

Metoder för tidig intervention

Olaf Gjerløw Aasland

Tidig intervention handlar inte bara om att ingripa tidigt i missbrukskarriären, utan också att ingripa med metoder som är lätta att genomföra i primärvården. Innsatsen kan delas upp i två huvudkomponenter: *identifiering och kartläggning*, där WHO:s screeninginstrument AUDIT visat sig mycket användbart, samt *råd och uppföljning*. Det viktigaste här är regelbunden uppföljning över lång tid. Omfattningen bör anpassas efter patientens behov och läkarens möjligheter.

Olaf Gerløw Aasland är rådgivare i hälsofrämjande och förebyggande arbete i Socialdepartementet. Han har tidigare varit överläkare i Statens Edruskapsdirektorat samt koordinator för ett WHO-projekt om tidig identifiering av alkoholproblem.

Innledning

Uttrycket "tidig intervension" har blivit vanlig i litteratur och språkbruk rundt alkoholproblem (3). Tanken er selvsagt at ved å gripe inn tidlig i en destruktiv prosess så vil det være lettere å begrense skadene, og kanskje mulig å hindre at nye oppstår. Praksis har også vist at dette er en god strategi i håndteringen av alkoholproblemer.

Imidlertid er det mye som tyder på at alkoholisme som sykdom eller prosess ikke har et så entydig forløp som mange tror (19). Både befolkningsundersøkelser og kliniske studier viser at det er stor individuell variasjon over tid. På kort sikt er det en betydelig fluktuasjon inn i og ut av perioder med alkoholproblemer; etter ett år eller to vil kanskje så mye som hver tredje av dem som på et gitt tidspunkt hadde problemer være i remisjon (6). Sett i et lengre tidsperspektiv vil andelen med problemer i en alderskohorte, etter at den har passert et maksimum rundt tyve års alder, gradvis minske med ca 3 % per år, såkalt "utmodning" (maturing out) (9). Men det hører selvsagt også med til bildet at personer som drikker mye har en betydelig overdødelighet.

Siden uttrykket "tidig intervension" gjerne impliserer at man ved å gjøre en liten innsats nå kan unngå et mer omfattende behandlings- og omsorgsarbeid senere, er det for meg mer logisk å bruke et uttrykk som "enkel intervension", særlig når det som her er tale om innsatser i primærhelsetjenesten. Dermed tar vi ikke stilling til om vi befinner oss tidlig eller sent i en pasientkarriere, eller på opp- eller nedadgående kurve, men retter oppmersomheten mer spesifikt mot hva som er en rimelig og mulig innsats for primærlegen.

Denne innsatsen finner jeg naturlig å dele i to hoveddeler. For det første kan primærlegen lett *identifisere* hvilke pasienter som har et høyt eller risikopreget alkoholforbruk, og *kartlegge* forbrukets omfang. Dette er av betydning både fordi en rekke sykdommer og skader forårsakes eller forverres av et høyt alkoholkonsum, slik at det vil være en del av den ordinære, medisinske behandlingen å få forbruket redusert (5). For det andre er primærlegen i en unik posisjon til å *gi råd*, og *følge opp* pasienter over tid, noe som har vist seg å være viktig både for å hindre at et noe høyt alkoholforbruk blir enda høyere, at kriser utvikler seg til katastrofer, og ikke minst for å støtte den før nevnte utmodningsprosessen der hvor det er aktuelt.

Identifisering og kartlegging

Det er utviklet en rekke prosedyrer for identifisering av personer med skjulte eller potensielle alkoholproblemer. Noen av de mest kjente er MAST (17), CAGE (7), MALT (8) og SADQ (18). De fleste av disse har

Med begreppet "enkel intervention" menar vi inte bara att ingripa tidigt i missbrukskarriären utan framför allt att rikta uppmärksamheten på vad som är rimligt och vad som är en rimlig och möjlig insats för distriktsläkare

imidlertid den svakheten at det er tilstanden *alkoholisme* eller *alkoholavhengighet* som brukes som kriterium. Dette gjør at reliabilitet og validitet gjennomgående er dårlig, siden definisjonen av alkoholisme er arbitrær, og tildels ganske kulturavhengig.

Den viktigste innvendingen er imidlertid at en rekke personer opplever alkoholrelaterte problemer uten at de kan karakteriseres som alkoholikere eller alkoholavhengige. Det er særlig disse vi er interessert i, siden de befinner seg i en overgangssone mellom uproblematisk drikking og skade.

I en spørreundersøkelse på en bestemt dag blant 179 norske primærleger og 3 500 av deres pasienter over 15 år viste det seg at for 17,5 % av mennenes og 7 % av kvinnenes vedkommende ble det enten fra pasientene eller fra legene antydning at alkoholvanene var slik at de kunne ha negativ innvirkning på helsetilstanden. 5 % av pasientene mente at alkoholbruk kunne være en medvirkende årsak til den aktuelle konsultasjonen. Bare 0,4 % av disse pasientene ble diagnostisert som alkoholikere (1).

Alkohol har i de fleste sammenhenger en konveks dose-respons-kurve med hensyn til skadevirkninger. Det vil si at det på lave nivåer er liten eller ingen målbar skadeeffekt, mens effekten øker med økende konsum. Det er også vist, bl a som følge av forskjellig distribusjonsvolum, at kvinner har en brattere kurve enn menn.

Det er imidlertid viktig å være klar over at skaderisiko på et gitt tidspunkt i forbindelse med alkoholrus er en funksjon av alkoholkonsentrasjonen i hjernen på skadetidspunktet, og ikke nødvendigvis av gjennomsnittlig alkoholforbruk. Man utsetter seg for en slik risiko hver gang man drikker så man blir beruset. Men hyppig beruelse henger selvsagt sammen med høyt forbruk over tid.

En logisk tilnærming til den større risikogruppen kunne derfor være å bruke alkoholkonsumet, eventuelt kombinert med beruselsefrekvensen, som kriterium, og så se om det var mulig å finne noen enkle spørsmål eller prosedyrer som kunne overflødiggjøre en detaljert kartlegging av forbruket i første omgang. Så kunne man eventuelt gå videre med mer grundig kartlegging av risikopersonene. Dette er idéen bak WHO-prosjektet om identifisering av personer med skadelig alkoholkonsum, som har resultert i instrumentet AUDIT

(Alcohol Use Disorders Identification Test) (16).

Ved utarbeidelsen av AUDIT tok man utgangspunkt i en rekke kjente kliniske effekter av alkohol. I tillegg ble det brukt en del tidligere validerte spørsmål om psykologiske og sosiale effekter, bl a fra de tidligere nevnte instrumentene MAST, CAGE og SADQ. Et tverrkulturelt utvalg på ca 1 000 "vanlige" pasienter fra primærhelsetjeneste og sykehus ble intervjuet og undersøkt med en standardisert, klinisk prosedyre der de tre risikoområdene kronisk sykdom, akutte ruskaider og avhengighet var godt dekket. I tillegg ble alkoholkonsumets størrelse og beruselsefrekvensen kartlagt gjennom to forskjellige retrospektive metoder (15).

Ved å bruke alkoholkonsum som avhengig variabel, fant man gjennom trinnvis multipl regressjon fram til de spørsmålene og kliniske prosedyrene som best predikerte et høyt forbruk. Det ble konstruert to instrumenter, et klinisk instrument som gjør det mulig for legen å vurdere et eventuelt overforbruk uten å måtte diskutere alkoholvaner med pasienten, og et alkoholspesifikt instrument med ti spørsmål om alkoholvaner og alkoholeffekter, som ikke bare kan identifisere risikopasienter, men også til en viss grad gjør det mulig å kvantifisere risiko eller skade.

Det kliniske instrumentet, som også inneholder en biokjemisk prøve (GGT), er ment som et hjelpemiddel for legen i forbindelse med vanlig medisinsk undersøkelse. Det spesifikke instrumentet, som også inneholder spørsmål om alkoholkonsumets størrelse, kan enten fylles ut av pasienten selv, eller administreres av legen eller andre.

Tabell 1 og 2 viser henholdsvis det kliniske og det alkoholspesifikke instrumentet i norsk oversettelse. De foreslåtte kuttverdiene må betraktes som veiledende.

En gjennomgang av litteraturen viser at en grenseverdi i forhold til alkohol ligger ved et gjennomsnittlig forbruk på 40 g per dag for menn, og 20 g per dag for kvinner (5). Med grensverdi menes her at de som ligger over grensen har en sikker risikoøkning for visse sykdommer og skader.

Tabell 3 viser sensitivitet, spesifisitet og positiv prediksjonverdi for de to instrumentene, beregnet på grunnlag av de 206 norske pasientene som var med i undersøkelsen, og med 20 g per dag for kvinner og 40 g

Tabell 1. AUDIT – klinisk instrument.

1. Har pasienten siden fylte 18 år hatt noen hodeskade?
2. Har pasienten siden fylte 18 år hatt noen bruddskade?
(Spørsmål 1 og 2 skåres:
nei = 0, ja = 3)
3. Foreligger konjunktival injeksjon?
4. Foreligger abnorm hudvaskularisering?
5. Foreligger håndtremor?
6. Foreligger tungtremor?
7. Foreligger hepatomegali?
(spørsmål 3 til 7 skåres:
ikke tilstede = 0, mild = 1, moderat = 2, sterk = 3)
8. Gammaglutamyltranspeptidase (GGT)
(Spørsmål 8 skåres:
under 30 IU/l = 0, 30–50 IU/l = 1, over 50 IU/l = 3)

En skåre på fem eller mer regnes som positiv.

Tabell 2. AUDIT – alkoholinstrument.

1. Hvor ofte drikker du alkohol?
(Skåre: aldri = 0, månedlig eller sjeldnere = 1, to til fire ganger i måneden = 2, to til tre ganger i uken = 3, fire ganger i uken eller mer = 4)
2. Hvor mange drinker tar du på en 'typisk' drikkedag?
(1–2 = 0, 3–4 = 1, 5–6 = 2, 7–9 = 3, 10 eller flere = 4)
3. Hvor ofte drikker du seks drinker eller mer på en gang?
4. Hvor ofte i løpet av siste år var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?
5. Hvor ofte i løpet av siste år unnlot du å gjøre ting du skulle gjort på grunn av drikking?
6. Hvor ofte i løpet av siste år har du trengt en drink om morgenen for å komme i gang etter sterk drikking dagen før?
7. Hvor ofte i løpet av siste år har du hatt skyldfølelse eller samvittighetsnag på grunn av drikking?
8. Hvor ofte i løpet av siste år har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før på grunn av drikking?
(Spørsmål 3 til 8 skåres:
aldri = 0, sjeldnere enn månedlig = 1, noen ganger i måneden = 2, noen ganger i uken = 3, daglig eller nesten daglig = 4)
9. Har du eller noen andre blitt skadet som følge av din drikking?
10. Har en slektning eller en venn, eller lege (eller annen helsearbeider) engstet seg over drikkingen din, eller antydnet at du burde redusere?
(Spørsmål 9 og 10 skåres:
nei = 0, ja, men ikke i løpet av siste år = 2, ja, i løpet av siste år = 4)

En skåre på elleve eller mer regnes som positiv.

Tabell 3. Sensitivitet, spesifisitet og prediksjonsverdi av positivt resultat for den kliniske og den alkoholspesifikke delen av AUDIT. Som kriterium er valgt et alkoholkonsum på over 40 g per dag for menn, og over 20 g per dag for kvinner. Basert på data fra 206 norske pasienter i sykehus og allmennpraksis. Kriteriets prevalens er 6 %.

	Sensi- tivitet	Spesi- tivitet	Positiv prediksjons- verdi
Klinisk instrument	67	97	57
Alkohol- instrument	62	94	42

Tabell 4. Spørsmål som skiller spesielt godt mellom personer som drikker over og under gjennomsnittlig 40 g per dag i Norge.

- Hvor ofte er du beruset flere dager i trekk?
- Hvor ofte hopper du over måltider på grunn av alkohol?
- Blir du mer vennlig eller omgjengelig når du drikker?
- Hvor ofte trenger du en drink om morgenen etter å ha drukket kvelden før?

Den som opplever minst tre av disse tingene månedlig eller oftere bør karakteriseres som risikoperson med hensyn på alkohol.

per dag for menn som kriterium. Når tallene ikke er høyere, skyldes dette bl a at instrumentene er et kulturrelt kompromiss. Ved å velge de fire enkelt-spørsmålene som skiller best i det norske materialet økes den positive prediksjonsverdien til 86 %. Disse spørsmålene er gjengitt i tabell 4.

For de fleste leger i primærhelsetjenesten vil den naturlige framgangsmåten være å benytte det kliniske instrumentet på de fleste voksne pasienter, som en del av den vanlige undersøkelsen. Det spesifikke instrumentet kan brukes som hjelpemiddel i videre kartlegging og oppfølging av risikopersoner.

Råd og oppfølging

Konseptet med "enkel intervensjon" skjøt særlig fart som følge av en britisk studie om røyking som ble publisert i 1979 (14). Det ble der klart demonstrert at enkle intervensjoner i forhold til røyking kan være svært ef-

fektive, særlig hvis de gjøres ofte nok.

En gruppe pasienter i primærhelsetjenesten som røykte fikk i forbindelse med konsultasjon klare råd om å stoppe, en brosjyre om hva de skulle gjøre, samt beskjed om at de ville bli fulgt opp. En annen gruppe fikk bare beskjed om at de burde kutte røyken, og en tredje gruppe var kontrollgruppe. Etter ett år hadde 5 % i den første, 3,3 % i den andre og 0,3 % i kontrollgruppen sluttet. Russel påpekte at dersom alle leger i Storbritannia fulgte en slik prosedyre, så ville årlig en halv million briter slutte og røyke.

En kan lett tenke seg at lignende prosedyrer kan brukes i forhold til alkoholvaner.

På alkoholfeltet er det uten tvil Malmö-gruppen som har vist vei internasjonalt når det gjelder betydningen av regelmessig rådgivning og oppfølging etter en initial screeningprosess. Her er det som kjent vist at intervensjonsgruppen, som fikk regelmessige avtaler med sykepleier og lege, etterhvert ble betydelig friskere enn kontrollgruppen, målt i sykefravær, sykehusdøgn og dødelighet (12).

Dette designet er forsøkt kopiert en rekke steder, med vekslende hell (2, 4, 11). Det er typisk at det som regel går bedre med både kontrollgrupper og intervensjonsgrupper i slike studier. Dette skyldes nok både at kartlegging og bevisstgjøring i seg selv har en gunstig virkning, samt en viss "regression to the mean"-effekt. Der hvor oppfølging over tid er den intervensjonstype som brukes, er det imidlertid klart bedre resultat enn der hvor en satser på "skippertak".

Foruten i Malmö er dette særlig tydelig demonstrert i en bredt anlagt studie som omfattet 47 gruppepraksiser i England (20). Over 62 000 pasienter ble screenet, og ca 1 000 risikopasienter ble identifisert. Disse ble tilfeldig delt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk råd om å redusere, og ble fulgt opp hver tredje måned.

Etter ett år var det et signifikant lavere alkoholforbruk i intervensjonsgruppen, en nedgang på gjennomsnittlig 18 alkoholenheter i uken mot 8 i kontrollgruppen. En tilsvarende forskjell var det i reduksjonen i GGT i de to gruppene. Det ble konkludert med at råd om alkohol fra primærleger kunne få 210 000 menn og 130 000 kvinner i England til å redusere alkoholkonsumet fra et skadelig til et ikke skadelig nivå.

Bl a på grunnlag av denne undersøkelsen foreslår

The Royal College of General Practitioners i England at en deler pasientene i tre grupper i forhold til alkoholkonsumets størrelse: lav, middels og høy. Den lave, som går opp til 15 alkoholenheter per uke for kvinner og 20 for menn, bør følges opp med ny sjekk hvert femte år (tilsvarer henholdsvis 25 og 35 g per dag). Den mellomste gruppen, opp til 30 alkoholenheter i uken for kvinner og 50 for menn (hhv 50 og 85 g/dag), bør få klar beskjed om å redusere konsumet, og følges opp årlig. De som ligger over dette nivået bør følges opp enda hyppigere.

Denne tredelingen er også brukt i flere norske prosjekter. En god idé har vist seg å være at man knytter nivåene til trafikklys: grønt er utenfor fare, gult er vær oppmerksom, og rødt krever at man gjør noe aktivt for å redusere eller stoppe. Innholdet i oppfølgingsseansene vil nødvendigvis variere mye fra lege til lege, og fra pasient til pasient. De må doseres individuelt, både med hensyn til mengde og hyppighet. Det viktigste er at legen følger utviklingen på alle de tre forskjellige risikoområdene: alkoholkonsumets størrelse, graden og hyppigheten av beruelse og graden av avhengighet.

Når det gjelder konsumets størrelse, kan det ofte være aktuelt at pasienten selv registrerer forbruket sitt, fortløpende eller i perioder. Dette kan f eks skje ved hjelp av ferdig lagede registreringskort. Det finnes etterhvert en rekke brosjyrer og andre hjelpemidler.

Som et supplement vil biokjemiske markører være et godt hjelpemiddel, både fordi prøvetaking utgjør en del av normal lege-pasient forholdet, og fordi resultatet av slike prøver kan danne et naturlig utgangspunkt for samtale. Det er særlig GGT som er aktuell, selv om denne har en forholdsvis lav spesifisitet og sensitivitet i forhold til alkohol. Andre aktuelle analyser kan være MCV og etterhvert CDT (karbohydratdefisient transferrin) (10).

I tillegg kommer selvsagt en rekke kliniske tegn og symptomer, som ofte lettere kan forklares når legen vet at pasienten drikker mye.

Grad og hyppighet av beruselse vil ofte avspeiles i ulykkeskader eller sosiale problemer som skyldes alkoholpåvirkning, f eks kranter eller promillekjøring. En gang i blant kan det være hensiktsmessig å måle blodalkohol i forbindelse med konsultasjoner, og det bør selvsagt alltid gjøres i forbindelse med skader som kommer inn på sykehus eller poliklinikk. Alkotest

strimler eller og alkometer til eget bruk kan i visse sammenhenger være nyttige, særlig der hvor det er viktig for pasienten å vise at han eller hun ikke er beruset f.eks i forhold til ektefelle eller arbeidsgiver. En bør imidlertid være klar over at slike målemetoder ikke er særlig nøyaktige.

Endringer i alkoholavhengighet registreres best ved hjelp av et spørreskjema, f.eks MAST eller SADQ. Det er imidlertid et problem at en rekke av spørsmålene i slike skjemaer er av typen "Har du noen gang ...?". Det kan derfor være hensiktsmessig f.eks å begrense det aktuelle tidsrum til siste år eller siste fem år.

Behandling av høygradig avhengighet kan neppe kalles "enkel intervensjon", skjønt det heller ikke her er lett å vise at store behandlingsinsatser er mer effektive en enkel rådgivning og oppfølging. Men det er viktig at legen finner grensene for sin egen innsats og sitt eget ansvar i forhold til slike problemer, og sørger for å ha gode henvisningsinstanser. Dessuten går de fleste alkoholavhengige pasienter ofte til lege med diverse plager. Ikke minst kommer spørsmålet om forskrivning av medikamenter med krysstoleranse til alkohol opp, ofte sammen med spørsmål om sykmelding og etterhvert kanksje uførepensjon.

Jeg mener at primærlegen først og fremst skal gi råd og følge opp, og overlate eventuell medikamentell behandling eller sykmelding på grunn av avhengighet til spesialistene. I alle fall er det ikke lenger da et spørsmål om tidlig – eller enkel – intervensjon.

REFERENSER

1. Aasland O G, Bruusgaard D, Rutle O (1987): Alcohol problems in General Practice. *British Journal of Addiction*; 82:187–201.
2. Anderson P: Randomized controlled trial of general practitioner intervention in men with excessive alcohol consumption. Akseptert for publikasjon i *British journal of Addiction*.
3. Babor T F, Ritson E B, Hodgson R J (1986): Alcohol-related Problems in the Primary Health Care Setting: a review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*. 81:23–46.
4. Chick J (1988): Early intervention in the general hospital. I: Stockwell T, Clement S (red): *Helping the problem drinker*. London, Croom Helm.
5. Eckhardt M J, Harford T C, Kaelber C T et al (1981): Health hazards associated with alcohol consumption. *JAMA*. 246(6):648–666.
6. Edwards G, Orford J (1977): *Alcoholism. A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage*. Oxford University Press.
7. Ewing J A (1984): Detecting alcoholism – The CAGE questionnaire. *JAMA*. 252(14):1905–1907.
8. Feuerlein W, Ringer C, Küfner H, Antons K (1977): Diagnose des Alkoholismus. *Der Münchener Alkoholismus-test (MALT)*. *Münchener Medizinische Wochenschrift*. 119(40):1275–1282.
9. Fillmore K M (1988): Alcohol use across the life course. A critical review of 70 years of international longitudinal research. *Addiction Research Foundation*, Toronto.
10. Gjerde H, Johnsen J, Bjørneboe A, Bjørneboe G-E, Mørland J (1988): A comparison of serum carbohydrate-deficient transferrin with other biological markers of excessive drinking. *Scandinavian Journal of Clinical Laboratory Investigation*. 48:1–6.
11. Heather N (1987): DRAMS for problem drinkers: the potential of a brief intervention by general practitioners and some evidence of its effectiveness. In: Stockwell T, Clement S (red): *New initiatives in community care*. London, Croom Helm.
12. Kristenson H, Öhlin H, Hulten-Nosslin M-B et al (1983): Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and experimental research*. 7(2):203–209.
13. Royal College of General Practitioners (1986): *Alcohol – a balanced view*. London.
14. Russel M A H, Wilson C, Taylor C, Baker C D (1979): Effects of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*. 2:231–235.
15. Saunders J B, Aasland O G (1987): WHO collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I: development of a screening instrument. Genève, WHO/MNH/DAT/86.3.
16. Saunders J B, Aasland O G, Babor T F, de la Fuente J R, Grant M: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. Development of the screening instrument "AUDIT". Akseptert for publikasjon i *British Journal of Addiction*.
17. Selzer M L (1971): The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*. 127:1653–1658.
18. Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C, Rankin H (1979): The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*. 74:79–87.
19. Vaillant G E (1983): *The Natural History of Alcoholism*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
20. Wallace P et al (1988): Effect of general practitioners' advice to heavy drinkers to reduce their alcohol consumption. *British Medical Journal*. 297:663–668.