



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Behandlingsprogram

Alkoholprogrammet

*Beroendemottagningen
verksamhetsområde beroende- och neuropsykiatri*



Behandlingsprogrammet för alkoholberoende och alkoholmissbruk är framtaget under år 2011-2012 vid beroendemottagningen, verksamhetsområde beroende- och neuropsykiatri.

Behandlingsprogrammet presenterar den vård som ges vid beroendemottagningen samt syftar till att vara en vägledning för vårdgrannar. Programmet revideras kontinuerligt 1-2 ggr/år. Har du funderingar eller synpunkter runt programmet så är du välkommen att kontakta programansvarig.

Beroendemottagningens programansvariga:

Rebecca Tingvall

Alkoholprogrammet

tel 018-6112197

rebecca.tingvall@akademiska.se

Pia Norgren

Behandlingsprogrammet för läkemedelsberoende

tel 018-6112124

pia.norgren@akademiska.se

Tobias Eriksson

Chefsöverläkare

tel 018-6112100 (vx)

tobias.eriksson@akademiska.se

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Alkoholberoende, missbruk eller riskbruk	3
Alkoholprogrammets uppdrag.....	4
Vilka patienter är aktuella för alkoholprogrammet	5
Hur kommer patienter in i programmet.....	5
Vårdkedjan – en översikt.....	6
Vägen in.....	7
<i>Det första mötet</i>	7
<i>Bedömning</i>	7
<i>Personlig feedback</i>	7
Vägen genom	7
<i>MI-samtal</i>	7
<i>Abstinensbehandling</i>	7
<i>Läkemedelsbehandling</i>	7
<i>Återfallsprevention</i>	8
<i>Strategier för kontrollerat drickande</i>	8
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	8
<i>Sömnskola i grupp</i>	8
<i>Självkänsla i grupp</i>	8
Vägen vidare.....	8
<i>Avslut</i>	8
<i>Fördjupad bedömning</i>	8
Utvärdering.....	9
Policy avseende anmälningar	9
<i>Anmälan om olämplighet att inneha körkort</i>	9
<i>Anmälan om barn som far illa</i>	9
<i>Anmälan om olämplighet att inneha vapen</i>	9
<i>Anmälan enligt LVM</i>	9
Referenser.....	10

Bakgrund

Alkoholen intar en särställning inom beroendevården idag utifrån flera aspekter. Det är en drog som inte bara är laglig, utan också ett vanligt och socialt accepterat fenomen med traditioner som går tusentals år tillbaka i tiden. Enligt uppgifter från CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) beräknas en miljon människor i Sverige ha ett dryckesmönster som är förenligt med hälsorisker. Detta medför konsekvenser för såväl enskilda individer som för samhället. Alkohol står bakom ett 60-tal olika sjukdomstillstånd och orsakar 3000-5000 dödsfall per år. Den totala samhällskostnaden beräknas till mellan 20-80 miljarder kr/år.

I rapporter från Folkhälsoinstitutet noteras en klar ökning av alkoholberoende bland såväl kvinnor som män. Från 2003 till 2007 har alkoholberoendet bland kvinnor ökat med 50 % från 65000 till 100000. Motsvarande siffror för män under samma tidsperiod är en ökning med 25 % från 135000 till 165000 (Kvillemo m fl, 2008).

Att alkoholkonsumtionen ökar bland kvinnor är allvarligt ur flera aspekter. Kvinnor är mer sårbara än män och utvecklar snabbare alkoholrelaterade sjukdomstillstånd. Den stigmatisering som förekommer i samhället gentemot människor med missbruksproblem drabbar kvinnor hårdare. Känslor av skuld och skam kan påverka kvinnors benägenhet att söka vård och behandling negativt (Zilberman m fl, 2002).

Det finns flera effektiva behandlingsformer för alkoholmissbruk och alkoholberoende. Psykosociala behandlingsformer som är evidensbaserade kännetecknas av klara strukturer, fokus på missbruket samt väldefinierade åtgärder. Motivationshöjande behandling och återfallsprevention hör till de behandlingsmetoder som har effekt. Vidare finns det flera effektiva läkemedel mot alkoholberoende och riskkonsumtion. Dessa bör ges i samband med medicinsk rådgivning och noggranna medicinska uppföljningar. Med fördel kan de olika behandlingsformerna kombineras (Socialstyrelsen, 2008).

Med tanke på att alkoholberoendet i Sverige ökar är det viktigt att det finns en specialiserad alkoholtvättning dit personer kan vända sig för att få effektiv behandling. Vidare är det viktigt att underlätta för kvinnor att ta kontakt med tvättningen. Detta kan bland annat göras genom att erbjuda speciella tvättningstider och tvättgrupper för kvinnor.

Alkoholberoende, missbruk eller riskbruk

Majoriteten som söker med alkoholrelaterade hälsoproblem tillhör inte gruppen missbrukare och eller beroende utan kan beskrivas som *riskbrukare*. Med riskbruk menas en konsumtion som med stor sannolikhet kommer leda fram till fysiska eller psykiatriska komplikationer för individen.

När det gäller konsumtion av alkohol omvandlar vi olika sorter till enheten *standardglas* för att få en uppfattning om individens konsumtion. Ett standardglas motsvarar 12 g alkohol vilket innebär ett glas vin på 15 cl, en flaska starköl på 33 cl eller 4 cl starksprit. För män vet vi att gränsen ligger omkring 14 standardglas per vecka vilket motsvarar knappt tre flaskor vin eller 14 flaskor starköl. För kvinnor ligger gränsen vad gäller riskbruk vid 9 standardglas per vecka vilket motsvarar knappt 2 flaskor vin eller 9 flaskor starköl.

För att diagnostiseras som **alkoholberoende** måste man uppfylla tre eller fler av nedanstående kriterier under ett och samma år;

- tolerans som uttrycker sig som behov av större dos för samma effekt eller påtagligt minskad effekt vid tillförsel av samma dos
- abstinens som uttrycker sig för alkohol specifika symtom vid upphörande av intag och eller intag av alkohol eller korstolerant drog för att lindra eller eliminera symtom
- intag av större mängd eller under längre tid än vad som avsågs
- varaktig önskan, eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget
- betydande andel av livet ägnas åt att införskaffa, konsumera och hämta sig från alkoholanvändningen
- viktiga aktiviteter ges upp eller minskas pga alkoholanvändningen
- fortsatt alkoholkonsumtion trots vetskap om att den orsakat eller förvärrat psykiska eller fysiska besvär av varaktig eller återkommande karaktär

För att diagnostiseras som **alkoholmissbruk** skall ett eller fler av nedanstående kriterier vara uppfyllda under en period av minst ett år;

- upprepad användning som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hemma
- upprepad användning i situationer som medför risk för fysisk skada
- upprepade kontakter med rättsväsendet
- fortsatt användning, trots pågående eller återkommande sociala problem

Indelningen i **riskbruk**, **missbruk** och **beroende** är inte enbart akademisk utan viktig utifrån att de olika problemställningarna kräver olika insatser vad gäller omhändertagande och medicinering.

Vid **alkoholberoende** bör målet vara totalt och långvarigt, kanske livslångt, alkoholstopp.

Vid **riskbruk** kan reduktion av konsumtionen till normal eller ofarlig nivå vara aktuell och möjlig att genomföra.

Vid **alkoholmissbruk** kommer patienten vid fördjupad anamnes tillhöra någon av grupperna ovan.

Alkoholprogrammets uppdrag

Huvuduppdraget är att ta emot patienter med missbruk och/eller beroende av alkohol. Behandlingen bedrivs i ett öppenvårdsformat med möjlighet till slutenvårdplatser för komplicerad abstinensbehandling. Inom programmet genomförs utredning, diagnostik och behandlingsinsatser med fokus på alkoholproblematiken. Till uppdraget hör även att behandlingen skall vara lättillgänglig och anpassad för kvinnors specifika behov. Personalgruppen består av ett team med olika professioner för att säkerställa ett adekvat omhändertagande där hänsyn tas till såväl medicinska som psykosociala faktorer.

Specialistkompetens inom beroendepsykiatri utgör också en konsultationspartner gentemot vårdgrannar och övriga aktörer såsom socialtjänsten, kriminalvården och polismyndigheten. Utbildningsuppdrag kan på förfrågan bli aktuella gentemot våra samarbetspartners.

Vilka patienter är aktuella för alkoholprogrammet?

- patienter över 18 år som uppfyller kriterier för beroende eller missbruk av alkohol
- patienter som är folkbokförda i Uppsala län
- patienter inom somatisk vård där enstaka konsultationer är aktuella, t ex vid levertransplantationsutredning

Patienter med psykiatrisk samsjuklighet skall behålla eventuella parallella kontakter med respektive verksamhetsområde inom övrig psykiatri för bland annat förskrivning av läkemedel

Hur kommer patienter in i programmet?

Patienter är välkomna att själva kontakta beroendemottagningen för rådgivning och/eller egenanmälan. Patienter tas även emot på remiss från somatisk vård, övrig psykiatri, primärvård och övriga aktörer såsom kriminalvården, socialtjänsten, studenthälsan och företagshälsovård. Alla remisser bedöms via en öppenvårdsrond.

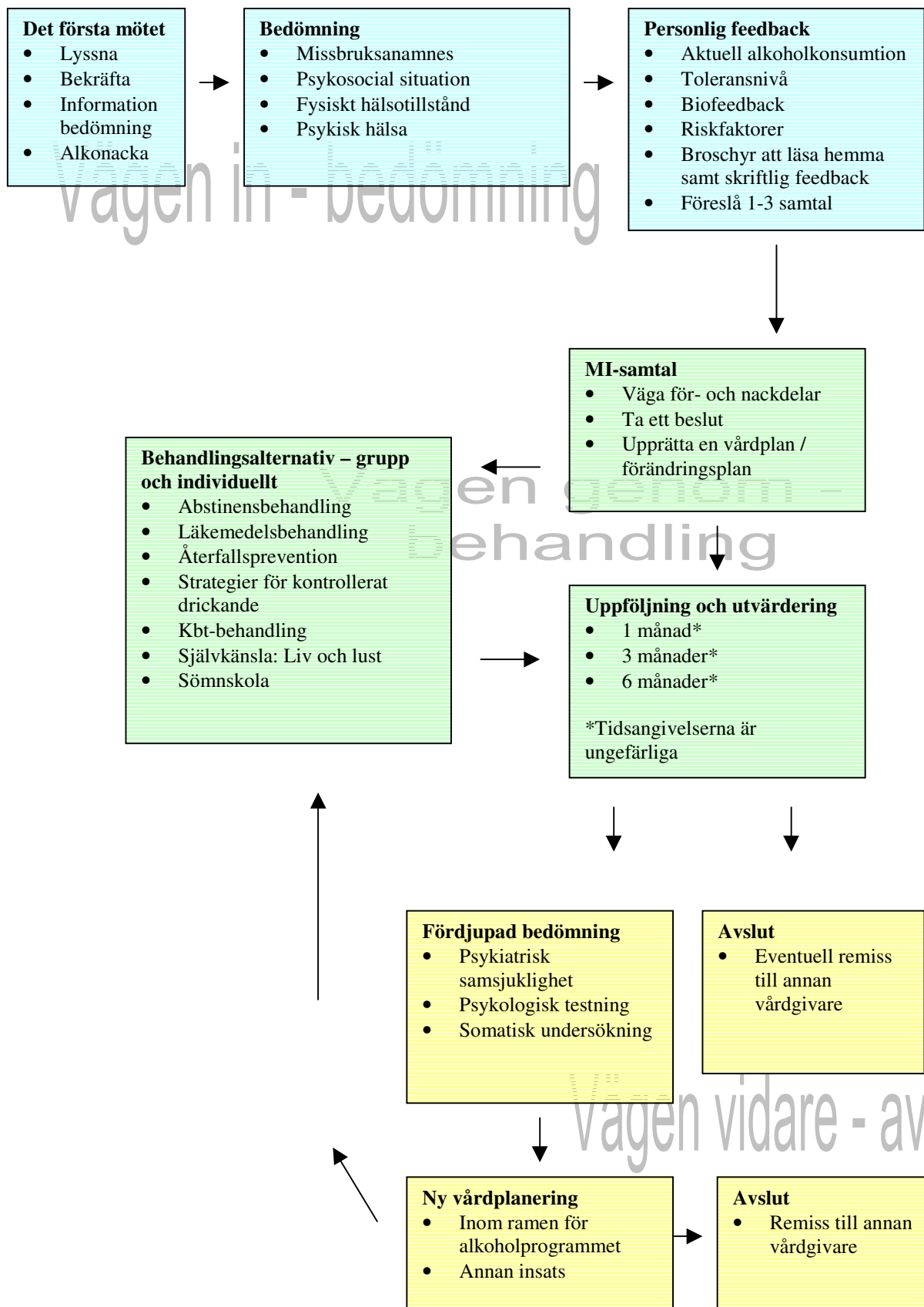
Vårdkedjan – en översikt

Alkoholprogrammets insatser är indelade i tre olika faser: *vägen in*, *vägen genom* och *vägen vidare* (se figur 1).

I den första fasen – *vägen in* – ligger fokus på bedömning och utredning. Den första fasen avslutas med att patienten får en muntlig och skriftlig sammanfattning av det som framkommit under bedömningssamtalen.

Om patienten därefter väljer att gå vidare inleds fas två – *vägen genom*. Här kommer patienten tillsammans med sin behandlare väga för- och nackdelar med en förändring samt göra en plan för hur förändringen skall ske och vilka behandlingsalternativ som passar individen. Behandlingen utvärderas kontinuerligt samt vid uppföljningsmöten efter avslutad behandling.

I sista fasen – *vägen vidare* – sker antingen ett avslut eller en fördjupad bedömning utifrån sociala komplikationer, somatiska komplikationer, psykiatrisk samsjuklighet och/eller resursnivå. Resultaten ger vägledning huruvida patienten bör remitteras till annan instans eller om andra insatser kan bli aktuella inom ramen för alkoholprogrammet.



Figur 1. Flödesschema över vårdkedjan i alkoholprogrammet.

Vägen in

Det första mötet

Patienten har kallats till det första mötet via brev alternativt telefon. Patienten får berätta sin historia och orsakerna till att hon/han har valt att söka sig till mottagningen. Behandlarens uppgift är att lyssna, bekräfta, summera och återkoppla. Vidare informerar behandlaren om bedömningsförfarandet som utmynnar i den personliga feedbacken. Patienten får även en alkonacka för att registrera eventuell alkoholkonsumtion.

Bedömning

Bedömningen sker i första hand hos sjuksköterska, kurator eller psykolog. Missbruksanamnesen är viktig liksom sociala faktorer som kan påverka patientens förutsättningar, hälsoaspekter och psykiskt mående. Analys av blodprover samt vid behov mätning av blodtryck, puls och vikt är också en del i bedömningen och följs upp kontinuerligt. Om det finns behov av somatisk och/eller psykiatrisk fördjupning sker en läkarbedömning. Skattningsskalorna AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) används. Försiktighet gäller vid övrig psykiatrisk diagnostik då alkohol kan vara den bidragande orsaken till psykiatriska symtom.

Personlig feedback

Baserat på informationen patienten delat med sig av under bedömningsamtalen ges feedback. En diskussion förs kring patientens aktuella alkoholkonsumtion i relation till riskbruksbegreppet samt diagnoserna missbruk och beroende. Vidare diskuteras eventuella sårbarhetsfaktorer. Patienten får en skriftlig sammanfattning av den personliga feedbacken samt en broschyr om alkohol att ta med sig hem. Om patienten vill fortsätta kontakten och bedöms kunna tillgodogöra sig insatserna går hon/han nu vidare till nästa fas – vägen genom. I annat fall hänvisas patienten till lämplig instans.

Vägen genom

MI-samtal

Behandlingen inleds med ett eller flera MI-samtal som syftar till att hjälpa patienten ta ett beslut om att göra en förändring eller inte. Då patienten tar ett beslut om förändring upprättas en vårdplan där patienten formulerar sina mål samt vägen dit. Behandlarens uppgift är att presentera olika behandlingsalternativ som kan erbjudas inom ramen för alkoholprogrammet samt vid behov förmedla kontakt till socialtjänsten.

Abstinensbehandling

Kan ske i öppenvård alternativt slutenvård vid komplicerad abstinens. Läkemedel för att förhindra allvarliga komplikationer ordinerar av läkare utifrån abstinensgraden. Abstinensbehandling kan ske tidigare i vårdkedjan utifrån patientens behov.

Läkemedelsbehandling

De läkemedel som har effekt vid alkoholmissbruk och beroende är akamprosot (Campral) och naltrexon. De verkar genom att minska alkoholsug och merbegär efter första alkoholintaget. Disulfiram (Antabus) verkar genom att ge obehagliga reaktioner vid alkoholintag. Antabus bör tas under överinseende för bästa effekt.

Återfallsprevention

Återfallsprevention sker i grupp alternativt individuellt under 8 sessioner. Målet med kursen är att känna igen risksituationer, hantera sug och tankar på alkohol samt förhindra risken för återfall genom alternativa strategier. Innehållet i kursen är manualbaserat.

Strategier för kontrollerat drickande

Interventionen är anpassad till de patienter som vill lära sig att dricka i kontrollerade mängder. Rekommenderas ej vid somatiska skador liksom organiska hjärnskador där fortsatt konsumtion kan förvärra skadorna, psykiatrisk komorbiditet, fysiska abstinenssymtom, uttalat alkoholberoende samt om upprepade försök att kontrollera drickandet har gjorts tidigare utan framgång.

Kognitiv beteendeterapi

Utformas individuellt av psykolog med kbt-inriktning alternativt annan personal med steg 1 utbildning. Kan bli aktuellt framför allt vid psykiatrisk samsjuklighet.

Sömnskola i grupp

Alkohol påverkar sömnen och många patienter har sömnproblem. Sömnskolan består av 6 sessioner och är manualbaserad.

Självkänsla i grupp

Gruppen riktar sig till kvinnor som vill stärka sin självkänsla och utgår från ett kbt-perspektiv.

Vägen vidare

Avslut

När patienten har fullföljt behandlingen bokas tider in för uppföljning och utvärdering. Därefter sker det formella avslutet. Eventuell fortsatt förskrivning av läkemedel hänvisas till husläkare.

Fördjupad bedömning

Om behandlingen inte faller väl ut kan en fördjupad bedömning av patientens problematik göras. Målet är att med fördjupad kunskap anpassa behandlingen utifrån patientens förutsättningar. Inom ramen för alkoholtagningen kan en ny vårdplanering göras alternativt remitteras patienten vidare till annan vårdgivare. Fördjupning kan göras inom följande områden:

- underliggande psykiatriska diagnoser (M.I.N.I. och SCID)
- psykologisk testning (exempelvis WAIS, D-KEFS och Claeson-Dahl)

Utvärdering

Personalen strävar efter att patienter ska stanna kvar i behandling och uppnå sina individuella mål. Utvärdering sker med hjälp av:

- Time Line Follow Back (alkonacka)
- Biofeedback (blodprover, blodtryck, puls och vikt)

Policy avseende anmälan om barn som far illa

Alla medarbetare har ett ansvar att anmäla till socialtjänsten vid oro eller misstanke om att barn far illa. Om patienten så önskar kan vi kalla till ett gemensamt möte med berörd handläggare på socialtjänsten. En eventuell utredning kan bli en resurs snarare än en belastning för patienten.

Policy avseende anmälan om olämplighet att inneha körkort

Vid uppenbar misstanke om vårdslöshet i trafiken på grund av alkohol kan en anmälan till Transportstyrelsen göras. Mottagningen utfärdar inga utlåtanden för att styrka körkortsinnehav gentemot Transportstyrelsen, patienten hänvisas till speciella körkortsmottagningar för detta.

Policy avseende anmälan om olämplighet att inneha vapen

Ansvarig läkare skall anmäla till polismyndighetens vapenavdelning om sjukdomen utgör hinder för vapeninnehav. Vid behov kan mottagningen utfärda utlåtande för de patienter som genomgått behandling med bestående och dokumenterad effekt inför ett eventuellt återlämnande av vapnen.

Policy avseende anmälan enligt LVM

Läkare har anmälningsskyldighet enligt *lagen om vård av missbrukare (LVM)* om missbruket eller beroendet utgör en fara för liv eller hälsa. Vi kan underlåta att anmäla om vi bedömer att våra insatser avseende behandling är tillräckliga och ger bestående resultat. Vid anmälan skall patienten informeras och gemensamt möte med berörd handläggare på socialtjänsten erbjudas.

Referenser

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2010). *Faktablad: Hur farlig är alkoholen?* [www]. Hämtat från <<http://www.can.se/Drogfakta/Alkohol>>. Hämtat 2011-02-23.

Kvillemo, P., Andréasson, S., Bränström, R., El-Khoury, B.M. & Karlsson, L. (2008). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Socialstyrelsen (2008). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Zilberman, M.L., Tavares, H., Blume, S.B. & el-Guebaly, N. (2002). Towards Best Practices in the Treatment of Women With Addictive Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 1, 39-46.