

Alkohol

– Skadligt bruk och beroende

Fastställd april 2019 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till april 2021.

Huvudbudskap

- Alkohol kan allvarligt skada den somatiska och psykiska hälsan samt ge sociala problem. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion och det finns ingen säker lägsta nivå
- Screening med AUDIT rekommenderas för att identifiera alkoholproblem
- Läkemedelsbehandling har god evidens, är säker och förskrivningen bör öka
- Psykologisk behandling bör erbjudas inom sjukvården. Samverkan med socialtjänsten bör ske vid behov av psykosociala stödinsatser
- Skadligt bruk och alkoholberoende har god prognos vid upptäckt och aktiv behandling

Definition

Vid alkoholbruk kan successiv utveckling ske till [riskbruk](#), skadligt bruk och beroende.

Bakgrund

I Sverige har ca 16% av männen och 10% av kvinnorna riskabla alkoholvanor. Ca 5% av männen och 3% av kvinnorna har utvecklat alkoholberoende. Hög alkoholkonsumtion kan orsaka cancer, hjärt-kärlsjukdom och ökar risken för suicid. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion och det finns ingen säker lägsta nivå. Så många som en femtedel av primärvårdspatienter kan ha riskabel alkoholkonsumtion. Många utredningar och behandlingar av en rad olika somatiska och psykiatriska åkommor kan minimeras och förenklas om alkohol tidigt övervägs. Skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende har god prognos vid upptäckt och aktiv behandling. Effekten av läkemedel är lika god som vid behandling av andra kroniska sjukdomar som diabetes, hypertoni och astma. I svårare fall av långvarigt alkoholberoende är sjukdomen att betrakta som ett kroniskt recidiverande tillstånd, men många andra kan ha en period med skadligt bruk eller beroende och med hjälp av aktiv behandling tillfriskna helt.

Diagnostik

Screening

Screening bör genomföras för att uppmärksamma alkoholproblem, i första hand rekommenderas AUDIT. De tre första frågorna kan identifiera behovet att genomföra en full [AUDIT](#). Se [RMR sjukdomsförebyggande åtgärder vid riskbruk av alkohol](#). Bruk av olika substanser, så kallat blandmissbruk, är vanligt förekommande och bör kartläggas med [DUDIT](#). Vid samberoende med

nikotin, se [RMR sjukdomsförebyggande åtgärder vid tobaksbruk](#).

Diagnos

Diagnos ställs efter anamnes, med ett icke konfrontativt förhållningssätt, se [patientcenterad intervention](#). Anamnesen bör kompletteras med en strukturerad intervju, t.ex. [MINI](#) eller för specialistpsykiatri SCID-I eller MINI. Dessa instrument fångar även psykiatrisk samsjuklighet.

Diagnoser fastställs enligt ICD-10 och kriterier enligt DSM-5 kan användas som stöd: F10.1 Skadligt bruk, F10.2 Alkoholberoende och F10.3 Alkoholabstinens.

Laboratorieprover

Alkometer används för att påvisa etanol i utandningsluft.

EtG och EtS i urin påvisar alkoholintag de senaste dygnet.

PEth är det mest kliniskt använda och specifika alkoholprovet. Påvisar upprepat alkoholintag de senaste veckorna men enstaka berusningstillfällen ger inte alltid utslag.

CDT kan påvisa pågående konsumtion. Provet har en relativt hög specificitet men lägre sensitivitet. *GT* kan stiga pga. alkohol. Det har lägre sensitivitet och specificitet än *CDT* och *PEth*. *ASAT/ALAT* kan stiga pga. alkohol. Normaliseras efter 1-2 alkoholfria veckor. *ALAT* anses inte lika känsligt för alkohol. *ASAT* och *ALAT* bör kontrolleras i samband med läkemedelsbehandling då förhöjda levervärden kan utgöra en kontraindikation. *MCV* är ospecifikt för alkohol men förhöjt värde kan behöva utredas vidare.

Salivprov eller U-tox ska tas vid misstanke om blandberoende med beroendeframkallande läkemedel eller droger.

Behandling

Psykologisk och psykosocial behandling

Psykologisk- och psykosocial behandling bör erbjudas. Fråga intresserat efter patientens alkoholkonsumtion. Undvik konfrontation – det handlar inte om att få patienten att erkänna. Ge exempel på hur alkohol kan orsaka eller förvärra symtom som patienten söker för. Förmedla optimism – det finns stora hälsovinster att göra med aktiv behandling. Ta vara på ev. ambivalens inför att sluta dricka med hjälp av samtalsteknik enligt motiverande intervju (MI). Fråga efter både positiva och negativa effekter av alkohol för den enskilde. Behandlingsmål sätts i samråd och kan vara ett begränsat alkoholintag alternativt helnykterhet. Vilken behandlingsmetod som används i det enskilda fallet styrs av de mål som patienten och behandlaren kommer överens om. Erbjud, om möjligt, information till närstående

samt möjlighet att vara delaktiga. Beakta särskilt barnens situation.

Motivational enhancement therapy (MET) är en manualbaserad behandling som syftar till att utveckla motivation till förändring av alkoholkonsumtionen. Metoden bygger på MI, strukturerad kartläggning samt återkoppling av resultat från alkoholrelaterade labbprover. MET ges oftast som första behandling men kan även erbjudas inom ramen för andra behandlingar.

I *Kognitiv beteendeterapi* (KBT) analyserar patienten sitt beteendemönster för att finna alternativa beteenden som gör det lättare att bryta riskbeteenden. *Återfallsprevention* (ÅP) baseras på KBT och syftar till att ge patienten redskap till att på egen hand förebygga återfall i tidigare alkoholvanor. *Psykodynamisk eller interaktionell terapi* kan också användas.

Anonyma alkoholisters [tolvstegsprogram](#) kan rekommenderas vid målsättning om helnykterhet. [Community reinforcement approach](#) (CRA) är en behandling som har flera behandlingskomponenter och är uttalat praktisk till sin karaktär. [Social behaviour network therapy](#) (SBNT) bygger på integrering av olika insatser; man utgår från att social interaktion och stöd från det sociala nätverket är centralt för ett positivt behandlingsutfall.

Samverkan

Samverkan med socialtjänsten bör ske vid behov av psykosociala stödinsatser. Då patienten har behov av insats från både sjukvård och socialtjänst upprättas en [samordnad individuell plan](#) (SIP). Vid missbruk/beroende och svag anknytning till arbetsmarknaden rekommenderas [Individuellt anpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen](#).

Farmakologisk behandling

Läkemedelsbehandling bör erbjudas vid skadligt bruk och ska erbjudas vid alkoholberoende. Läkemedelsbehandling har god evidens, är säker och förskrivningen bör öka. Läkemedel kan minska suget, minska positiv upplevelse av alkohol och ger fler alkoholfria dagar. Psykosocialt stöd med rådgivning och stöd att fullfölja behandlingen kan ge ökad effekt. Använd gärna kommunikationsverktyget [förstå mig rätt](#) som förstärker samsynen kring behandlingen.

Akamprosat: Dosering är 6 tabl/dag fördelat på 2 eller 3 doser. Vid kroppsvikt <60 kg 4 tabl/dag. Minskar suget efter alkohol och kan ge minskad alkoholkonsumtion och öka antalet alkoholfria dagar. Försiktighet vid nedsatt njurfunktion.

Naltrexon: Dosering är 1 tablett á 50 mg/dag. Vecka 1 kan ½ tablett/dag minska risken för gastrointestinala biverkningar. Minskar suget efter alkohol och kan ge minskad alkoholkonsumtion och öka antalet alkoholfria dagar. Minskar risken för återfall i tunga alkoholperioder. Obs! Bör ej kombineras med opioidanalgetika då kombinationen kan ge akut opioidabstinens. Försiktighet vid nedsatt lever- och/eller njurfunktion. Leverprover bör följas före och under behandlingen.

Disulfiram: Doseringen är individuell och vanligen 100-200 mg/dag eller 200-400 mg 2-3 gånger/vecka. Kan användas om målet är alkoholfrihet. Effekt är endast visad vid övervakat intag. Etanol i utandningsluft ska alltid kontrolleras innan läkemedelsintag. Disulfiram kan i sällsynta fall orsaka akut leverskada, vanligast efter 1-3 månaders behandling, och ASAT, ALAT, ALP och PK bör analyseras vid insättning och därefter förslagsvis vecka 2, 6, 12 vid normala prover och därefter var 6:e månad. Om ASAT och/eller ALAT är förhöjda ska provtagning ske tätare och vid värden ≥ 3 gånger referensvärdet ska preparatet sättas ut. Patienten ska instrueras att ta akut kontakt med sjukvården vid klinisk misstanke om leverpåverkan, t.ex. ikterus.

Nalmefen: Dosering är 1 tablett 18 mg vid behov varje dag som patienten upplever risk att dricka alkohol. Tas 1-2 timmar före förväntat alkoholinntag. Indikationen är reduktion av alkoholkonsumtion hos patienter med alkoholberoende med hög risk att återfalla i alkoholkonsumtion och utan fysisk abstinens som kräver omedelbar avgiftning. Obs! Bör ej kombineras med opioidanalgetika då kombinationen kan ge akut opioidabstinens. Försiktighet vid kraftigt nedsatt lever och/eller njurfunktion. Leverprover bör följas före och under behandlingen. Psykosocialt stöd är ett krav vid behandling. Medlet används i lägre utsträckning pga. mer biverkningar och att förmån saknas.

Behandling av alkoholabstinens

Poliklinisk abstinensbehandling bör erbjudas i primärvården i okomplicerade fall. Syftet är att avbryta en period av drickande utan risk för hjärnskador, epilepsi eller delirium. Bensodiazepiner är förstahandsmedel. Behandling ges med lätt schema där startdos är tabl. Oxascand 15 mg x 4 + 1-2 tabletter vid behov. Doseringen är individuell och nedtrappning sker under 3-5 dagar. Inj. Neurobion 3 mL i.m. ges i 3-5 dagar och därefter startas behandling med tablett Beviplex forte 1x3 i en vecka och 1x2 minst t.o.m. vecka 6. Mediciner för nedtrappning delas dagligen. Etanol i utandningsluft, puls, blodtryck, sömn och aptit följs. För sömnen kan zopiklon ges kortvarigt. Se [RMR Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning](#). Antihistaminer, alimemazin och propiomazin bör undvikas under abstinensbehandling pga. ökad kramprisk.

Abstinensbehandling i heldygnsvård. Vid svår abstinens med puls >100 /min, påverkat AT, kraftigt illamående, svår tremor, konfusion, hallucinos eller misstanke om Wernicke-Korsakoffs syndrom ska patienten omgående remitteras till sjukhus. Det gäller också om patienten tidigare haft krampor eller delirium. Vid hög alkoholkoncentration är risken för

komplikationer stor och abstinensbehandling bör ske inläggande. Vid alkoholabstinens ses ofta övergående (1-2 veckor) depressionssymtom och suicidtankar, se [RMR Depression](#).

Anmälan

Orosanmälan

Hälsa- och sjukvårdspersonal är enligt lag skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten om de i sitt arbete misstänker att ett barn far illa t.ex. pga. eget eller närståendes missbruk. [Orosanmälan](#) kan göras skriftligt eller muntligt (i akuta fall). Orosanmälan kan även lämnas gällande vuxna med skadligt bruk/beroende.

Lagen om vård av missbrukare (LVM)

Om inte frivillig vård har fungerat och patienten bedöms ha ett mycket svårt beroendetilstånd ska anmälan göras till socialnämnden för ställningstagande till vård enligt §7 LVM. Läkare ska på begäran av socialnämnden utfärda ett intyg som innefattar medicinsk och psykiatrisk sjukhistoria, aktuellt hälsotillstånd och behov av vård. Läkaren ska inte uttala sig om det finns förutsättningar för vård enligt LVM.

Körkort

Om en läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att en patient är olämplig att inneha körkort av medicinska skäl ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. CDT över 2,0 % vilket motsvarar ca 450 g ren alkohol per vecka anses påvisa skadligt bruk om bruket inte är tillfälligt. Patienten ska informeras innan anmälan görs. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att patienten kommer att följa läkarens anvisning att avstå från att köra, samt medverkar till fortsatt undersökning och utredning. Läkaren har då ansvar för att följa upp att överenskommelsen följs tills det inte föreligger medicinskt hinder för körkort.

Uppföljning

Effekten av läkemedelsbehandlingen kan förstärkas genom att följa upp med några täta besök till läkare eller sjuksköterska. Patient och personal kommer överens om ett delmål, t.ex. att vid nästa besök berätta om hur det gått med alkoholkonsumtionen. Kontrollera PEth och transaminaser inför besöken. Oro för leverskada är påtaglig hos många patienter. Minskas konsumtionen sjunker proverna snabbt och blir en tydlig återkoppling till patienten.

Barn och ungdomar

Frågan om skadligt bruk och beroende bör ingå i varje bedömningsamtal. Använd [AUDIT](#) frikostigt som samtalsunderlag och [MINI KID](#) alt. [MINI](#) för bedömning av samsjuklighet. Behandling bör starta med en uppföljning av svaren i [AUDIT](#) och att ge enklare råd utifrån svaren, helst tillsammans med vårdnadshavarna. Nästa steg är MET, motivationshöjande behandling i kombination med KBT. Vid skadligt bruk ska [orosanmälan](#) och samarbete med socialtjänsten ske. Riktlinjen för [Västbus](#) följs och gäller personer t.o.m. 20 år. Vid komplexa behov ges oftast insats i samverkan med socialtjänst och närstående, t.ex. *funktionell familjeterapi* (FFT), *multidimensionell familjeterapi* (MDFT),

multisystemisk terapi (MST) och *Adolescent community reinforcement approach* (ACRA) eller *assertive continuing care* (ACC).

Dokumentation saknas för läkemedelsbehandling hos barn under 18 år. Vid konstaterat alkoholberoende kan läkemedelsbehandling i vissa fall ändå bli aktuell i nära samverkan med kommun och närstående.

Graviditet och amning

Alla gravida och ev. partner ska informeras om att alkohol är fosterskadande. Rekommendationen är att helt avstå från alkohol under graviditet. Alkohol bör undvikas vid omvårdnad av små barn och under amning. Betona hur förmågan att ta hand om små barn påverkas av alkohol. Se Rikshandboken [Barnhälsövård](#). Läkemedel mot beroende är vanligen ej aktuellt. Vid graviditet/amning och samtidigt skadligt bruk/beroende ska en [orosanmälan](#) göras. Vid svårigheter att avstå från alkohol vid graviditet ska remiss skickas till närmsta beroendehet/specialistpsykiatrikliniken och till specialismödravård.

Äldre

Alkoholbruk kan få allvarigare konsekvenser hos äldre då de har ökad känslighet i centrala nervsystemet. Risken för cancer, hjärt-kärlsjukdom och osteoporos ökar med åldern vilket ytterligare förstärks av alkoholbruk. Uppmärksamma att alkoholkonsumtionen har ökat hos äldre kvinnor.

Vårdnivå

Såväl primärvårdsenheter som specialistenheter ska kunna utreda och behandla enligt denna riktlinje. Vid psykiatrisk samsjuklighet, se [RMR ansvarsfördelning och konsultationer primärvård och specialistpsykiatri](#), vuxna respektive [BUP](#).

- Egenvård: [alkohollinjen.se](#) finns för patienter som vill påverka sin alkoholkonsumtion på egen hand. För anhöriga finns [anhorigstodet.se](#).
- Primärvård: Upptäcka, utreda och behandla skadligt bruk och alkoholberoende utan allvarlig psykiatrisk samsjuklighet eller blandberoende med narkotika
- Specialistpsykiatri: Skadligt bruk och alkoholberoende med allvarlig psykiatrisk samsjuklighet och/eller blandberoende med narkotika
- Sjukhus: Vid svår abstinens och/eller allvarlig och akut somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet remitteras omgående till sjukhus för bedömning och behandling

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Ingrid Lindstedt, ordförande
Medverkande i framtagandet av denna riktlinje har, förutom terapigruppen, varit:
Kajsa Fahlstöm, specialistläkare,
Nordhemskliniken Göteborg
Eva Hallberg, regionutvecklare,
Kunskapsstöd för psykisk hälsa
Fredrik Spak, Överläkare, Beroendekliniken SU

Referenser

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer vid alkoholberoende 2017
Alkoholkonsumtion och risknivåer rapport 2018:1
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Stockholms läns landsting

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se