

förde Bruun och Markkanen i slutet av 1950-talet vården vid A-klinikerna med traditionell öppenvård vid psykiatriska sjukhus. För detta ändamål blev alla de patienter, som kom till A-kliniken mellan februari 1956 och juni 1957, först grundligt intervjuade och sedan randomiserades de antingen till vård vid A-klinik (n=203) eller till öppenvård vid ett psykiatriskt sjukhus (n=100). En större del av patienterna skickades till A-kliniken för att få mera information hur A-kliniken fungerar. Vardera gruppen intervjuades på nytt hösten 1959. Under vårdens gång hade patienterna vid det psykiatriska sjukhusets öppenvård haft i medeltal 10 vårdkontakter då däremot patienterna vid A-kliniken i medeltal hade haft 32 vårdkontakter. Besöken i den senare gruppen fördelade sig i medeltal på följande sätt: 3 besök hos läkare, 0 besök hos psykiater, 7 besök hos socialarbetare, 2 besök i gruppterapi och 20 besök hos sjukvårdare. Trots en så pass stor skillnad i vårdkontakter förelåg det inte någon signifikant skillnad i de uppnådda resultaten av dessa vårdformer. Av A-klinikens patienter hade vid kontrollundersökningen 20 % tillfrisknat och hos 41 % hade den psykosociala situationen förändrats. Motsvarande siffror för den öppna psykiatriska vården var 16 % och 35 %.

En interventionsstudie av traumapatienter

Antti-Poika med medarbetare samlade för sin studie sitt patientmaterial på ett stort ortopediskt-traumatologiskt sjukhus bland patienter som på grund av en skada vårdades minst 24 timmar på sjukhuset. Bland dessa sållades storkonsumenterna av alkohol (120 st dvs 27 % av de 438 intervjuade) ut med Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) frågeformuläret (Selzer et al 1971) så att 7 eller flera poäng ansågs tyda på alkoholrelaterade problem och storkonsumtion.

Storkonsumenterna av alkohol indelades sedan genom lottdragning i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick ingen information visavi sin alkoholkonsumtion men de erbjöds en möjlighet att, som en del av en olycksfalls- och alkoholundersökning, komma till en efterundersökning sex månader senare.

Patienterna i interventionsgruppen träffade en sjukvårdare som hörde till undersökningen redan under sjukhusvistelsen. Målet med besöket var att patienten skulle minska sin alkoholkonsumtion eller efter indi-

Slutsatsen av denna undersökning på ett stort ortopediskt traumatologiskt sjukhus, var att interventionen gav resultat. Uppspårning av eventuell storkonsumtion av alkohol borde rutinmässigt ingå i vården av traumapatienter

viduellt övervägande helt avstå från alkohol. Vid sidan av de verbala råden fick patienterna en kort broschyr om kontrollerat drickande. I fortsättningen träffade patienterna i interventionsgruppen läkaren, som ansvarade för undersökningen, i samband med kontrollbesöken 1-3 gånger, beroende på skadan, och på nytt sjukvårdaren, som hörde till undersökningen. I samband med varje kontrollbesök betonades ytterligare vikten av att för hälsans skull minska alkoholkonsumtionen.

Sex månader efter den första kontakten kallades alla, som initialt klassificerats som storkonsument, till en ny intervju och ett blodprov. I denna intervju konstaterades, att en signifikant större del av interventionsgruppens patienter (45 %) hade minskat sin alkoholkonsumtion än kontrollgruppens (20 %) om kriteriet var en minskning på minst en tredjedel av den självrapporterade alkoholkonsumtionen och att Gamma-glutamyltransferas (GGT) sjunkit hos minst 20 %. Det förelåg dock ingen signifikant skillnad mellan grupperna varken i de laboratorieundersökningar (Aspartat aminotransferas = ASAT, Alanin aminotransferas = ALAT, och GGT) som gjordes initialt eller i de som gjordes efter sex månader.

Slutsatsen av undersökningen var att interventionen gav resultat och uppspårning av eventuell storkonsumtion av alkohol borde rutinmässigt ingå i vården av traumapatienter.

En jämförelse av traditionell vård och vård av Hazeldentyp

Patientmaterialet i Kesos studie från slutet av 1980-talet bestod av patienter som från arbetshälsovården remitterats för vård av alkoholproblem. Hela materialet utgjordes av 141 patienter, som efter en initieell undersökning genom lottdragning remitterades för en 4-6 veckors anstaltsvård antingen på Träskända (Järvenpää) socialsjukhus som gav traditionell vård eller till Kalliola rehabiliteringsklinik, som gav vård av Hazel-

En studie över Hazeldenmodellen visade att ifråga om flera parametrar var vården av Hazelden-typ en aning bättre än traditionell vård men skillnaderna var i allmänhet inte signifikanta

den (Minnesota) typ (Anderson 1981). Patienterna följdes upp efter anstaltsvården varannan månad under ett år.

I undersökningen konstaterades att en signifikant större del av patienterna i vården av Hazelden-typ genomgick anstaltsvården (i Hazelden-gruppen avbröt 8 % och 26 % avbröt den traditionella anstaltsvården), men ett år efter den initiella undersökningen skilde sig grupperna just inte från varandra. I fråga om flera parametrar var vården av Hazelden-typ en aning bättre än traditionell vård men skillnaderna var inte i allmänhet signifikanta. Under hela året efter vården var, av dem som genomgick vår av Hazelden-typ, 17 % helt nyktra eller använde alkohol måttligt. Motsvarande siffra för den traditionella vården var 8 %. Signifikant flera av dem som fått vård av Hazelden-typ var helnyktra ett helt år än de, som fått traditionell vård (14 % respektive 2 %). Det ganska dåliga resultatet i vardera gruppen framgår av att – trots vården – ungefär hälften inom ett år hade förlorat sin arbetsplats (i vård av Hazelden-typ 45 % och i traditionell vård 49 %).

Intervention av medelålders män

I mitten av 1980-talet påbörjades i Tavastehus – en medelstor stad – i södra Finland, en omfattande interventionsstudie av medelålders män. Ett delmål var att jämföra hur en verbal engångs upplysning, som en läkare ger, och en mera intensiv intervention, som ges tre gånger under ett år, inverkar på storkonsumenter alkoholvanor och laboratorieprov. Allt som allt 3 884 medelålders män fick ett frågeformulär och en kallelse till en hälsovårdares hälsogranskning hem per post. 79,6 % hörsammade kallelsen. På grund av förhöjt GGT (över 60 IU/l) sällades möjliga storkonsumenter (346 män eller 11,3 % av dem som deltagit i den initiala undersökningen) ut för ett besök hos en specialist i invärtesmedicin en månad senare. Hos 247 (75,8 %) män ansågs storkonsumtion av alkohol vara den mest

sannolika orsaken till det förhöjda GGT-värdet och läkaren uppmanade dessa att minska sin alkoholkonsumtion. Efter det indelades patienterna efter lottdragning i en interventions- och en kontrollgrupp. Patienterna i interventionsgruppen kallades till hälsovårdarens mottagning och laboratoriet 2, 4 och 8 månader efter läkarundersökningen. Under dessa kontrollbesök försökte man ytterligare motivera patienterna att minska sin alkoholkonsumtion bl a med stöd av laboratorieresvaren. Dessutom fick interventionsgruppens patienter i början som vägledning en liten bok i att kontrollera och uppskatta det egna alkoholbruket (Koski-Jännes 1987). Kontrollgruppen fick inte efter läkarbesöket någon upplysning men kallades på samma sätt som interventionsgruppen till återbesök efter ett respektive två år.

Vetskapen om att ett laboratorieprov var högt påverkade uppenbarligen redan alkoholkonsumtionen ty medeltalet av GGT vid läkarundersökningen var signifikant lägre än en månad tidigare. GGT sjönk i interventionsgruppen ytterligare och var lägst 2 månader efter kontrollundersökningen, men började sedan sakta stiga och var efter 8 månader på samma nivå som vid läkarundersökningen. Vid ettårskontrollen, i vilken båda grupperna deltog, var medeltalet av GGT alltså lägre än initialt men mellan grupperna förelåg ingen signifikant skillnad. Situationen var likadan vid tvåårsgranskningen: medeltalet av GGT var lägre än initialt men mellan grupperna förelåg ingen signifikant skillnad.

Undersökningen visar att en mycket lätt intervention – kontroll av speciella laboratorievärden och upplysning av en läkare – på ett gynnsamt sätt påverkar alkoholkonsumtionen då den bedöms med den mest pålitliga laboriemarkören (GGT) som nu är i rutinbruk. Trots att förändringarna i medeltalen av GGT inte var speciellt stora så var de dock i rätt riktning. Hos över ett hundra sådana deltagare, vars GGT initialt var normalt eller alldeles obetydligt förhöjt, och som således inte fick någon upplysning om alkoholbruk, hade medeltalet av GGT stigit signifikant i förhållande till det initiala vid både ett- och tvåårsgranskningen.

Konklusion

I ljuset av alla ovan nämnda undersökningar ser det ut att vara nytta med att vårda alkoholmissbrukare. Ingen

.....

För att förebygga alkoholskador torde det nu löna sig att fästa huvudvikten vid tidig diagnos av högkonsumtion med efterföljande intervention

.....

vårdform uppvisar tillnärmelsevis ideala resultat; t ex i Kesos undersökning hade nästan hälften i vardera vårdgruppen förlorat sin arbetsplats redan inom loppet av ett år räknat från början av vården.

För att förebygga alkoholskador torde det i detta nu löna sig att fästa huvudvikten vid tidig diagnos av högkonsumtion med efterföljande intervention. Man bör dock hela tiden utveckla nya – och hoppeligen bättre – vårdformer som bör testas i väl planerade behandlingsstudier. Framtiden för hoppeligen med sig nya tillförlitliga metoder med vilka vi kan sälla ut dem som har stor risk att alkoholbruket utvecklas till alkoholproblem. Dessa metoder skulle på ett avgörande sätt förbättra möjligheterna för förebyggande åtgärder.

REFERENSER

- Anderson D J*: Minnesota Experience. Hazelden Education Service, USA 1981.
- Anderson D J*: Perspectives of treatment. Hazelden Education Service, USA 1981.
- Antti-Poika I, Karaharju E, Roine R, Salaspuro M*: Intervention of heavy drinking – A prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol* 23:115–121, 1988.
- Bruun K*: Outcome of different types of treatment of alcoholics. *Quart J Stud Alc* 24:280–288, 1963.
- Keso L*: Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Academic dissertation, Helsinki 1988 (ISBN 951-8913-16-1).
- Keso L, Salaspuro M*: Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. *Alcoholism: Clin Exp Res* 14:584–589, 1990.
- Koski-Jännes A*: Kuinka paljon on liian paljon. (Hur mycket är för mycket). Otava, Keuruu 1987. (ISBN 951-1-08956-0).
- Selzer M L*: The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 127:1653–1658, 1971.

JAG KAN SLUTA NÄR JAG VILL.

MEN INTE IDAG.

Känner du igen de här orden? Har du själv använt dem eller är du anhörig, nära vän eller arbetskamrat till någon med alkohol- eller drogproblem?

Det finns hjälp att få.

Ring oss för kostnadsfri rådgivning och information. Du får givetvis vara anonym.

Malmö	Tel. 040 - 130 130
Norrköping	Tel. 011 - 23 70 70
Knivsta	Tel. 018 - 34 50 80
Hudiksvall	Tel. 0650 - 966 14



PROVITA