

Transkribering av Socialstyrelsens Podcast På djupet – avsnitt 79 om rådgivning om alkoholvanor

Ola Billger:

- Hjärtligt välkommen till Socialstyrelsens podcast På djupet. Idag så ska vi prata om alkohol. Ungefär en miljon svenskar har alkoholproblem, dvs att de dricker över gränsen till riskbruk, och det ska vi prata om idag. Vi har med oss i studion Suzana Björnstedt Buhovac, som är verksamhetsområdeschef för Region Stockholm och specialist i allmän medicin, hjärtligt välkommen Suzana!

Suzana:

- Tack så mycket!

Ola:

- Vi har också med oss Olle Wiklund, legitimerad psykolog och projektleder ett husläkarprojekt kring riskbruk av alkohol här i Stockholm, hjärtligt välkommen till dig Olle!

Olle:

- Tack så mycket!

Ola:

- Och så har vi också med oss Irene Nilsson Carlsson, som är folkhälsoråd här på Socialstyrelsen, hjärtligt välkommen till dig Irene!

Irene:

- Tack!

Ola:

- Och jag som leder den här podcasten heter Ola Billger och är kommunikationsdirektör på Socialstyrelsen. Jag tänkte börja med att ställa frågan till dig Suzana, varför är det så svårt att prata om alkohol?

Suzana:

- Ja du, det borde ju inte vara så svårt, tycker vi ju, det borde vara en integrerad del i vår vardag. Vid alla besök. Men det finns nog nåra saker som jag tycker sticker ut: bland annat faktiskt är ganska underbemannade inom primärvården. Och när det är så, så är det tyvärr också så att vissa typer av frågor blir underprioriterade, till exempel frågorna om levnadsvanor. Ja men så är det nog också så med alkohol att man har inte riktigt en klinisk blick för vilka patienter man ska fråga om alkoholvänor, vilket gör att vi inte alltid tänker på att ställa den frågan vid våra besök. En annan faktor som jag tror också bidrar är att vi är lite osäkra. Hur approachar man folk med den här frågan? Vad är ett riskbruk? Och vad gör vi med det svaret vi får? Det är några faktorer som jag tror påverkar varför jag tror vi inte ställer frågan.

Ola:

- Vad säger du Olle? Varför är det så svårt att prata om alkohol?

Olle:

- Jag tror att det finns en föreställning att man antingen har alkoholproblem eller också har man det inte. Och man vill inte ha alkoholproblem och då pratar man inte om det. Det finns en hel del undersökningar gjorda på patienter där man frågar patienter med alkoholproblem och det finns starkt stöd för att patienterna tycker att det här, eller de vill gärna att man tar upp det, man förstår att det kan vara relevant medicinskt och så, men det finns en ovana, tror jag. Och det är en känslig fråga, det är kopplat till stigma och så, men det man kan tänka då är att alkoholproblem ser olika ut. Hos en befolkning är det olika grader och det centrala är ju den patienten som sitter framför en och vilket alkoholproblem den patienten har.

Ola:

- Vi ska komma tillbaka lite grann till det där kring olika grader av riskbruk och alkoholbekymmer att det inte är så där svart eller vitt att antingen har man det eller har man det inte. Men tänkte också släppa in dig Irene – stämmer den bilden att vi har svårt att prata om alkohol?

Irene:

- Ja, jag tror det att många har svårt att prata om det men vi vet ju att patienterna gärna vill prata om sina och tycker att det är konstigt om man inte får frågor om det i vården, och jag tycker också att jag hör från läkare och annan vårdpersonal som är vana att prata om alkohol, att de

inte tycker att det är så svårt utan det är de som inte riktigt har kommit igång som värjer sig och tycker att det är besvärligt.

Ola:

- Att när man väl börjar prata om alkoholvanorna med patienterna så blir det mycket lättare, men det finns en slags berg att kliva över där.

Irene:

- Ja, det är någon tröskel där som man behöver passera, mmm.

Ola:

- Du sa det Suzana att det kan ha att göra med bemanning och då antar jag att man inte har tid riktigt att sitta och prata med patienterna om den här frågan?

Suzana:

- Precis, man hinner kanske inte ställa frågorna därför att patienten har en annan agenda. Patienterna uppvisar symptom som kanske är mer prioriterade att ta itu med vid just det här besöket. Och sen behöver man också personal då som kan ta hand om det svaret man får. Och där har vi inte alltid varit rustade över att veta vad vi ska göra med patienterna.

Ola:

- Vad är dina bästa tips då, när man möter en patient – du är allmänmedicinare, du träffar ganska många olika patienter. Gissar jag. Och de har också olika symptom som de kommer med. Men vad är ditt bästa tips för att få igång det här samtalet, därför att ni säger ju alla tre det patienterna själva vill gärna att läkaren frågar?

Suzana:

- Jag tror som Irene sa att det måste vara en helt naturlig integrerad del i alla våra möten. Och återkommande, för de här vanorna ändras ju också över tid. Så att om man får ett nekande svar idag, kan man få ett helt annat svar om ett tag. Eller så sår vi ett frö. Så att när det börjar gro och patienten är redo så kommer de tillbaka till oss och vet att de kan få hjälpen.

Ola:

- Jag tänkte fråga dig Olle, för du var lite grann inne på det här att det finns olika typer av, ska man säga, risk-nivåer eller olika typer av alkoholbekymmer, ska vi liksom gå igenom, jag sa det i inledningen här att ungefär en miljon personer i Sverige har någon typ av riskbruk men, hur är det man definierar det här, hur ska jag tänka?

Olle:

- Man tänker utifrån ett vårdgivarperspektiv då, så använder vi vissa begrepp då, vi har riskbruksbegreppet och det är kopplat till ett visst antal standardglas som vi kanske återkommer till för det är bra ock kanske veta vad det är då - men i själva verket så är ett riskbruk det är att man dricker över en rekommenderad gräns för hälsan. Men sen har man ett begrepp som heter Skadligt bruk och det är ju alkoholrelaterad ohälsa, dvs att man har psykisk eller fysisk ohälsa som är direkt eller en bidragande orsak är alkoholkonsumtionen – det kan också vara så att insatt behandling får en sämre effekt p.g.a. sättet man dricker på. Och det sista är en beroendediagnos och det är viktigt att man uttrycker sig så då, att man uppfyller diagnoskriterierna för alkoholberoende, som inte är kopplat till hur mycket man dricker men att man just uppfyller tre eller fler av de kriterierna som det handlar om när det gäller alkoholberoende. Och det där kan variera under en livstid – men det har med att göra att man har svårt att kontrollera mängden och så...

Ola:

- Och de kriterierna de är alkoholsug, det är kontrollförlust – man fortsätter att dricka trots att man vet att det inte är bra – och det fjärde kriteriet är att man får sociala problem på grund av sitt alkoholbruk..?

Olle:

- Ja, eller rättare sagt att ens liv påverkas av sättet man dricker på man, det påverkar ens relationer, ens fritidsintressen och ens arbete. Det kan vara att man inte kommer iväg och tränar eller man får mindre gjort på kvällarna hemma och så där – så det är inte är att man har behov av från socialtjänsten utan man har någon typ av påverkan i sitt liv, och det här är ju också patienten själv som får titta på de här kriterierna, känner jag igen men i de här eller inte. Sen finns de två till kriterier som är tolerans, det vill säga att man utvecklar tolerans – man behöver dricka mer för att få samma effekt som tidigare, och det sista är att man har abstinenssymptom och det är ganska ovanligt i gruppen lindrigt till måttligt alkoholberoende men de som har svårt beroende kan ofta känna av bra.

Ola:

- Vad är skillnaden mellan abstinens och alkoholsug?

Olle:

- Alkoholsug är ju att man går runt och är sugen på ett glas vin eller en öl och tänker mycket på alkohol och har svårt att stå emot det. Abstinens är att man får svettningar eller att man mår inte bra efter att man har slutat dricka efter att ha gjort det – och det är något annat att man har en baksmälla som många kan uppleva då. Abstinens är en större effekt efter att man slutat dricka.

Ola:

- Men de allra flesta då av de här miljonerna personer som har någon typ av riskbruk, tillhör ju inte dem som uppfyller några av de här kriterierna – är vården anpassad för de många eller för de få, Suzana?

Suzana:

- För de få, är det nog och eftersom vi ser inom allmän medicinen de vanliga sjukdomarna och vi ser de flesta patienterna, så är det ju jätteviktigt för oss att lära våra patienter, och även personalen, kring all den påverkan alkoholen har på många av våra folksjukdomar. Det är många patienter som idag inte vet att blodtrycket påverkas, många patienter med psykisk ohälsa som inte vet hur alkoholen påverkar deras välmående. Och det här behöver vi tydliggöra, för många blir det en aha-upplevelse när de förstår att alkoholen har en del i den somatiska sjukan som vi behandlar.

Ola:

- Men Irene, ibland så här man ju så här: att alkohol är bra, och ofta är det någon hjärtläkare som uttalar sig som är ute och uttalar sig om att ett antal glas vin och så där, stämmer inte det då?

Irene:

- Det har ju varit mycket diskussioner kring det här och på senare år har det kommit en del nya forskningsrön, bland annat inom cancer-området som visar att all alkoholintag ökar riskerna. Och den riskökningen som blir inom cancerområdet gör att de eventuella vinster som kan finnas som inom hjärtsjukdomar elimineras, kan man säga, så att vi brukar säga det är en liten riskökning så fort man börjar att dricka alkohol – och sen ökar riskerna med ökat intag. Så att det är ju någonting att ta med sig. Sen de studierna som finns kring hjärtsjukvården är lite omtvistade utifrån den metodologi som har används också när det gäller de studierna – så att de är inte helt lätta att tolka.

Ola:

- Suzana?

Suzana:

- Jo, här behöver vi göra en jättestor fortbildningsinsats för det är precis det här vi inom vården faktiskt inte känner till. Vi lever fortfarande i den tron att något glas vin är bra, vi som är gamla skolan och även våra patienter likaså.

Ola:

- Olle, hur tänker du?

Olle:

- Ja, om man vill läsa en populär nyhetsartikel om den här sammanställningen så finns det en bra artikel som ligger på SVT Nyheter som handlar om alkohol och huruvida det är nyttigt eller inte och att det mestadels är fel. Så om man vill få en snabb översikt om just de här – alkohol och hälsa och ohälsa så är det ett bra tips.

Ola:

- Men sammanfattningsvis när det gäller då, då kan man säga att ju mindre desto bättre – är det så? Vad säger du Irene?

Irene:

- Ja, det skulle jag säga. Sen så är ju riskerna för den som dricker ganska lite inte så stora. Så att det där är ju en ganska individuell fråga att man själv måste ju också ta ställning till att vilka risker är det man vill ta i livet? Och då är det ju viktigt att kunna ha en bra dialog tex med sin allmänläkare utifrån vad som gäller just för mig, min hälsostatus i övrigt och min livssituation i övrigt – vilka risker är jag beredd att ta?

Ola:

- Jag tänkte vi ska gå tillbaka till patientmötet så att säga alldeles strax, men vi ska hålla fast i den här frågan som du Olle lyfte alldeles nyss – nämligen antalet glas, för det finns ju också en uppfattning om det Irene – vad säger man om antalet glas och risker i Sverige idag?

Irene:

- Ja, det som man har utgått ifrån som Folkhälsoinstitutet har redovisat och som vi har använt som underlag, i våra riktlinjer, och då har det handlat om ett maximum på 14 glas för män och 9 för kvinnor.

Ola:

- Men då undrar jag så här Irene, om man tittar internationellt så finns det ju andra glasmängder i andra länder – i Australien, USA, Kanada, Storbritannien – varför är det andra mängder glas i andra länder?

Irene:

- Ja, dels är det ju väldigt kulturellt betingat, kring alkoholvanor så att det kan spela roll; och så vad man har för dryckes-mönster osv. Sen så har de här de här rekommendationerna kommit till i olika tider och med olika forskningsunderlag – sen det som man ser från forskningen är ju att det är en kontinuerlig riskökning, så att man har valt att sätta ned foten på lite olika nivåer utifrån vad man har bedömt som rimliga risker att ta i olika länder vid olika tider, så att det finns egentligen ingen enhetlighet i det här.

Ola:

- Men dels är väl de här glasen inte lika stora i olika länder – hur kommer det sig?

Irene:

- Det tror jag har med kulturskillnaden att göra. Man har valt glasstorlekar utifrån vad man är van att dricka i de olika länderna – jag gissar att det är det som ligger bakom för att det ska kunna förklaras för folk i allmänhet så måste man koppla det till de dryckes-mönster som man har i de olika länderna.

Ola:

- Om vi går tillbaka till själva patientmötet då, så sa vi inledningsvis här att många ändå vill prata om sina alkoholvanor, man förväntar sig att en läkare ställer frågor – om vi nu antar att vi har en patient som inte riktigt vill prata, vad är liksom de bästa tipsen för att få igång ett samtal om det? Vem vill börja – Olle?

Olle:

- Det centrala är ju här den patient man har framför sig då om det finns ett alkoholproblem och hur det här tar sig uttryck för den här patienten. Det kan ju hända att den inte har kunskap, så man kan ju börja fråga om det – känner du till att en av de faktorer som påverkar blodtryck är alkohol? Det kanske de vet om eller också vet de inte om det och då är det någonting man kan prata kring. Man kan utgå från patientens intresse, det kan handla om att man har satt in en tredje blodtrycksmedicin och då kan man testa: ”kan du testa och halvera din konsumtion till om två, tre veckor när vi ses igen och då ser vi om blodtrycket har påverkats? Så att hitta något som ligger i patientens eget intresse och bära där.

Ola:

- Suzana?

Suzana:

- Och sen tänker jag det vi gillar inom primärvården och det som är vår framgångsfaktor, det vi är duktiga på, det är kontinuitet. Skapa förtroendefulla relationer med våra patienter, mot våra sköterskor och mot våra doktorer så att patienterna naturligt vet vart de ska vända sig till när de är redo. Så att, så det där fröet och vänta in tills patienten kommer tillbaka, för de kommer tillbaka.

Ola:

- Hur gör man det där i praktiken, hur skapar man den där kontinuiteten i en pressad vård?

Suzana:

- Det är svårt, det är en jätteutmaning som hela primärvården står inför idag, men jag tror att vi specialister i allmänmedicin och även distriktsköterskor måste jobba med patientlistor, med avgränsade patientlistor där patienten vet att det finns en jättebra tillgänglighet, jag kommer nå min doktor och min sköterska. Även om jag väntar två, tre veckor extra så är det henne eller honom jag kommer att få träffa igen. Och på så vis bygger man ju relationer på lång sikt.

Ola:

- Olle?

Olle:

- Jag tror också det är också det är viktigt med lokala rutiner som du varit inne på – jag har utbildat på många vårdcentraler i Region Stockholm och det finns många bra initiativ, men det är också ganska mycket på individnivå och då blir det också ganska sårbart, speciellt inom Region Stockholm där personal flyttar ofta mellan olika vårdcentraler, och, så det är viktigt med lokal rutin och då har det pågått ett sånt arbete inom Region Stockholm att försöka skapa såna rutiner...

Suzana:

- Precis, för vi har ju ganska bra rutiner vad gäller tobak, vi har ju astma-KOL-sköterskor på mottagningarna, vi har också bra rutiner vad gäller kost och motion med tanke på diabetes-sköterskorna – men det här har verkligen varit en blind fläck, att diskutera alkoholvanor – så att, först fortbilda oss som man kan göra via Ridargatan och sen skapa lokala rutiner, sätta målet men få medarbetarna med i resan på HUR:et – hur skapar vi bra rutiner och hur bygger vi en vårdprocess kring den här patientgruppen, så att det inte blir så sårbart om några slutar.

Olle:

- ...Ja, och ett exempel på det, var att i Region Stockholm då så hade man, eller man erbjöd om regiondrivna; landstingsdrivna, vårdcentralerna att ha alkohol och hälsa som ett lokalt kvalitetsprojekt – och då hade man en struktur för det och så får man en kvalitets-peng och ersättning för att göra det arbetet då. Och det handlade också om att registrera då fråga om riskbruk vid fyra diagnoser som man valde fyra diagnoser som var förmaksflimmer, hypertoni, ångest och depression, då skulle man fråga om riskbruk. Och sen skulle man då erbjuda åtgärd om det fanns ett riskbruk, rådgivande samtal då enligt riktlinjerna från Socialstyrelsen. Och i det fallet det fanns behov skulle man då erbjuda alkoholläkemedel. Och det är ett väldigt spännande arbetssätt för att då ramar man in det här och några diagnoser så testar man och arbetar strukturerat.

Ola:

- Varför valde man just ut de här fyra diagnoserna?

Olle:

- Därför där har alkohol stor påverkan på symptombilden.

Ola:

- Ska vi beskriva den symptombilden, Suzana?

Suzana:

- Ja, vad gäller blodtryck, det är förvånansvärt ofta man ser patienter som har fluktuerande blodtryck – och när man frågar dem om de själva har en idé kring vad det beror på så kommer alkoholen aldrig upp. Men det är inte en helt ovanlig anledning till att blodtrycket varierar. Och det är väldigt många av våra patienter med ångest och depression som använder alkohol i ångestlindrande syfte. När vi frågar om vanor generellt, för att kunna mäta det så måste det dokumenteras på rätt sätt. Och där har väl kanske personalen fått oförtjänt negativ kritik, för man för man har förutsatt att bara för att det inte är frågat så har man inte frågat. Och så är det ju inte alltid. Utan har man frågat och fått ett nej, då kanske man glömmer att dokumentera.

Ola:

- Men, allting kan ju inte lösas med personal och rutiner. Hur skapar man en kultur då, där patienten känner att det är okej att prata om, förutom att man har rutin och plats och personal? Olle?

Olle:

- På Riddargatan 1 då som är ett forskningscentrum och ett utbildningscentrum inom Region Stockholm, inom SLSO, där har vi då gjort forskning inom primärvården Stockholm, och tagit fram en metod som heter 15-metoden – det är en kollega, en psykolog-kollega till mig, Sara Wallet Finn, som har skrivit en avhandling på det här, och där testade man då 15-metoden på vårdcentraler och så gjorde man en sån här RCT-studie och jämförde med Riddargatan och fick lika bra resultat ute på vårdcentralerna. Och 15-metoden är en trappstegsmodell, att man jobbar utifrån ett trappsteg då när man erbjuder patienten vård efter behov – börjar med steg 1 att man uppmärksammar sambandet som vi har varit inne på här, till sökorsaken, att alkohol kan vara en bakomliggande faktor och frågar patienten om de vill prata om det och ofta kan det räcka. Som steg 2 då så kan man använda en audit och patienter då som får 15 poäng eller mer på audit som ett slags gränsvärde så kan man använda en fördjupad bedömning; med provtagning, man använder då provtagning inte för att kolla huruvida de får behålla körkortet eller inte utan som hälsomarkörer att de får återkoppling på hur det står till i, med blodvärden och levervärden – och de får också göra ett självtest för att kunna orientera sig – vad är mitt alkoholproblem och hur tar det sig uttryck,

vad är det jag känner igen mig i, vad är det jag inte känner igen mig i, och får möjlighet att reflektera hur det påverkar deras vardag. Och som ett tredje steg om det behövs, få en hälsokoll och få uppmärksammat för sig själv vad det betyder för en själv. Och som ett tredje steg då en behandling med läkemedel och en kort KBT-intervention. Och det här testade man då och fick lika bra resultat på de här vårdcentralerna. Det som man ska nämna dock i den här forskningsstudien var det i steg två och tre som var det som vårdcentralerna fick arbeta med, de fick patienter tilldelade som hade då anmält sig forskningsstudien och det är en viktig faktor då att just uppmärksamma det här och att patienterna vet om att man kan få hjälp på sin husläkarmottagning.

Ola:

- Om vi tittar på det här som ett folkhälsobekymmer, Irene, om vi tittar i det stora, är vi tillräckligt bra på förebyggande vård i Sverige när det gäller alkoholbekymmer?

Irene:

- Det går säkert att göra väldigt mycket mera, och just den rollen som hälso- och sjukvården kan ha att man kan upptäcka och stötta patienter väldigt tidigt just när man kommer med sömnsvårigheter eller högt blodtryck och så, att man redan då innan man behöver insats två och tre, enligt 15-stegsmetoden, så kan man ju då redan vid första mötet få hjälp att faktiskt ändra sina vanor och för de allra flesta så behövs det väldigt lite för att man ska börja reflektera och ändra vanor. Sen kanske man behöver bli påmind igen senare men just det som Suzanne nämner här med behovet av kontinuitet och tillgänglighet till primärvården, tror jag är jätte viktigt just för att få en bra struktur för att jobba med frågorna.

Sen så finns det ju många andra delar av samhället som naturligtvis också har betydelse för tillgängligheten vet vi generellt sett, tillgängligheten till alkohol och tillfällen att dricka och så det spelar roll, och tillgänglighet att handla spelar också roll så att det finns mycket i samhället som också spelar roll.

Ola:

- Vad vet vi om effekterna då, om vi ändå vet det här att patienterna själva förväntar sig att man kan ha den här diskussionen med sin läkare, det behöver inte vara så himla svårt. Det finns sätt att utveckla mottagandet ute i primärvården; det finns sätt att hjälpa de här patienterna så att man kommer igång – då undrar jag, vet man någonting om vilka effekter ett minskat alkoholbruk har? Alltså om man har in en patient som har högt blodtryck, eller som är drabbad av depression och ångest, eller självmedicinerar, alltså, kan man se snabba effekter på när de här personerna drar ned sitt intag? Vem skulle vilja ta den pucken, Olle ser intresserad ut?

Olle:

- Ja, de hälsomarkörer då, det finns ju vissa leverprover, det här är ju en läkarfråga, jag är psykolog då, men det vi använder då i den här 15-metoden är ALA:t; ASA:T, GT och MCV.

Ola:

- Nu var det mycket förkortningar....

Olle:

- Mycket här, men i alla fall, det finns en stor amerikansk studie man brukar referera till att det är tydligt kopplat till antalet standardglas man dricker så att, så det är väldigt förstärkande för patienten att det blir självförstärkande att man ser att det minskar när jag minskar antalet standardglas, så halveringsexperimentet är ett alldeles utmärkt sätt att jobba på – vi testar, vi vet inte om det är alkoholen, men vi testar.

Ola:

- Suzana?

Suzana:

- Utan att vara helt säker, men just blodtryckseffekten är väldigt synlig – magkatarr-effekten – triglyceriderna och blodfetterna om man nu ska tänka provtagning, det är såna utslag man får ganska snabbt genom att bara halvera den konsumtionen man har. Och det är också väldigt påtagligt för patienten, något man kan visa upp.

Ola:

- Och hur man känner sig själv.

Suzana:

- Och hur man ofta känner sig själv.

Ola:

- Våra nationella riktlinjer när det gäller levnadsvanor, Irene-Nilsson Carlsson, folkhälsoråd här på Socialstyrelsen, vad säger de i det här fallet?

Irene:

- De säger att för patienter som har ett riskbruk av alkohol, de bör erbjudas ett rådgivande samtal. Och för väldigt många så räcker det med ett sånt samtal med t ex sin läkare eller en sjuksköterska. För att man ska ändra sina vanor. Så att det behöver inte vara märkvärdigare än så. Men sen, har man större problem så har vi ju också riktlinjer för missbruk och beroende – och där finns det ju också rekommendationer kring hur man kan få stöd med läkemedel t ex som också många inte känner till att det finns den typen av hjälp att få också i hälso- och sjukvården.

Ola:

- Suzana?

Suzana:

- Precis som Irene säger, att ge rådgivande samtal – jag tror vi behöver vara väldigt tydliga med att vi pratar sällan om total avhållsamhet, många patienter tror det idag och alkohol är för många en viktig social del – utan vi behöver vara väldigt tydliga med att det handlar om en minskning.

Olle:

- Jag ser en liten utmaning i att det finns två riktlinjer för alkoholproblem, och det finns en risk det här med alkoholberoende att det är en grupp som är väldigt svår och komplex och i själva verket finns det ett starkt forskningsstöd att alkoholberoende som diagnos, kommer och går under en livstid och för många löser det sig av sig självt. Och så även där, även om man uppfyller diagnosen alkoholberoende kan det ofta räcka med små insatser. Men det stora flertalet har ett lindrigt eller måttligt beroende. Och i arbete och fungerar som föräldrar för en familj och så, men de har tappat kontrollen över alkoholkonsumtionen.

Ola:

- Hur kommer det sig att det här beroendet kommer och går då?

Olle:

- Ja, om man utgår från kriterierna så är det tex kanske att man är alkoholberoende under studenttiden – då expanderas man för mycket alkohol, man dricker frekvent alkohol och utvecklar så småningom ett beroende. Sen bildar man kanske familj, får småbarn och då dricker man väldigt lite för många är det då problemfritt och dricka mindre. För en del är det svårt. För många så löser det sig av sig självt. Och många är inte alkoholberoende under den tid de arbetar men sen blir de pensionärer, och då börjar de dricka, och då kan de utveckla ett beroende. Så det är ett viktigt budskap det här att ”en gång beroende, alltid beroende” stämmer verkligen inte för de allra flesta. Men ska man ha respekt för en grupp som har det svårt så är det svårt och då i de allra flesta fall är det allra bästa alternativet att sluta helt med alkohol.

Ola:

- Suzana, när du möter patienter som inte riktigt lyckas minska sitt alkoholintag, vad gör man då?

Suzana:

- Vi finns där för att försöka hjälpa dem. Vi försöker uttömma alla de alternativ vi har och när det inte går, och patienten fortfarande vill, då har vi våra specialister, Riddargatan, som kan ta det här ett steg till. Men vi

kan fortfarande behålla kontakten med patienten, för oss inom primärvården. Så vissa insatser sker inom specialistmottagningar och andra fortsätter vi med. För patienten kommer ju till syvende och sist tillbaka till oss inom primärvården.

Ola:

- Den här podcasten som handlar om alkoholvanor börjar gå mot sitt slut men jag tänkte ni ska få avrunda det hela med att ni ska få ge varsitt tips till de av era kollegor som jobbar med såna här frågor – Suzana, vad är ditt bästa tips för att få patienterna att börja prata om sina alkoholvanor?

Suzana:

- Ha det alltid som en naturlig del i den vanliga anamnesen. När det blir en självklar del för dig, så kommer det bli en självklar del patienten också.

Ola:

- Olle, vad är ditt bästa tips för att en patient ska minska på sitt alkoholin- tag?

Olle:

- Ja, börja med att uppmärksamma och så ett frö men framför allt under- söka om det här är ett problem för patienten och om patienten tror att det här kan bero på alkohol.

Ola:

- Och Irene Nilsson Carlsson slutligen, vad är ditt bästa råd och tips för att vi ska få en bättre folkhälsa när det gäller alkoholvanor i Sverige? Du fick den största frågan.

Irene:

- Då tror jag att det viktigaste är att man frågar de många patienterna. Man ser att det här är något som man kan lyfta med i stort sätt alla som har ett hälsoproblem som kan vara kopplat till alkohol. Och på det sättet så ett frö. För att det är genom att nå de många människorna det är då vi på- verkar folkhälsan mest.

Ola:

- Hör ni, tack alla tre för ett spännande samtal. Hjärtlig tack Suzana Björnstedt Bovac, verksamhetsområdeschef, specialist i allmän medi- cin, här i Region Stockholm för att du ville vara med i På djupet idag!

Suzana:

- Tack så mycket!

Ola:

- Hjärtligt tack till dig, Olle Viklund, legitimerad psykolog, för att du ville vara med och prata alkoholvanor i På djupet idag!

Olle:

- Tack så mycket!

Ola:

- Och tack också till Irene Nilsson Carlsson, folkhälsoråd här på Socialstyrelsen för att du ville vara med och prata om alkoholvanor!

Irene:

- Tack!

Ola:

- Och förstas tack också till era alla som lyssnar till På djupet! Jag heter Ola Billger och jobbar på Socialstyrelsen.

Slut på textning av avsnitt 79 av Socialstyrelsens podd På djupet.