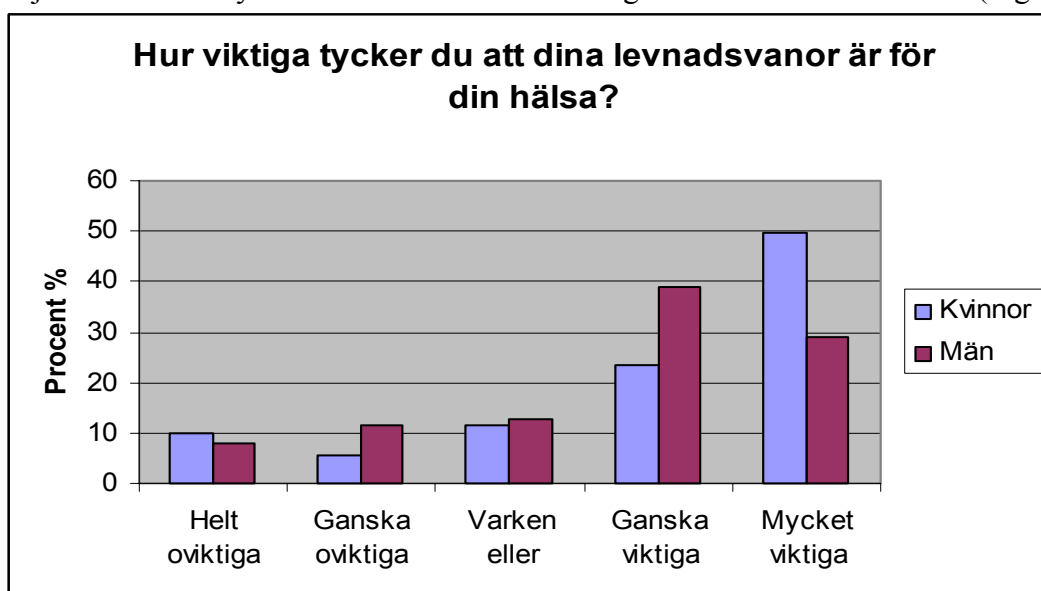


Figur 5. Användning av lugnande medel

3.3.3 Levnadsvanors betydelse för hälsan

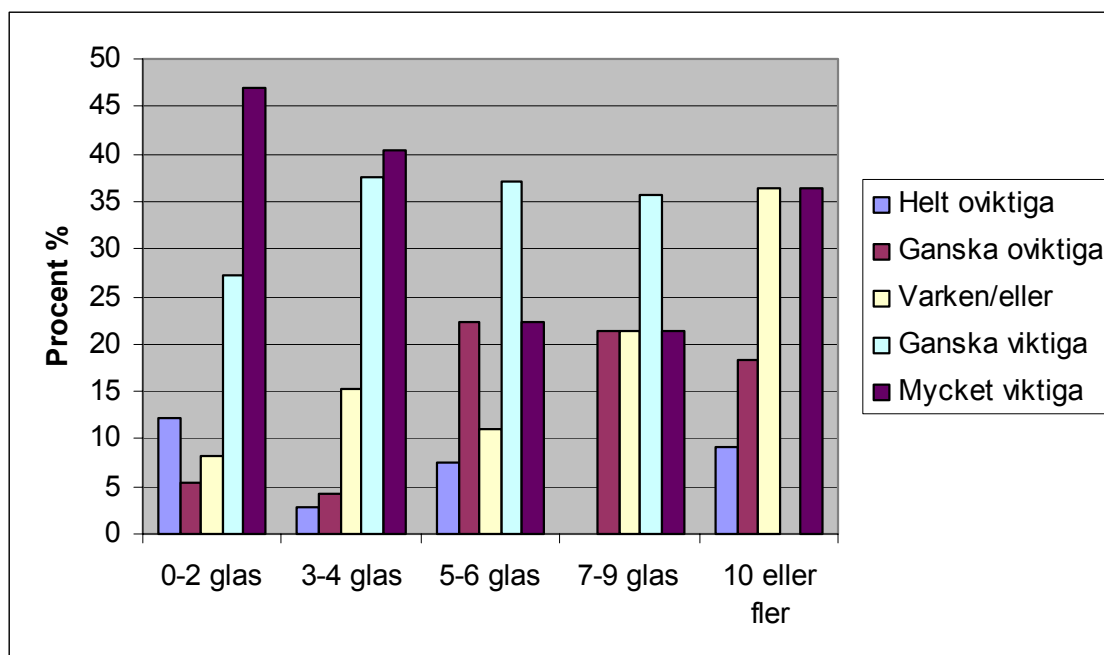
Alkohol

Beträffande individens uppfattning om levnadsvanornas betydelse för hälsan framkom följande: kvinnor tycker att alkoholvanor är viktigare för hälsan än männen. (Figur 6)



Figur 6. Samband alkohol och hälsa

De som har en låg alkoholkonsumtion anser att alkoholvanorna är viktigare för hälsan än de med hög alkoholkonsumtion. (Figur 7)



Figur 7. Samband alkoholkonsumtion och hälsa

Kost

Kvinnorna anser i högre grad än männen att kostvanor är viktiga, vilket även de äldre personerna gör. Detta blir speciellt tydligt beträffande fettintag och fiberintag då de som aktivt begränsar detta resp. ökar, ser matvanorna som viktigare än de som inte gör det.

Tobak

Tobaksvanor i förhållande till hälsa saknar signifikant samband med kön, ålder och utbildning. 63.7 % av kvinnorna och 54.5 % av männen tycker att de är mycket viktiga medan 12,3 % resp. 20.2 % tycker att de är helt oviktiga.

Motion

Då det gäller motionsvanor anser kvinnorna i högre grad än männen att de är viktiga. Det finns även ett svagt samband med ålder då äldre bedömde dem som viktigare än de yngre. De som motionerade ofta bedömde dem som viktigare än de övriga.

3.3.4. Inställning till att tillfrågas

Eftersom andra studier^{20 21 22 23} visar att det förekommer olika uppfattningar bland vårdpersonalen om huruvida patienterna vill bli tillfrågade om levnadsvanor, särskilt alkohol, ställdes en del frågor om detta.

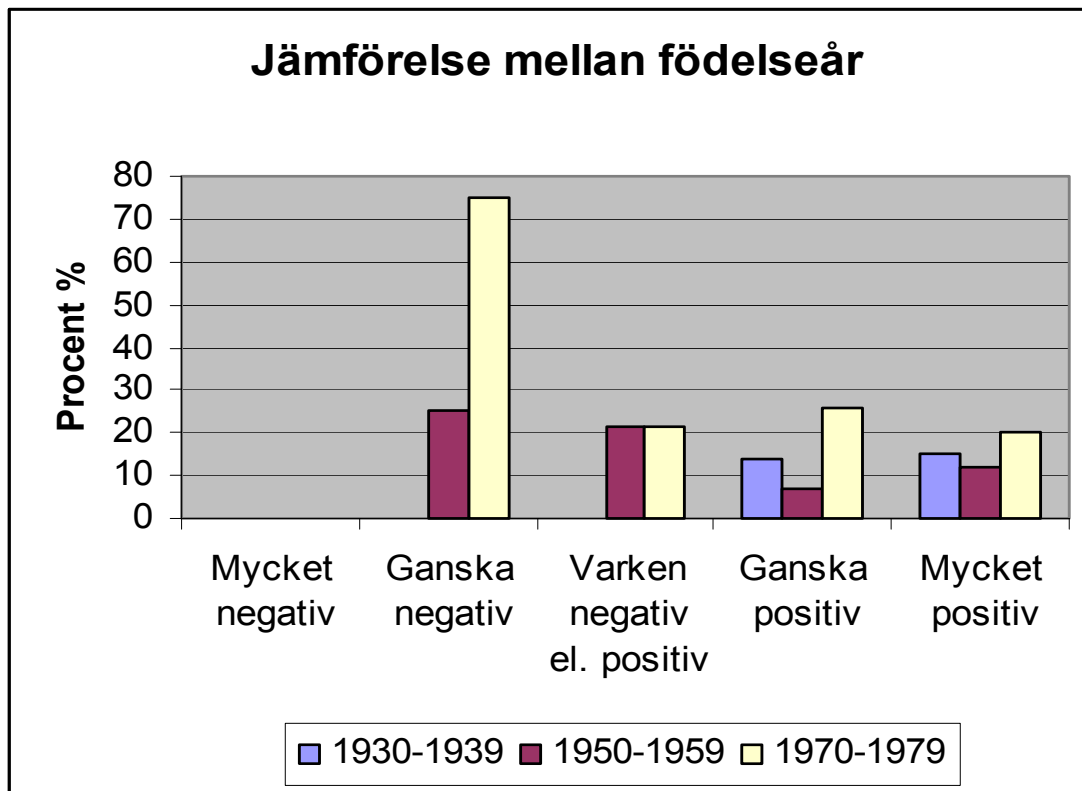
²⁰ Vepsäläinen M. Dialogi 3/ 2004, s. 40-41

²¹ Arborelius E. Läkartidningen 92 137/ 1995, s. 3339-3342

²² Andréasson S. Läkartidningen 99 43/ 2002 s. 4252-4255

²³ Graffman K, Andréasson S. STAD- projektet Rapport nr 18 2002

Det förelåg ingen signifikant samband mellan kvinnors och mäns inställning till att tillfrågas om sina levnadsvanor. 42.9 % av kvinnorna och 50.0 % av männen var mycket positiva medan ingen av kvinnorna och 2.3 % av männen var mycket negativa. De som besökte hälsocentralen i Godby (110 st.) var något mer negativa än de i Mariehamn (220 st.) De äldre tenderade att vara mera positiva än de yngre. (Figur 8)



Figur 8. Samband ålder och inställning

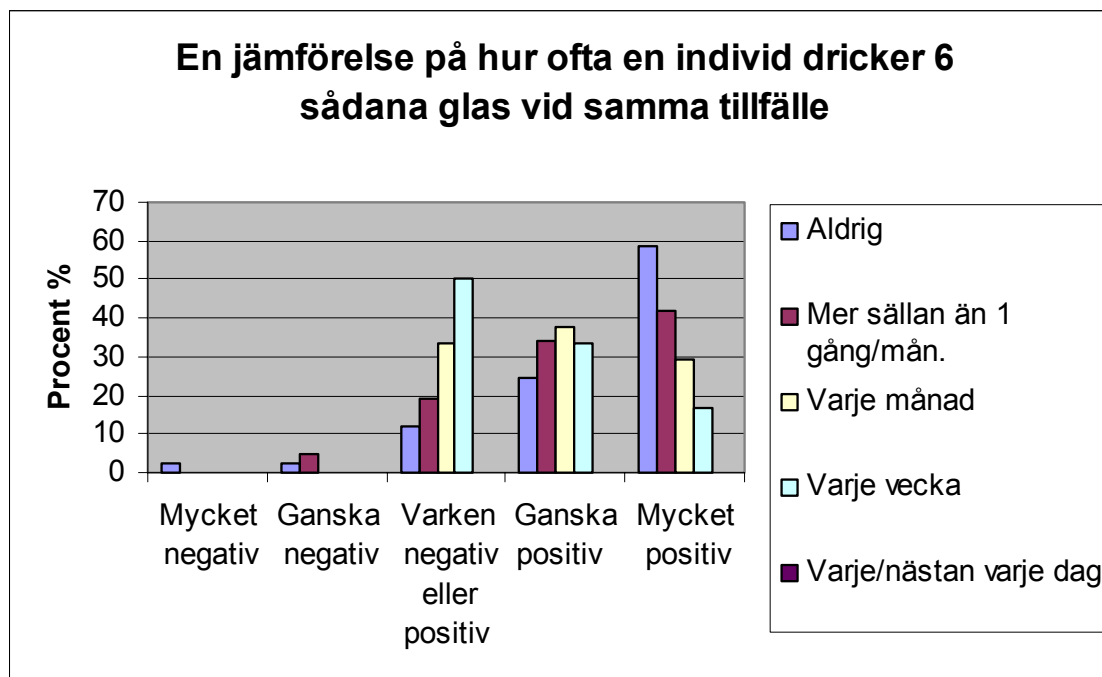
De friska var mera positiva till diskussion än de som upplevde sitt hälsotillstånd som dåligt.

Tobaksvanor

Då man studerar sambandet mellan inställning och tobaksvanor kan man konstatera att det inte finns något signifikant samband.

Alkoholvanor

Då det gäller alkohol framkommer det att de som dricker mindre eller inte så ofta är mera positiva än de övriga. (Figur 9)



Figur 9. Inställning och alkoholkonsumtion

Matvanor

På frågor om hur individen bedömer betydelsen av att levnadsvanor tas till diskussion ser man ett signifikant samband endast beträffande matvanor, där de äldre är mera positiva än de yngre.

3.3.5 Önskan att få hjälp och stöd till förändring

På frågan om man önskade få hjälp eller stöd att förändra någon levnadsvana framkom att kvinnor är mera positiva till att förändra matvanor än män. Högutbildade är mera villiga att förändra alkoholvanor, men det finns inget signifikant samband med kön resp. ålder. De yngre är mera motiverade att förändra sina tobaksvanor, inte heller där ser man skillnad mellan könen. Beträffande motionsvanor ses inga signifikanta skillnader mellan kön och ålder. 78,4 % av kvinnorna och 80,0 % av männen är nöjda med sina motionsvanor.

3.3.6 Kunskap om var man kan få hjälp och stöd att förändra en levnadsvana

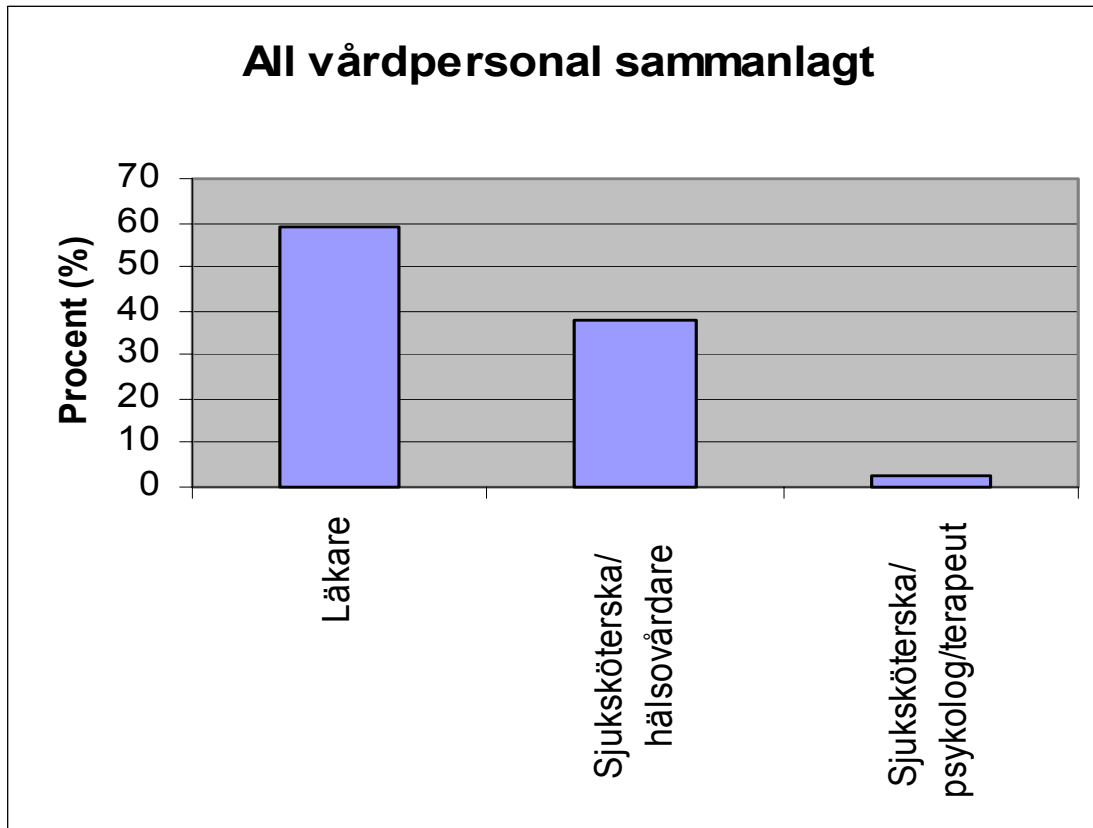
Har de som besöker läkare eller vårdpersonal kunskap om var de kan få hjälp att förändra sina levnadsvanor? Där ses inga signifikanta samband beträffande olika levnadsvanor och kön. 68,9 % av kvinnorna och 63,6 % av männen svarar nej beträffande matvanor. Med alkoholvanor vet 62,3 % av kvinnorna och 62,1 % av männen inte var de kan få hjälp. Något fler, 68 % resp. 67 % vet inte vart de skall vända sig om de vill ändra sina tobaksvanor och 73,9% resp. 65,2 % då det gäller motionsvanor.

3.3.7 Var har man tillfrågats om sina levnadsvanor

Har man tillfrågats inom ÅHS om sina levnadsvanor och i så fall av vem? Inte heller här ses signifikanta samband mellan kön.

Mellan 70 och 80 % har inte tillfrågats om matvanor, samma sak gäller alkohol, tobak och motion.

De som tillfrågats uppger att de i de flesta fall är läkaren som gjort det. (Figur 10)



Figur 10. Personal som frågat om levnadsvanor

De flesta har tillfrågats av hälsocentralens läkare (drygt 20 %), läkaren på företagshälsovården eller på någon av specialsjukvårdens avdelningar eller polikliniker. Läkaren på rådgivningen, eller inom psykiatrin har sällan frågat.

Ca 12 % har frågats av sjuksköterskan på hälsocentralen och nästan lika många på företagshälsovården medan ca 8 % svarar att de tillfrågats på rådgivningens mottagning.

3.4 Sammanfattning och diskussion

Syftet med frågeformuläret var att få reda på patienternas uppfattning om olika levnadsvanors betydelse för hälsan. Av intresse var också att utröna huruvida det ges möjlighet att diskutera levnadsvanor inom Ålands hälso- och sjukvård och hur patienten uppfattar en sådan diskussion. Eftersom enkäten utgör en del av projektet fick frågor om alkoholvanor större utrymme än andra levnadsvanor.

Av de tillfrågade uppger närmare 90 % att de under de senaste månaderna druckit alkohol. Fler yngre människor och fler högutbildade ingår i denna grupp. Män dricker oftare och större mängder än kvinnor. Även de yngre dricker större mängder än de äldre, likaså de högutbildade. Drygt 13 % av de tillfrågade drack varje månad mer än 6 glas

(standardenheter)²⁴ alkohol vid samma tillfälle. Ca 20 % av männen och drygt 10 % av kvinnorna svarade att de gjorde det.

Kvinnorna och de som konsumerar lite alkohol, uppfattar att alkoholvanorna har betydelse för hälsan i högre grad än männen. Lågkonsumenterna är också mera positivt inställda till att diskutera alkoholvanor än de som dricker mer. Bland de högtbildade finns de som är mest positiva till att förändra sina alkoholvanor. Drygt 60 % av de tillfrågade vet dock inte vart de skall vända sig för att få hjälp inom ÅHS.

Enl. Graffmans och Andréassons²⁵ undersökning har 28 % av männen och 10 % av kvinnorna sådana alkoholvanor att de ökar risken för medicinska och sociala problem. Resultaten från denna undersökning tyder på liknande tendens.

Den undersökning om kvinnohälsa som gjordes 1998 inom ÅHS framkom att 26,6 % av kvinnorna i åldersgruppen 45 år dricker alkohol 1-2 ggr i veckan eller oftare. 40,8 % dricker 1-2 ggr i månaden. Mängden som konsumeras framgår inte.²⁶

Män och kvinnor har ungefär samma inställning till att diskutera sina levnadsvanor, ungefär hälften av dem var mycket positiva till en sådan diskussion. De som mådde relativt bra och de äldre var mest positiva.

Däremot framkom det att nästan 80 % aldrig hade tillfrågats, en siffra som väl överensstämmer med Graffmans och Andréassons undersökning 2002. Hälsocentralens läkare förefaller vara den som är mest aktiv att ta upp sådana här frågor.

Det framgår av undersökningen att ca 20 % av både männen och kvinnorna är rökare. De flesta är mellan 25 och 34 år. Drygt hälften anser att tobaksvanorna har betydelse för hälsan och det är också i den största gruppen av rökare som man är mest intresserad av att få hjälp att förändra dem. Dock vet närmare 80 % inte var de kan få den hjälpen.

Kvinnorna och de äldre förefaller vara mera måna om sina kostvanor.

Användningen av lugnande medel är lika stor hos båda könen och vanligast i åldersgrupperna födda 1920-29, 1950-59 och 1980-89 då det gäller användning dagtid. Användningen nattetid är jämnare fördelad men något vanligare i den äldsta åldersgruppen.

Inte överraskande är det de som upplever sig som friskast, som är mest positiva till att diskutera sina levnadsvanor. De äldre är också mera intresserade än de yngre.

3.5 Jämförelse mellan personal- och patientenkäten

Beträffande förekomsten av diskussion om levnadsvanor är det intressant att jämföra patienters och personals uppfattning om detta. Främst är det av betydelse för att få en uppfattning om var det skulle krävas ett förändrat arbetssätt beträffande det hälsofrämjande arbetet inom Ålands hälso- och sjukvård.

Gemensamt för all vårdpersonal är att de upplever att det är viktigt att diskutera levnadsvanor med patienten. Även en majoritet av patienterna uppger att de gärna diskuterar dem. Trots

²⁴ WHO 2001

²⁵ STAD-projektet 2002

²⁶ Sandell, S. 1998. s. 13. Kvinnohälsa, ÅHS/primärvården

detta svarar närmare 80 % att de inte tagits upp till diskussion. Andréasson och Graffman²⁷ gjorde en studie i Stockholms och Jämtlands läns landsting år 2000 – 2001 för att utröna patienternas inställning till livsstilsfrågor och i vilken grad patienter efterfrågar samtal om levnadsvanor. Omkring 70 % uppgav att de aldrig fått någon fråga om levnadsvanor och majoriteten tyckte att det var viktigt att sjukvården tog upp sådana frågor.

Således kan man konstatera att problematiken förefaller vara densamma inom Ålands hälso- och sjukvård. Utmaningen ligger således i att ringa in problemen och hitta lösningar. Enligt en studie i Blekinge, som man hänvisar till i ovannämnda artikel, är de främsta hindren för distriktsläkarna stress, brist på enhetliga riktlinjer och att arbetet med missbruksproblem har låg status. Alla önskade mer utbildning, ett faktum som även framkom i undersökningen bland ÅHS- läkare.

4. Personalutbildning

Hösten 2003 anordnade Socialvårdsbyrån ett informationstillfälle om STAD- projektet för personal inom ÅHS och socialvården samt övriga intresserade. Under rubriken ”Varför gör dom inte som jag säger” presenterades också den motiverande samtalsmetoden.

Motiverande samtal

I mars 2004 anordnades en heldags- utbildning i metoden med uppföljning, både i smågrupper under ledning av projektledaren två månader senare och en heldag på hösten under ledning av utbildaren.

På hösten ordnades ytterligare en heldagsutbildning. Samtliga intresserade inom ÅHS, socialvården och övriga inbjöds att delta. Sammanlagt har 119 personer fått utbildning och 31 deltog i höstens uppföljningsdag. Metoden presenteras närmare i del III.

Droger och avgiftning

Under de samtal som projektledaren förde med olika personalgrupper inom ÅHS och socialvården framkom att det fanns ett behov att lära sig mer om droger, abstinensbesvär och avgiftningsbehandling. Därför ordnades en tvådagarsutbildning i april 2004. Den första dagen deltog 63 personer och den andra dagen 39 st. Deltagarna delades in i grupper där man diskuterade vad man behöver samarbeta kring, vad man behöver börja med och vilken nytta blir för patienten/klienten, de anhöriga, den egna enheten, personalen och organisationen. Dagarna följdes upp i september under ledning av projektledaren, då 23 personer samlades för att redovisa dagsläget och diskutera hur man skall arbeta vidare. Ytterligare en uppföljning gjordes i november då 25 personer deltog. Tillfällena har resulterat i att arbetet med att samordna insatserna mellan främst ÅHS och socialvården, där missbrukarvården är inkluderad, har startat. Det finns en önskan om en skriven struktur, riktlinjer, för arbetet. Ett förslag till hur sådana riktlinjer kunde utarbetas har gjorts av projektledaren [Bilaga 4].

²⁷ Andréasson S, Graffman K. Läkartidningen 99 43/ 2002 s. 4252-4255

Del III

I det här avsnittet definieras centrala begrepp beträffande det förebyggande arbetet.

1. Metoder

Specifika screeninginstrument och miniintervention förekommer allmänt inom det alkoholförebyggande arbetet, men även i viss mån då det gäller droger.

Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU, redovisar i sin rapport ”Behandling av alkohol- och narkotika problem”²⁸ en evidensbaserad kunskapssammanställning, där de granskat de metoder som finns tillgängliga för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion. De flesta av studierna är gjorda inom primärvården främst i nordiska och engelskspråkiga länder. Man konstaterar att i de 25 randomiserade studierna med över 9000 patienter där korttidsinsatser studerats, tidig upptäckt och behandling av alkoholproblem har stor betydelse. Det som fortfarande är oklart är hur den optimala behandlingsinsatsen bör utformas.

Det framgår att miniintervention och screeningmetoder är verktyg som tillsammans ger bästa effekt.

1.1 Screening

Screeningmetoder, s.k. sållningsundersökningar, används inom många problemområden då det rör människors hälsa. Syftet är att gallra fram riskpersoner. För att screening skall vara etiskt och medicinskt försvarbart bör vissa kriterier vara uppfyllda. Bl.a. betonas frivilligheten, att det bör finnas billiga och snabba metoder för screening, att det skall finnas bevis för att tidig upptäckt har gynnsammare prognos än sen och att det skall finnas behandlingsalternativ tillgängliga. Det bör även handla om en sjukdom som har relativt stor förekomst. Alkoholberoende uppfyller dessa kriterier.²⁹

Screening kan förekomma både inom hälso- och sjukvården och socialvården.

Några screeninginstrument nämns i personalenkäten för att få en uppfattning om hur utbredd kunskapen om och användningen av dem är inom ÅHS. En del av dem är mera användbara inom missbrukarvården än sjukvården. Vissa instrument anses även vara mera användbara på kvinnor än män. En del används både för alkohol- och drogscreening, andra för enbart alkohol eller droger.

Nedan följer en kort redogörelse för några instrument. De flesta är beskrivna i Jonasson & Andreassons bok ”Tidig upptäckt av alkohol- och drogproblem”.

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Ett frågeformulär bestående av 10 frågor. Syftet är att identifiera konsumtion, beroende och skaderisk. Personen som fyller i formuläret kan göra en självbedömning utgående från sitt poängtal.

²⁸ SBU volym 1, rapport 156/1, 2001

²⁹ Jonasson B, Andersson A., Tidig upptäckt av alkohol- och drogproblem. 1995, s. 77

2. DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)
Ett parallellinstrument till AUDIT för identifiering av personer som har drogrelaterade problem.
3. CAGE (Cut down, Annoyance, Guilt, Eye opener)
Består av fyra frågor för att få en uppfattning om alkoholvanor
4. SWAG (Screening Women and Alcohol in Göteborg)
Frågeformuläret består av 13 frågor och inkluderar en modifierad version av CAGE. Ännu inte använt i klinisk praxis.
4. BONS (Blackouts, Objections, Neglections, Shakes)
Dessa fyra frågor kan med fördel ställas till en anhörig som är orolig över någons drickande.
5. UOPEN (Unplanned drinking, Objections, Preoccupation, Emotional stress, Neglection)
Rekommenderas speciellt för kvinnor.
6. ADDIS (Alkohol Drog Diagnos InStrument)
Bygger på SUDDS (Substance Use Disorders Diagnostic Schedule)
Intervjun är uppdelad i olika delar utgående från ett strukturerat frågeformulär. Den berör relationer, psykosocial stress, depressions- och ångestsymtom, tobaks- och kaffevanor och alkohol- och drogvvanor.
7. MAST
Består av 10 frågor om alkoholvanor
9. Testaren
Svenska Systembolagets frågeformulär för självskattning, innehåller även råd som underlättar minskning.
10. TWEAK (Tolerance Worry Eye opener Amnesia [k]Cut down)
Fem frågor som ställs i samband med en allmän hälsoundersökning.
11. T-ACE (Tolerance Annoyance Cut down Eye opener)

För att screening skall fungera i rutinsjukvården bör frågeformulären inte vara för långa. CAGE och en kortare version av ADDIS är då de mest användbara.

1.2 Miniintervention

Intervention är åtgärder som företas som en följd av en kartläggning och av vilken diagnos patienten får.³⁰

Begreppet miniintervention härstammar från det engelska ”brief intervention” som enkelt kan översättas till kort eller enkel behandling. Enkel intervention används synonymt med

³⁰ Jonasson B, Andersson A, 1995 s. 86

miniintervention. Utgångspunkten för denna behandling ligger i ett patientcentrerat arbetssätt och syftet är att patientens beteende förändras genom hans aktiva medverkan.³¹ En utvärdering av patientens beredskap till förändring ingår i miniinterventionen. Avsikten är att dessa samtal skall pågå under en begränsad tid under vilken patienten får stöd i sin förändringsprocess.

1.3 Motiverande samtal

Metoden³² som har utvecklats av William R. Miller & Stephen Rollnick bygger på den av Prochaska & Diclemente utvecklade modellen för beteendeförändring. Den beskriver sex stadier som människan går igenom då de förändrar sitt beteende. Det första stadiet innebär en omedvetenhet om behovet av förändring, i följande stadium är man medveten men osäker. Det tredje stadiet innebär att man är beredd och det fjärde innebär handling. Femte stadiet innebär bibehållande av förändringen. För flertalet uppkommer det sjätte stadiet i vilket ett återfall sker. Därefter börjar processen om.

Det engelska ursprungsbegreppet är ”Motivational Interviewing”. I svenskan används Motiverande samtal eller Motiverande intervju synonymt . Effekten av samtalsmetoden är beroende av att personalens förhållningssätt är individcentrerat och att man har identifierat patientens förändringsberedskap. Utan påtryckningar hjälper man i samtalet patienten att inför sig själv klargöra motiven för eller emot en förändring. Samtalsmetodiken syftar till att underlätta kommunikationen och öka förståelsen. Genom öppna frågor, reflekterande lyssnande, empatiskt förhållningssätt och strävan till självmotiverande uttalanden kan förändringsprocessen påbörjas.³³

1.4 Frames

En annan princip för rådgivande samtal går under akronymen FRAMES³⁴ som står för Feedback, Responsibility, Advice, Menue, Empathy, Self efficacy. Även denna metod bygger på den forskning som letts av W.R. Miller. Samtalet påminner om det ovan men är mera rådgivande.

F innebär att läkaren delger patienten sin bedömning, *R* att det är patientens ansvar att förändra sitt drickande, *A* läkaren ger råd, *M* en meny av olika alternativ erbjuds, *E* ett empatiskt förhållningssätt, *S* läkaren kan stärka patientens tilltro till sin egen förmåga.

2. Alkoholpolicy

För ett strukturerat alkohol- och drogförebyggande arbete krävs skrivna riktlinjer på olika nivåer både i samhället och inom organisationen. I en alkoholpolicy beskrivs principer. Den bör vara handlingsinriktad och således förankrad bland dem som skall utföra arbetet. En policy är även långsiktig. Andréasson hävdar att ett avgörande argument för en alkoholpolicy är att de främsta drivkrafterna bakom människors dryckesbeteende är sociala strukturer och normer, inte individuella psykosociala förhållanden.³⁵

³¹ Bendtsen P i Andréasson S (red.). Den svenska supen i det nya Europa. Rapport 2002:11, s. 164

³² Andréasson S, Brandell-Eklund A. Läkartidningen 96 13:1999, s. 1594-1598

³³ Mera information finns på <http://www.motivationalinterview.org>

³⁴ Jonasson B. Andersson A. 1995 s. 87

³⁵ 2002. s. 266 f.

På den institutionella, organisatoriska nivån bör arbetet vara konkret. En alkoholpolicy kan vara en del av både arbetsplatsens personal- och säkerhetspolicy. Enl. landskapets gällande alkohol- och narkotikapolitiska program skall varje arbetsplats med mer än 20 anställda ha en alkohol- och narkotikapolicy.³⁶

I vissa fall talar man om vårdprogram synonymt med policy.³⁷ Ett vårdprogram beskriver exempelvis rutiner för screening, policy för utbildning och dokumentation.

Social- och hälsovårdsministeriet påpekar betydelsen av ett brett samarbete i det alkoholförebyggande arbetet.³⁸ Inom ramen för det här projektet har ett utvidgat samarbete initierats mellan hälso- och sjukvården, socialvården och den tredje sektorn.

3. Begrepp inom alkohol- och drogpreventionen

För att tydliggöra innebörden av sådana begrepp som oftast förekommer då man diskuterar det alkohol- och drogförebyggande arbetet följer en kort beskrivning.

Droger

Medel som är narkotikaklassade och som används på annat sätt än det som läkaren föreskrivit, beaktas i detta sammanhang som droger, samt anabola steroider och tillväxthormon. Lösningssmedel och andra substanser som inhaleras i berusningssyfte hör också hit.

Alkohol

I detta sammanhang görs ingen avgränsning gällande alkoholhalt i alkoholdrycker. Alkohol är en socialt etablerad dryck och det förebyggande arbetet syftar till att skapa konsumtionsnivåer som inte innebär risk för framtida skador.

*Beroende*³⁹

Det forskas intensivt för att öka förståelsen för hur alkohol- och narkotikaberoende utvecklas. Beroende ses idag som ett specifikt sjukdomstillstånd som orsakar ett tvångsmässigt konsumtionsbeteende oftast kombinerat med toleransutveckling och karaktäristiska abstinensbesvär. Beroende är en störning i hjärnans funktion som följd av alkohol- eller droganvändning. Det är ett kroniskt tillstånd som kräver återkommande behandlingsinsatser under lång tid.

Missbruk

Begreppet missbruk betonar de negativa sociala - och medicinska konsekvenser som beroendet leder till. Missbruket kan, i kombination med sociala eller genetiska sårbarhetsfunktioner, förorsaka ett tillstånd av drogsug och tvångsmässigt intag.

Enl. DSM-IV är missbruk ett upprepat drickande av alkohol det senaste året, som lett till minst ett av fyra kriterier avseende sociala, psykiska eller fysiska skador.

Enl. ICD-10 klassifikationen är motsvarande diagnos Skadligt bruk.⁴⁰

Narkotikamissbruk avser enl. ovan all icke läkarordinerad användning av narkotikaklassade preparat.

³⁶ Alkohol- och narkotikapolitiskt program 2002-2005. s. 7

³⁷ Stockholms läns landsting. Regionalt vårdprogram, Alkoholproblem. 2003. s.27

³⁸ Social- och hälsovårdsministeriet publikation 2004 :18. s. 24

³⁹ Stockholms läns landsting. 2003. s.21 ff.

⁴⁰ Ibid.

Standardglas

För att beräkna mängden alkohol som intas har man i de flesta länder fastställt att en portion alkohol består av 12 g ren alkohol. Denna mängd finns i 33 cl mellanöl eller cider, ett glas ca. 12 - 15 cl vin, i 8 cl. starkvin och i 4 cl. starksprit. En flaska vin motsvarar alltså ca. 6 portioner och ”en stor stark” ca. 2 portioner.^{41 42}

Intensivkonsumtion

Intensivkonsumtion eller berusningsdrickande, ”Binge drinking”, innebär ett dryckesmönster som är förenat med hög risk för fysisk- och psykisk sjukdom. För en man definieras detta som att dricka minst 5 glas och för kvinnor minst 4 glas vid samma tillfälle.⁴³

Skaderisk

Vid bedömning av risk för skador utgår man ifrån att en person som är fullt frisk och inte visar några tecken på alkoholberoende anses ha

Låg risk:

- Upp till 14 portioner/vecka för män
- Upp till 9 portioner/vecka för kvinnor

Ökande risk:

- 15-35 portioner för män
- 10-25 portioner för kvinnor

Skadlig nivå:

- Över 35 portioner för män
- Över 25 portioner för kvinnor

Utöver detta betraktas berusningsdrickandet, dvs. mer än 5 portioner för män och mer än 4 för kvinnor vid samma tillfälle, förenat med ökade risker.⁴⁴

Det bör påpekas att alkohol, för en gravid kvinna eller en kvinna som planerar en graviditet, alltid innebär en risk oberoende av mängd.

4. Hälsöfrämjande alkohol- och drogprogram

De medicinska och sociala konsekvenserna av hög alkoholkonsumtion och droganvändning är väl kända. Åtgärder som vidtas sätts i allmänhet in då beroendet är ett faktum och kostnaden för samhället blir stor. Uppskattningsvis uppgår kostnaderna till mellan 2 och 8 % av ett lands BNP. Enl. SBU är det vetenskapliga underlaget för svagt eller för motsägande för att det skall vara möjligt att dra slutsatser om olika metoders kostnadseffektivitet.⁴⁵ En förutsättning för att spara både pengar och öka livskvaliteten är att det preventiva arbetet bedrivs inom många sektorer och att en attitydförändring skapas.

Diskussioner om alkoholvanor bör ses som en naturlig del av en diskussion om levnadsvanor där budskapet är tydligt om att en hög alkoholkonsumtion är en riskfaktor. I så många situationer som möjligt borde denna riskfaktor på något sätt uppmärksammas. Eftersom graden av alkoholproblem varierar bör även utbudet av åtgärder variera. I ovannämnda SBU-rapport konstaterar man, att en av tio patienter som upptäcks ha en riskfylld konsumtion och

⁴¹ STAD-projektet. 2002. Handbok för rådgivning och behandling av alkoholproblem. S. 4.

⁴² www.alkoholihjelma.fi

⁴³ Stockholms läns landsting. 2003. s. 21f.

⁴⁴ STAD-projektet. 2002. s. 6.

⁴⁵ SBU. 2001. s. 11ff.

som erbjuds information och motiveras till att minska sin konsumtion mot en riskfri nivå, lyckas göra det.

Målet med ett hälsofrämjande arbete är att skapa förutsättningar för människor att själva ändra sitt beteende. Det här är en uppgift som förutom till hälso- och sjukvårdsbranschen hör till många olika aktörer i samhället.

En värdefull attitydförändring hos dem som arbetar med hälsofrämjande insatser skulle vara att ha en mera nyanserad syn på alkoholens skadeeffekter än terminologin alkoholist – ej alkoholist antyder.

5. Hälsorisker

Att alkohol är skadligt har varit allmänt känt sedan antiken och genom forskning har man allt mer kunnat precisera detta inom ett flertal områden. De flesta känner till att leverskador och skador på bukspottskörteln har ett starkt samband med hög alkoholkonsumtion, förutom högt blodtryck, rytmrubbningar i hjärtat och cancer i munhåla och svalg. Dessutom ser man olika psykosociala problem: oro, nedstämdhet, sömnproblem, ökad självmordsbenägenhet och utöver detta, risken att drabbas av akuta skador och olycksfall. Man uppskattar att mellan 15 och 20 % av de patienter som kommer till akutmottagningen är högkonsumenter av alkohol. Inom primärvården skulle motsvarande antal vara omkring 15 %. Andelen män som är högkonsumenter är ungefär dubbelt så många som kvinnorna.⁴⁶ Sambandet mellan fosterskador och alkohol är även det känt sedan länge.

Forskningen om alkoholens skyddande effekt har väckt intresse, inte minst i massmedia. En viss skyddande effekt är beskriven i en studie av sambandet mellan alkoholkonsumtion och dödlighet i olika åldrar och för män och kvinnor. En förmodad skyddande effekt gäller endast i högre ålder, dvs. över 65 år. Mängden som anges är 3 portioner/ vecka för kvinnor och 8 för män. Denna studie påpekar att systematisk kunskap om konsumtionsmönstret saknas och att skaderisken sannolikt skulle öka om den angivna konsumtionen skulle intas vid samma tillfälle.⁴⁷

Artikelförfattaren, ävensom forskarna påpekar att flera invändningar kan riktas mot studien p.g.a flera osäkerhetsmoment.

⁴⁶ Bendtsen P. i Andréasson (red) 2002. s. 160

⁴⁷ Allebeck P. Läkartidningen 99 2002:43. s. 4262.

Del IV

Denna del innehåller förslag till ett alkohol- och drogpreventivt arbete för ÅHS. Förslaget bygger på de fakta som redovisats i del I-III i denna rapport. Dessutom beskrivs prevention ur ett samarbetsperspektiv.

Inledningsvis beskrivs de olika nivåer på vilka det förebyggande arbetet bedrivs.

1. Preventionsarbetets nivåer

Det förebyggande arbetet bedrivs på tre olika nivåer. Den första nivån, primärpreventionen, innebär förebyggande insatser. Sekundär prevention, den andra nivån, innebär att uppmärksamma riskbeteende på ett tidigt stadium och den tredje nivån, tertiär prevention att behandla alkohol- eller drogberoende.

Primärpreventionen innebär exempelvis att man har en skriven alkoholpolicy för ÅHS, bedriver attitydförändringsarbete inom hela organisationen samt erbjuder utbildning om risknivåer.

På sekundärpreventiv nivå bör man ha ett handlingsprogram, genomföra miniinterventioner, erbjuda utbildning om tecken på beroende och abstinens och fortsätta attitydförändringsarbetet.

Den tertiärpreventiva verksamheten innebär behandling av sjukdomsutvecklingar som framkallats av alkohol- eller drogkonsumtion.

2. Plan för det alkohol- och drogförebyggande arbetet

2.1 Ledningens uppgift

Primärprevention innebär att ha kännedom om det alkohol- och drogpolitiska program som landskapsregeringen fastställer för en fyraårsperiod åt gången. En gällande alkoholpolicy för organisationen bör utarbetas i enlighet med det aktuella programmet. Det är ledningens uppgift att tillse att personalen har kännedom om dessa övergripande riktlinjer.

Förslag:

Ledningen utser en samordnare av verksamheten med uppgift att

- Implementera nya arbetsmetoder
- Fungera som en länk till samarbetspartners utanför organisationen.
- Planera de kompetenshöjande insatserna
- Fungera som handledare för personalen då nya arbetsmetoder införs.
- Genomföra kvalitetsgranskning av det alkohol- och drogförebyggande arbetet.

2.2 Primärvårdens uppgift

Det alkohol- och drogförebyggande arbetet inom ÅHS primärvård bedrivs framförallt inom den öppna primärvården, dit rådgivningsverksamheten och hemsjukvården samt läkarmottagningen hör.

Arbetet bedrivs främst på sekundärpreventiv nivå.

2.2.1 Rådgivningsverksamheten

Mödravård

Till mödravården hör preventivmottagning, PAPA-mottagning (screening för tidig upptäckt av cancer i livmoderhalsen) och graviditetsuppföljning.

Mona Göransson och Åsa Magnusson forskar i gravida kvinnors alkoholvanor. De konstaterar att allt fler gravida dricker alkohol någon gång under sin graviditet vilket förklaras utgående från att kvinnors alkoholdrickande över lag ökat och att man inte är medveten om dem. I en studie av gravida kvinnor i Stockholm framkom att var femte icke-gravid kvinna har alkoholvanor som innebär risk för framtida skador och att 30 % fortsätter att dricka regelbundet under graviditeten men att de har dragit ner på mängden. Man konstaterar att vanans makt är stor⁴⁸. Utgående från detta kan man dra slutsatsen att man inom preventivmottagningsverksamheten borde ha ett ökat fokus på unga kvinnors alkoholvanor.

Förslag:

- Särskilt fokus läggs på att samtala om alkoholvanor
- AUDIT, eller delar av detta, används i samband med första besöket. Om 8 poäng eller mer bör miniintervention med motiverande samtal erbjudas
- Kunskap och färdighet att använda motiverande samtalsmetodik

- Då det gäller den gravida kvinnan bör varje poäng betraktas som tecken på riskkonsumtion och föranleda ett strukturerat samtal om alkoholvanorna
- Patienter med uppenbara problem hänvisas till behandling
- Uppföljning sker med lämpligt intervall
- Ett strukturerat samtal om droger bör ingå i verksamheten
- Frågor om våld ställs systematiskt
- Insatserna dokumenteras

Barnrådgivningen

Barnrådgivningens uppgift är att befrämja barnets hälsa och stödja föräldrarna i sin föräldraroll. Den ökande alkohol- och drogkonsumtionen utgör en potentiell risk för barnets fysiska och psykiska hälsa. Olycksfall och misshandel kan var konsekvensen, förutom den psykiska stress barnet utsätts för. Fokus bör läggas vid samtal med föräldrarna om deras alkoholvanor. I dessa samtal tas även frågor om droger upp.

Barn som upplevs som bråkiga eller konfliktskapande löper högre risk att få problem med alkohol och droger då de kommer i tonåren. En psykolog inom primärvården kunde i samarbete med barnrådgivningens personal identifiera ett sådant beteende på ett tidigt stadium och erbjuda hjälp.

⁴⁸ Göransson M.; Magnusson Å. Jordemodern 6/2004 s. 34.

Förslag:

- AUDIT-formuläret fylls i av båda föräldrarna
- Motiverande samtal eller hänvisning till behandling erbjuds enl. gängse kriterier
- Uppföljning årligen
- Erbjud särskilt stöd för föräldrar till barn som visar problembeteende
- Frågor om våld ställs systematiskt
- Insatserna dokumenteras

Skolhälsovården

En utgångspunkt inom skolhälsovården bör vara att vuxna förmedlar sin uppfattning om alkohol i alla kontakter med eleverna. Om man kan förändra normerna bland de vuxna kan man förvänta sig effekter på elevernas beteende. Från ett folkhälsoperspektiv är det önskvärt att i skolan verka för att förebygga de negativa hälsoeffekter som hör ihop med användning av alkohol och droger.

Den främsta hälsorisk för ungdomar är olycksfall och förgiftningstillstånd. Sambandet mellan berusning och sexuellt utnyttjande är också dokumenterat.

Fokus ligger på samarbete lärare, skolhälsovårdare och föräldrar samt kamratstödjande insatser.

Förslag:

- Hälsosamtal förs med eleverna i högstadie- och gymnasieskolorna
- SANT-planen följs i alla skolor
- Undervisning om alkohol och droger bör inriktas på kunskap om effekter, färdighet att motstå kamrattryck, självförtroende, förmåga att lösa problem och att bemästra dem, social kompetens och förmåga att fatta beslut
- Nära samarbete mellan skolhälsovårdare, lärare och föräldrar
- Arbetet med att förhindra nikotinanvändning fortsätter kontinuerligt, tidig nikotindebut betraktas som en riskfaktor för alkoholberoende i framtiden
- Kunskap och färdighet att använda motiverande samtalsmetodik
- Insatserna dokumenteras

2.2.2 Företagshälsovård

Motiven för att utveckla metoder för att upptäcka riskbruk och missbruk bland personalen är flera: Olycksfallsrisk, ökad ohälsa och ökad sjukfrånvaro. Konsekvenserna har betydelse för både individen och företaget. Det är inte ovanligt att alkoholproblem maskeras av fysiska besvär ss rygg- och magbesvär. Man har konstaterat att tillgång till alkohol i arbetet, socialt tryck, frihet från övervakning, oregelbunden arbetstid och stress utgör risker i arbetsmiljön. Fokus ligger på både primärpreventiva (policy) och sekundärpreventiva (individinriktade) insatser.

Förslag:

- Missbruksproblem betraktas som en del av arbetsmiljöarbetet
- I samband med att ett företag skriver en alkoholpolicy bör direktiv om drogtest utarbetas
- Screening (AUDIT) och miniintervention systematiseras
- Kunskap och färdighet att använda motiverande samtalsmetodik
- Hänvisning till vård av dem som utvecklat ett beroende

- Personalhälsovården medverkar till att klimatet på arbetsplatsen medger en öppen dialog i alkohol- och drogfrågor
- Sällningsundersökningen upprepas regelbundet med två till fem års mellanrum.
- Insatserna dokumenteras

2.2.3 Diabetesmottagningen

Inom ÅHS finns det två diabetesmottagningar, en inom primärvården och en inom specialistsjukvården. Patienterna fördelas utgående från diabetestyp. I den här utredningen sammanslås utgångspunkten för det förebyggande arbetet att gälla båda mottagningarna. En utmaning för diabetessköterskorna är samtalet om livsstil och betydelsen av förändringar för ett gott vårdresultat. Övervikt och rökning, samt högt blodtryck är ofta förekommande hos diabetikern. Diabetesbehandlingen syftar till att varaktigt förbättra patientens förmåga att hantera sin sjukdom beträffande livsstilsfaktorer bl.a. alkohol.

Fokus bör ligga på undervisning och att utveckla dialogen om livsstilsförändringar för att öka patientens insikt och motivation. Personalen bör utgå från att varje förändring i patientens livsstil ingår i ett större komplex. Livsstil handlar om identitet och självbild och varje förändring i beteendet påverkar dessa.

Förslag:

- Strukturerad patientundervisning
- Kunskap och färdighet att använda motiverande samtalsmetodik
- Dokumentation om alkoholvanor och förändringar i dem
- Anhöriga involveras
- Hänvisning till behandling

2.2.4 Läkarmottagningarna

Primärvårdens läkare och sjukskötare har huvudansvaret för det sekundärpreventiva arbetet. Patienter och anhöriga, dvs. största delen av befolkningen, har någon gång anledning att besöka mottagningen, vilket betyder att hälsofrämjande insatser når en stor grupp människor. Möjligheten att identifiera personer med en riskkonsumtion är således stora, varför insatser för att förhindra hälsorisker kan göras i tidigt skede.

Studierna visar dock att endast ett fåtal blivit tillfrågade om sina alkoholvanor i samband med besök på läkarmottagningen. En viss osäkerhet hos personalen om sin kompetens att göra det på rätt sätt kan vara en förklaring till att frågorna inte alltid ställs.

Det är inte ovanligt att patienter som ofta besöker mottagningen uppvisar symtom som kan vara tecken på riskkonsumtion. Sådana kan vara förmaksflimmer hos yngre personer, svårinställd hypertoni, dåligt reglerad diabetes, upprepade gastriter, upprepade luftvägsinfektioner, återkommande sjukskrivningar, muskelvärk, depressioner och ångest eller en kombination av dessa. Tecken på lätt abstinens såsom sömnstörningar, svettningar, yrsel bör också väcka tanken på att utreda alkoholkonsumtion. En av tio som identifieras med riskfylld konsumtion, får information och motiveras till att minska konsumtionen kommer att upphöra eller minska sin konsumtion till en riskfri nivå⁴⁹. Den målgrupp som bäst lämpar sig för miniintervention är patienter med konstaterad eller misstänkt förekomst av alkoholrelaterade hälsoproblem, god social stabilitet och socialt stöd för minskat drickande,

⁴⁹Eckerlid M. ST-uppsats, AllmänMedicin 2004:3 s. 24-25

som inte sökt behandling för alkoholproblem tidigare, har inget annat drogberoende, inte haft återställarbehov, pancreatit eller levercirros⁵⁰.

Fokus riktas mot ökad medvetenhet om att alkoholkonsumtion och alkoholvanor kan förändras i hälsofrämjande riktning genom små insatser.

Förslag:

- Motiverande samtalsmetodik utgör basen för strukturerade samtal om livsstilsfrågor både för läkare och för sköterskor
- Frågan om riskbruk tas av läkarna upp i muntlig form i samband med anamnesen för att undersöka konsumtion och symtomförekomst som ett led i allmänna hälsofrågor
- Biologiska alkoholmarkörer kontrolleras då AUDIT- poängen påvisar riskkonsumtion
- Screening genomförs periodvis främst för att fokusera på arbetet med riskbruk och missbruk
- Screening och miniintervention införs som ett led i ett hälsofrämjande arbetssätt
- En modell för läkar- sköterskesamarbetet utformas. Sköterskorna kan exempelvis dela ut frågeformulär före läkarbesök och göra en del av de uppföljande samtalen där motivationsbedömningen är i fokus. Dessa kan göras på mottagningen eller i telefon.
- Patienter som besöker sköterskemottagningen p.g.a. blodtrycks och överviktskontroller får ta del av strukturerade frågeformulär (AUDIT) om alkoholvanor samt motivationshöjande samtal
- Insatserna dokumenteras

2.2.5 Tandvården

Bland de patienter som besöker tandvården förekommer missbruksproblematik. Fokus ligger i ett hälsofrämjande arbetssätt inom hela vårdorganisationen där tandläkare och tandhygienister kan medverka både på primär- och sekundärpreventiv nivå. Kunskap i motiverande samtalsmetodik bidrar till att personalen får bättre redskap att hjälpa patienten att öka sin motivation till förändrade alkoholvanor.

2.3. Somatiska specialistsjukvården

De preventiva insatserna inom Ålands centralsjukhus ansvarsområde ligger på alla tre nivåer. Primärpreventionen innebär en attityddiskussion där det hälsofrämjande perspektivet är vägledande. De sekundärpreventiva och tertiärpreventiva insatserna på individnivå bedrivs genom den policy för prevention som man följer.

Fokus ligger på medvetenhet om att många av de patienter som behöver specialistsjukvård konsumerar alkohol i sådan utsträckning att vårdresultaten försämras. Tidig upptäckt av alkohol- och drogproblem med miniintervention leder till att behandlingen av alkoholrelaterade somatiska sjukdomar kan förbättras.

Förslag:

- Strukturerade samtal utgående från motiverande samtalsmetodik blir en naturlig del av varje anamnes

⁵⁰ Dahl G. Dahmström Thakker K. Läkartidningen 95 1998: 43, s. 4726 -4730

- Screeningformulär och vid behov test av biokemiska markörer används för riskgrupper (exempelvis ofta återkommande patienter på akutmottagningen, diabetiker, patienter som använder antikoagulantia, hypertoni-patienter, patienter med övervikt, rehabiliteringspatienter och i den preoperativa riskbedömningen)
- Sjuksköterskornas andel i samtalen utökas och förutsättningar för enskilda samtal mellan patient och vårdare skapas på varje avdelning
- Formulär för dokumentation utarbetas
- Anhörigas del i det alkohol- och drogpreventiva arbetet betonas
- Socialkuratorer, läkare och vårdpersonal samarbetar beträffande patienter med alkoholrelaterade sjukdomar i syfte att göra rehabiliteringen så effektiv som möjligt
- Samarbete med psykiatrisk specialistsjukvård och missbrukarvård beträffande avgiftningsbehandling
- Samarbete med fältare och barnskyddsansvariga i kommunerna beträffande ungdomar under 18 år med riskbruksproblem
- Insatserna dokumenteras

2.4 Psykiatriska specialistsjukvården

Alkoholens ångestdämpande effekt på kort sikt bidrar till att många av patienterna med psykiska problem löper stor risk att utveckla ett alkoholberoende. För en självmordsbenägen person innebär alkoholkonsumtion en stor risk. Risken för läkemedelsmissbruk föreligger också. Barn med hyperaktivitet och andra beteendestörningar löper ökad risk för alkoholberoende. Avgiftningsbehandlingen hör till psykiatrins ansvarsområde. Fokus bör ligga på att behandla alkohol- och drogberoende samtidigt. Sekundär- och tertiärpreventiva insatser utförs.

Förslag:

- Barn med hyperaktivitet erbjuds kognitiv och social träning
- Fokus på alkoholvanor med hjälp av strukturerade samtal och/eller frågeformulär införs som rutin både på mottagningarna, avdelningarna och i den öppna rehabiliteringsverksamheten som ett led i att tidigt upptäcka ett riskbeteende och förbättra möjligheterna till behandling
- Samarbete med somatisk sjukvård och missbrukarvård avseende avgiftningsbehandling

3. Prevention och samarbete

Centrala faktorer som har betydelse för alkoholfrågor är konsumtionsvanor, tillsyn, juridik, kontroll, sociala normer och medicinska faktorer. Ur ett folkhälsoperspektiv bör alla de insatser som görs inom olika sektorer samordnas och vara kända för de olika aktörerna. Samhällets övergripande policy, det alkohol- och drogpolitiska programmet för landskapet samt den alkoholpolicy som utformas inom varje sektor utgör grunden för de insatser som riktas mot befolkningen.

I nästa steg utformas på varje enhet riktlinjer för hur det preventiva arbetet konkret genomförs. Arbetet har redan påbörjats under projekttiden och ansvarspersoner har utsetts. (Jämför Bilaga 4)

En ökad medvetenhet om negativa hälsoeffekter hos dem som arbetar inom andra sektorer kunde göra arbetet effektivare genom de förebyggande insatser som befolkningen skulle mötas av i många olika sammanhang.

Det primärpreventiva arbetet synliggörs ofta genom medierna. Även det hälsofrämjande perspektivet borde vara synligt i denna typ av hälsokommunikation för att ha effekt på målgruppen. Sambandet mellan alkohol och hälsorisker, exempelvis övervikt, högt blodtryck och diabetes är exempel på fakta som kunde kommuniceras ut via medierna i högre grad än hittills. Avsikten med detta är att få ut budskapet om de problem som alkohol- och droger förorsakar för samhällsmedborgarna. Det innebär således att påverka policybeslut, inte att framföra hälsobudskap. Mediebudskap ökar medvetenheten om frågans betydelse och kan således förstärka effekten av andra åtgärder. Fokus förskjuts från individuell- till systemförändring. Ett sådant mediaintresse kan leda till att opinionen bland medborgarna är för ett mera alkohol- och drogfritt samhälle vilket i sin tur ökar trycket på att beslutsfattarna skall agera i den riktningen.

Del V

I den avslutande delen av utredningen beskrivs implementeringsstrategier och kvalitetsuppföljning av det alkohol- och drogpreventiva arbetet.

1. Implementering

Utgångspunkten för de preventiva insatserna bör vara att stödja patientens motivation till att förändra sitt beteende i hälsobefrämjande riktning.

Det av WHO utarbetade AUDIT formuläret finns på svenska i flera versioner. Det lämpar sig för personer över 18 år. Formuläret kan användas som underlag för ett strukturerat samtal eller i självskattningssyfte varefter en uppföljning sker hos läkare eller vårdpersonal.

Motiverande samtalsteknik används för att bestämma patientens förändringsbenägenhet och behandling främst i relation till patienter som löper risk att utveckla ett beroende.

Generella screeningundersökningar genomförs med lämpliga intervall.

En samordnare medverkar i inledningsfasen. All personal i patientvårdande verksamhet utbildas i motiverande samtalsmetodik.Handledning i metodiken i grupper där flera yrkeskategorier deltar erbjuds kontinuerligt.

2. Kvalitetsuppföljning

Varje plan för preventivt arbete bör utgå från konkreta mål. Enheten formulerar sina mål och skriver ner riktlinjer för det alkohol- och drogpreventiva arbetet. Dessa bör vara kända av samtliga i arbetsgruppen. Ett uppföljningssystem baserat på väl genomförd dokumentation bör utarbetas och kvalitetsansvarig utses. Den ansvarige tillhandahåller information om förändringar i avdelningens riktlinjer åt sina samarbetspartners.

DISKUSSION

Denna utredning och plan bygger på litteraturstudier, samtal med personal främst inom hälso- och sjukvården men även inom socialvården. Personer som besökt ÅHS har fått möjlighet att svara på frågor om sina levnadsvanor i enkätform. Även en del av personalen har svarat på frågor i en enkät. Alkohol- och droganvändning har betraktats som en del av människans levnadsvanor vilka medför hälsorisker. Det föreligger ett behov att intensifiera arbetet med att förhindra de negativa konsekvenser som alkohol- och droger medför. Främst behövs en attitydförändring i samhället. Inom ÅHS behöver man tydliggöra sitt preventiva arbete så att frågor om alkohol- och droganvändning blir en naturlig del av de samtal som förs med patienten. Enl. svenska uppskattningar är närmare 25 % av dagens sjukhusvård relaterad till högkonsumtion av alkohol. Det finns anledning att anta att detta kan vara fallet även på Åland. Det visar sig vara svårt att få fram siffror på alkoholrelaterade sjukdomsdiagnoser.

Det här arbetet har visat att det finns ett klart behov av samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialvården och andra myndigheter. Det är viktigt att den kompetens som finns inom olika sektorer tas till vara och samverkar för individens bästa. Det har varit svårt att begränsa sitt seende till enbart hälso- och sjukvården eftersom dessa riskfyllda levnadsvanor för den enskilda människan medför problem med konsekvenser på många olika områden.

REFERENSER

- Allebeck P. Läkartidningen **99**, 2002:43. *Alkoholkonsumtion och dödlighet.*
- Andréasson S, Brandell-Eklund A. Läkartidningen **96**, 1999:13. *Metodik för screening och motiverande samtal.*
- Andréasson S. Graffman K. Läkartidningen **99**, 2002:43. *Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp.*
- Arborelius E. Läkartidningen **92** 1995:137. *Ny pedagogisk metod för alkoholrådgivning.*
- Babor Th. &al. 2001. AUDIT. Guidelines for Use in Primary Care. WHO/MSD/MSB/01.6a
- Bendtsen P. i Andréasson (red) 2002. Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention en kunskapsöversikt. Statens folkhälsoinstitut, Växjö
- Dahl G. Dahmström Thakker K. Läkartidningen **95** 1998: 43. *Så kan primärvården påverka patientens alkoholvanor.*
- Eckerlid M. ST-uppsats, AllmänMedicin 2004:3. *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) i vardagsarbetet på vårdcentral*
- Eriksson, B. 1999, 2001, 2004.. *Hälsoprojekt LEVA på Åland.ÅHS/Primärvården*
- Graffman K, Andréasson S. 2002 *Alkoholprevention i primärvården .En studie om patientens alkoholvanor och inställning till frågor om levnadsvanor i en Stockholmsförort. STAD- projektet Rapport nr 18*
- Göransson M.; Magnusson Å. Jordemodern 2004:6 *Alla önskar ett friskt barn.*
- Jonasson B, Andersson A, 1995. Tidig upptäckt av alkohol- och drogproblem.
- Sandell, S. 1998. *Kvinnohälsa 1998.En kartläggning av hälso -och livsstilsfaktorer hos Mariehamnskvinnor. ÅHS/primärvården!*
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2001. *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsmanställning. SBU rapport 156/1. Stockholm.*
- Social- och hälsovårdsministeriet *Alkoholprogrammet 2004-2007. 2004:18 Utgångspunkter för samarbetet 2004.*
- Stockholms läns landsting. 2003 *Regionalt vårdprogram, Alkoholproblem.*
- Vepsäläinen M. Dialogi 2004:3. *Viina on lääkärille visaisampi kysymys kuin potilalle.*
- Seppä K. Dialogi 1999:5 . *Terveysthuollossa omaksutaan hitaasti alkoholin suurkuluttajan mini-interventio.*
- Wirén M. 2001. *Alkoholprevention i primärvården. Blekinge FoU-enhet 2001:2*
- Ålands landskapsstyrelse. *Alkohol- och narkotikapolitiskt program år 2002-2005 för landskapet Åland.*

Källor på internet:

www.alkoholkommittén.se
www-alkoholihjelma.fi
www.fammi.se
www.motivationalinterview.org
www.stad.org
www.stm.fi
www.tobaksfakta.org
www.uas.se