Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Said Fard, (saija3), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2024-03-08
Giltig till: 2026-03-08

# Läkemedelsbehandling vid beroendetillstånd, SÄS

## Sammanfattning

Behandling, förskrivning och uppföljning av läkemedel vid beroendetillstånd av alkohol, bensodiazepiner (BDZ), opioider och drogutlöst psykos.

## Förändringar sedan föregående version

Översyn av hänvisningar/länkar, innehållet i övrigt oförändrat.

### Innehållsförteckning

Sammanfattning ..... 1
Förändringar sedan föregående version ..... 1
Förutsättningar ..... 2
Alkohol ..... 2
Alkoholabstinens – definition och symtom ..... 2
När sjukhusvård? ..... 2
Vårdplan – sjukhusvård ..... 3
När start av läkemedelsbehandling? ..... 3
Val av preparat ..... 3
När vid behovsmedicinering? ..... 4
Tilläggsbehandling med blodtryckssänkande ..... 4
Behandling av delirium tremens (DT) ..... 4
Krampprofylax ..... 5
Vitaminbrist ..... 5
Nutrition ..... 5
Vid buksmärtor ..... 5
Insulinbehandlade patienter ..... 5
Vid sömnstörning ..... 6
Vid behov av smärtlindring ..... 6
Benzodiazepiner (BDZ) ..... 6
Benzodiazepinabstinens – definition och symtom ..... 6
När behövs sjukhusvård? ..... 6
Val av preparat och dos? ..... 6



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Nedtrappningsschemat? ..... 7
När vid behovs-medicinering? ..... 7
Krampprofylax ..... 7
Opioider ..... 7
Opioidabstinens – definition och symtom ..... 7
När sjukhusvård? ..... 7
Val av preparat och dos ..... 8
När start av läkemedelsbehandling? ..... 8
Risk för överdos/andningsdepression av opioider ..... 8
Akut smärta ..... 8
Drogutlöst psykos, definition och symtom ..... 9
Behandling av drogutlöst psykos ..... 9
Dokumentinformation ..... 10
Referens- och länkförteckning ..... 10

# Förutsättningar

## Alkohol

### Alkoholabstinens – definition och symtom

Alkoholabstinens enligt DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) [1] diagnostiseras när minst två av dessa symtom finns efter att ha slutat med alkohol eller minskat sitt intag efter en lång alkoholperiod: Autonom hyperaktivitet (till exempel svettning eller ökad puls mer än 100/min), ökad handtremor, sömnsvårigheter, illamående och kräkning, övergående hallucinationer, psykomotorisk agitation, ångest och krampanfall. Använd Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA) för skattning av abstinenssymtom för alkohol [2].

Behandling av alkoholabstinenssymtomen syftar till att minska hjärn-komplikationer vid abstinens, främst att förhindra krampanfall, delirium tremens (DT) och död, men också behandla patientens lidande.

### När sjukhusvård?

När en säker vård via poliklinisk abstinensbehandling inte kan tillgodoses, erbjuds abstinensbehandling på heldygnsvård. För detaljerad information, se regional riktlinje läkemedel: Alkohol, skadligbruk och beroende [3].

## Vårdplan – sjukhusvård

- Blodprover (H1, P4, ASAT, P-PK (INR), B-glukos, CRP) och droganalyser så snart som möjligt. Alla patienter bör erbjudas provtagning avseende HIV/Hepatit. Puls och blodtryck x 4.
- Ingen vistelse utanför avdelning de första tre dygnen rekommenderas p.g.a. risk för krampanfall. Gör en överenskommelse med patienten och dokumentera. Konsultera med läkare för en riskbedömning om utevistelse behövs ändå.
- Vårdförlopp innebär sova, äta, dricka och ta ordinerad medicin. Observera och behandla eventuell uttorkning och somatiska samsjukligheter.
- Vårdtid är 4-7 dygn beroende på abstinensens allvarlighetsgrad.
- Överväg LVM-anmälan, körkortsanmälan, orosanmälan för barn, anmälan om vapenlicens samt behov av fortsätt uppföljning via öppenvårdsmottagning.
- Vid kraftig abstinens som inte svarar på sedvanliga abstinensschema (se nedan), kan nedsövning vara aktuell. Konsultera medicinjouren.

## När start av läkemedelsbehandling?

Alkoholabstinens kan uppträda redan innan blodalkoholhalten sjunkit till noll. Behandlingen ska därför i normalfallet sättas in när symtom på abstinens uppträder.

## Val av preparat

Bensodiazepiner (BDZ) är den enda preparatgrupp som har säkerställd effekt på abstinenssymtom och förebyggande effekt på abstinenskramper och DT (delirium tremens).

Vid inläggning påbörjas antingen ett diazepamschema eller ett oxazepamschema. Rekommendationen är att i första hand använda lätt diazepamschema. Om det visar sig att patienten är i behov av tungt schema, tar ansvarig sjuksköterska kontakt med läkare.

Anledningen till prioritering av lätt diazepamschema är att diazepam ger en stabil koncentration i blodet tack vare aktiva metaboliter, och därför ger bättre skydd mot krampanfall. Däremot metaboliseras diazapam via levern och kan, vid förhöjt levervärde, ackumuleras i blodet. Byt till oxazepamschema om levervärde är trippel så högt som referensvärde.

| Tabl diazepam 5 mg | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Lätt** | | **Tungt** | |
| Dag 1 | 1+1+1+1 | + 1-2 vb max 4 | 2+2+2 | + 1-2 vb max 4 |
| Dag 2 | 1+1+1 | + 1-2 vb max 3 | 2+1+2 | + 1-2 vb max 3 |
| Dag 3 | 1+0+1 | + 1-2 vb max 2 | 1+1+2 | + 1-2 vb max 2 |
| Dag 4 | 1+0+0 | | 1+0+1 | + 1 vb max 1 |
| Dag 5 | | | 1+0+0 | |

| Tabl oxazepam 15 mg | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Lätt** | | **Tungt** | |
| Dag 1 | 1+1+1+1 | + 1-2 vb max 4 | 2+1+1+2 | + 1-2 vb max 4 |
| Dag 2 | 1+1+1 | + 1-2 vb max 3 | 2+1+1+1 | + 1-2 vb max 3 |
| Dag 3 | 1+0+1 | + 1-2 vb max 2 | 1+1+1 | + 1-2 vb max 2 |
| Dag 4 | 1+0+0 | | 1+0+1 | + 1-2 vb max 2 |
| Dag 5 | | | 1+0+0 | |

### När vid behovsmedicinering?

Endast vid tecken på klinisk abstinens (CIWA >15) med en puls på >100 per minut och efter 5 minuters vila, kan vid behovs-läkemedel erbjudas av sjuksköterska utan läkarordination. Vid osäkerhet eller vid behov av ytterligare BDZ än vad som ligger i schemat, konsultera läkare. Observera om patienten står på betablockerare som maskerar stigande puls, eller lider av hög puls av någon annan anledning och inte tar tidigare ordinerad betablockerare mot hög puls.

### Tilläggsbehandling med blodtryckssänkande

Rekommenderas till alla inneliggande patienter med alkoholabstinens och blodtryck >160/95 oavsett schema (lätt/tungt) enligt riktlinje Blodtryckssänkande behandling vid svår hypertension eller i samband med carotiskirurgi i syfte att minska risk för komplikationer som är relaterade till högt blodtryck (t.ex. stroke) [4].

### Behandling av delirium tremens (DT)

DT kännetecknas av alkoholabstinenssymtom tillsammans med förvirringstillstånd (delirium) med desorientering och hallucinationer (vanligen taktil eller syn). Behandling av DT kräver samtidig behandling av alkoholabstinens samt förvirringstillståndet. Noggrann övervakning av patientens somatiska tillstånd (till exempel UVI) eller läkemedel som kan orsaka förvirringstillstånd krävs.

Överväg vätskebalans, stimuli under nattetid och andra åtgärder mot förvirringstillstånd, se rutin Delirium, förebygga och behandla vid thorasintensivavdelningen, SU [5].

Tungt diazepamschema räcker nästan alltid för att nå en bra effekt mot delirium tremens om behandlingsåtgärder mot delirium erbjuds samtidigt. Vid otillräcklig effekt konsultera medicinjouren.

### Krampprofylax

Långvarigt beroende i kombination med sjunkande promillehalt, eller tidigare abstinens-EP i anamnesen, är riskfaktorer. Drygt 90 % av krampanfallen kommer 7-48 timmar efter senaste alkoholintag.

Akuta EP-kramper: Diazepam klysma 10 mg ges omedelbart vid manifest kramp. Vid utebliven effekt – transport till medicinakut efter telefonkontakt med medicinjour.

BDZ minskar risken för krampanfall. Tillägg av antiepileptiskt preparat är det oftast inte behov av. Beakta interaktion mellan karbamazepin och diazepam om kombinationsbehandling ändå ges.

### Vitaminbrist

Tiamin (vitamin B1) ska ges till alla patienter med alkoholabstinens. För handläggning se terapigrupp psykiatris regionala terapiråd Tiaminbehandling vid alkoholabstinens - malnutrition [6].

Vid benmärgspåverkan med trombocytvärde under 50 x $10^9$/L ges inte injektion intramuskulärt utan att risker särskilt övervägts.

Vid behov av Folsyra ska detta ges enligt RMR Vitamin B12- och/eller folatbrist [7].

### Nutrition

Vid behov av vätskeersättning ges i första hand infusion Ringer-Acetat. **OBS!** Aldrig glukos.

Provtagning föregår fortsatt ordination av vätskeersättning.

### Vid buksmärtor

Patienter med oklara buksmärtor, och som inte har en anamnes på magsår, ska inte sättas in på protonpumpshämmare (t.ex. omeprazol). För detta krävs tydlig etiologi och utredning. Ge i första hand antacida (t.ex. Novaluzid) efter behov.

### Insulinbehandlade patienter

Om patienten har misskött sitt blodsocker bör man avvakta med att sätta in ordinarie insulindos, då patienten initialt bör ligga något högre än vanligt i glukosvärde. Följ diabetesprocessens riktlinje Hyperglykemi vid akut sjukdom [8].

### Vid sömnstörning

Vid sömnsvårigheter kan tabl Propiomazin 25 mg, 1-2 ges till natten hos personer under 65 år. I andra hand ges 1 tabl Zopiklon 7,5 mg till natten. Följ RMR Insomni [9].

### Vid behov av smärtlindring

Undvik beroendeframkallande värktabletter. Följ REK-listans smärtkapitel [10].

## Benzodiazepiner (BDZ)

### Benzodiazepinabstinens – definition och symtom

BDZ-abstinens är potentiellt livshotande och därav bör patientens symtom nogsamt följas. Abstinenssymtom för BDZ är desamma som för alkoholabstinens enligt DSM5. Använd CIWA för skattning av abstinens på BDZ [1, 2].

### När behövs sjukhusvård?

När patientsäkerhet inte kan tillgodoses (risk för kramper, risk för delirium, samsjuklighet som kräver heldygnsvård (HDV) m.m.) start av nedtrappning på HDV föredras. Annars bör nedtrappningen planeras noggrant via öppenvårdsmottagning. Eftersom dosen kan sänkas snabbare vid start av behandling och långsammare vid slutet, kan man trappa ner dosen initialt på HDV till lägre doser (t.ex. 10-15 mg diazepam) och därefter fortsatt nedtrappning i kontakt med öppenvårds-mottagning. För prover och kontroller, se vårdplan i sjukhusvård för alkoholabstinens.

### Val av preparat och dos?

Abstinensbehandlingen sker genom nedtrappning av BZD. För nedtrappning av BZD se regional medicinsk riktlinje Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning [11]. Nedtrappning av BDZ kan vanligen startas på den dos som patienten uppger som sitt dagliga intag, men föredras att erbjuda ekvivalent dos av diazepam (p.g.a. lång halveringstiden) i första hand, alternativ oxazepam. För ekvivalent dos av BDZ se regional medicinsk riktlinje Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning [11].

För start av nedtrappningsschema, beräkna vilken dos som blir den ekvivalenta dosen av diazepam/oxazepam. Man behöver sällan starta nedtrappningen med doser mer än 40 mg/dygn av diazepam.

### Nedtrappningsschemat?

Planera nedtrappningsschema i samråd med patienten. Många klarar sig med snabb nedtrappning med 5 mg var 1–3 dag till noll under heldygnsvården, eller lite långsammare på öppenvård. En del patienter klarar inte det, utan behöver långsam nedtrappning. Man kan då trappa ner till 10–15 mg under HDV och planera långsammare nedtrappning på runt 10–20% av dygndosen var 1-2 veckor i kontakt med öppenvård.

Eftersom syftet med nedtrappningen är toleransminskning, då dossänkningen kan pausas 1–2 veckor, men dosen får aldrig ökas igen.

De flesta klarar nedtrappningen under runt 10 veckor. Det finns ingen nytta av nedtrappning i mer än 6 månader. Observera att oavsett om en patient köper BDZ på gatan illegalt eller får det legalt från sjukvården, är det som skadar effekten av BDZ på receptorer i hjärnan. Sjukvården ska inte skada en patient och patientens oro får inte styra nedtrappningen.

### När vid behovs-medicinering?

Det finns ingen indikation för vid behovs-medicinering under nedtrappningen.

### Krampprofylax

BDZ minskar risken för DT och krampanfall. Tillägg av antiepileptiskt läkemedel behövs oftast inte.

## Opioider

### Opioidabstinens – definition och symtom

För abstinenssymtom för opioider se DSM5. Använd ”Clinical opiate withdrawal scale” (COWS) för skattning av opioidabstinens.

### När sjukhusvård?

Abstinens från opioider kan vara besvärligt, men det är sällan farligt. Samtidigt kan abstinensbehandling med opioider minska toleransen och öka risken för andningsdepression, om patienten återfaller i missbruket igen efter abstinensbehandlingen. Därför rekommenderas inte abstinensbehandling för patienter som själva söker den. I stället erbjuds det till patienter med opioidberoende efter noggrann planering via öppenvårdsmottagning. Det kan erbjudas även efter remiss från primärvården eller socialtjänsten, med plan för uppföljning efter utskrivning från heldygnsvård, till exempel genom vistelse på behandlingshem.

Abstinensbehandling med opioider kan bli aktuell oplanerad även för patienter som blir inlagda av andra skäl än opioidabstinens, till exempel efter bilolycka eller självmordsförsök där opioidberoende upptäckts.

Överväg LVM-anmälan, körkortsanmälan, orosanmälan för barn och vapenlicens.

Överväg remiss till beroendemottagning eller LARO-mottagning enligt regional riktlinje Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiodberoende (LARO) [12].

Se även regional medicinsk riktlinje Opioider - skadligt bruk/beroende [13].

### Val av preparat och dos

Tablett buprenorfin rekommenderas för abstinensbehandling av alla typer av opioider under vistelse på heldygnsvård. Ett fast schema med Tablett buprenorfin 2 mg; 2x2 med nedtrappning av 2 mg varannan dag och 2 mg vid behov, fungerar bra för de flesta patienter oavsett allvarlighetsgrad av abstinenssymtom. De flesta patienter klarar sig med mindre doser och kortare behandlingstid.

### När start av läkemedelsbehandling?

Om en patient har opioider (t.ex. heroin eller metadon) i blodet och får buprenorfin, upplever denne kraftig abstinens. Ge alltid första dos av buprenorfin efter COWS >15.

### Risk för överdos/andningsdepression av opioider

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd bör Naloxon finnas lätt tillgängligt för dem som riskerar överdos av opioider [14]. Alla patienter med hög risk för överdos av opioider erbjuds naloxon spray (Nyxoid) för eget bruk med en kort utbildning av hur man använder det. Utbildningen kan variera baserad på patienten kognitionsförmåga och sjukvårdspersonalens tid och belastning. Vid brist på tid, ge helst naloxon spray och lämna åtminstone utbildningskort för patienter och närstående-Nyxoid [15]. Naloxonspray kan rädda liv. Lätt tillgänglighet till Naloxon bör prioriteras före kvalitet på utbildningen.

### Akut smärta

Behandling av akut smärta kan bli aktuell för opioidberoende patienter som står på tablett buprenorfin under nedtrappning mot opioidabstinens, eller blir aktuella för opioidberoende patienter som står på höga doser av buprenorfin/metadon i kontakt med LARO-mottagning. Eftersom fler och fler patienter under LARO-behandling står på buprenorfin depåinjektioner i månadsdoser, blir dosminskning av buprenorfin inför

insättning av smärtstillande opioider vid behandling av akut smärta omöjligt, se riktlinje Akut smärta hos vuxna opioidtoleranta patienter för behandling och erbjud tillräcklig smärtlindring [16]. Konsultera narkosläkare/smärtläkare vid behov.

### Drogutlöst psykos, definition och symtom

Drogutlöst psykos definieras av psykos (symtom på hallucinationer eller/och vanföreställningar) i samband med intag av droger. När symtombilden domineras av aggressivitet och/eller förvirringstillstånd, bör andra diagnoser såsom drogintoxikation eller abstinenssymtom övervägas enligt DSM 5.

### Behandling av drogutlöst psykos

Principer för behandling av drogutlöst psykos är detsamma som vid andra psykossjukdomar, se regional medicinsk riktlinje Psykos - Utredning och behandling [17]. Skillnaden i utredning och behandling är endast *orsak till* psykos. Drogutlöst psykos kan återkomma så länge patienten tar droger. Satsa på återfallsprevention och beroendevård. Patienter med drogutlöst psykos kan också vara samtidigt drabbade av andra somatiska orsaker till psykos såsom HIV, hjärntumör eller hjärnblödning. Tänk på differentialdiagnostik och erbjud psykosutredning om misstanke finns!

Långvarigt drogintag av framför allt centralstimulantia och cannabis kan orsaka icke organisk psykos. Diagnosen icke organisk psykos kan sättas om psykotiska symtom kvarstår efter en månads avstånd från droger enligt DSM5.

Det finns ingen indikation för långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel för drogutlöst psykos. Erbjud tillräckligt antipsykotiskt läkemedel under HDV och max en månad efter utskrivning. Observera att antipsykotiska läkemedel som olanzapin bland annat kan minska kramptröskeln och öka risk för QTc-förlängning och därför kan skada mer än ge nytta vid pågående droganvändning.

# Dokumentinformation

**För innehållet svarar**
Said Fard, överläkare, specialist i beroendemedicin och vuxenpsykiatri, vuxenpsykiatriska kliniken, SÄS

**Remissinstanser (utg 1)**
Emil Andreasson, klinikapotekare, vuxenpsykiatriska kliniken
Verksamhetschefer, SÄS

**Fastställt av**
Jerker Nilson, chefläkare

**Nyckelord**
Beroende, missbruk, abstinensbehandling, alkohol, bensodiazepiner,opiater, delirium tremens, drogutlöst kramper, Drögutlöst psykos, Tiaminbrist. Naloxon.

# Referens- och länkförteckning


1. DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). American Psychiatric Association
2. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA)
3. Alkohol, skadligbruk och beroende. Regional medicinsk riktlinje läkemedel, Västra Götalandsregionen https://hittadokument.vgregion.se/regionovergripande
4. Blodtryckssänkande behandling vid svår hypertension eller i samband med carotiskirurgi. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS https://hittadokument.vgregion.se/sas
5. Delirium, förebygga och behandla. Rutin upprättad för thoraxintensivavdelningen, Sahlgrenska Universistetssjukhuset https://hittadokument.vgregion.se/su
6. Tiaminbehandling vid alkoholabstinens - malnutrition. Terapiråd upprättad av terapigrupp psykiatri, Västra Götalandsregionen https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/lakemedel/terapirad/psykiatri
7. Vitamin B12- och/eller folatbrist. Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard/amnesomraden/lakemedel
8. Hyperglykemi vid akut sjukdom. Riktlinje upprättad av diabetesprocessen SÄS https://hittadokument.vgregion.se/sas

9. Insomni. Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen https://hittadokument.vgregion.se/regionovergripande
10. Smärtbehandling. Rekommendationer i REK-listan, Västra Götalandsregionen https://reklistan.vgregion.se/#/advice/Smarta
11. Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning. Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard/amnesomraden/lakemedel/
12. Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiodberoende (LARO). Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen. https://hittadokument.vgregion.se/regionovergripande
13. Opioider - skadligt bruk/beroende. Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen https://hittadokument.vgregion.se/regionovergripande
14. Naloxon kan häva överdoser av opioider. Socialstyrelsens kunskapsstöd www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/missbruk-och-beroende/material-om-naloxon
15. Utbildningskort för patienter och närstående - Nyxoid. www.nyxoid.com/assets/se/pdfs/utbildningskort-for-patienter-och-anhoriga.pdf
16. Akut smärta hos vuxna opioidtoleranta patienter. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS https://hittadokument.vgregion.se/sas
17. Psykos - Utredning och behandling. Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen https://hittadokument.vgregion.se/regionovergripande

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

# Information om handlingen

**Handlingstyp**: Rutin

**Gäller för**: Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar**: Said Fard, (saija3), Överläkare

**Godkänd av:** Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

**Dokument-ID**: SAS9642-738863596-281

**Version**: 5.0

**Giltig från:** 2024-03-08

**Giltig till:** 2026-03-08