

Alkohol

Riskbruk, Skadligt bruk, Beroende

ETT BESLUTSSTÖD VID UTREDNING OCH BEHANDLING

Tobias Eriksson, chefsöverläkare

Beroendemedicin, Akademiska sjukhuset

” I have taken more out of alcohol
than alcohol has taken out of me.”

Winston Churchill, 1874-1965

Förord

Denna kliniska handbok har ingen ambition att vara heltäckande på området alkohol, däremot är tanken att du snabbt och enkelt skall kunna tillägna dig de kliniska kunskaper du behöver för att kunna behandla din patient på ett evidensbaserat sätt. Inom Beroendemedicin utgör alkoholen som drog den största orsaken till ohälsa och död och abstinensen kan faktiskt bli livshotande om den inte handläggs adekvat.

Kom också ihåg att titta i denna handbok på Akademiska sjukhusets hemsida då kunskaper är färskvara och det jag skriver nu i november 2017 snart kan behöva uppdateras.

<i>Innehåll</i>	<i>Sida</i>
Inledning, alkoholens historia	3-6
Alkoholberoende, skadligt bruk eller riskbruk <i>Alkoholbruksyndrom, diagnostik, förekomst, preventionsparadoxen</i>	7-10
Varför söker en riskbrukare sjukvård?	10-11
Kan alkohol förebygga sjukdom?	11-12
Utredning vid misstanke om alkoholöverkonsumtion	12
Laboratorieprover, möjligheter och begränsningar	12-15
Behandling av alkoholabstinensen, den akuta fasen <i>Abstinenskramper, Delirium tremens, Wernicke-Korsakoffs syndrom, alkohollucinos, somatiska komplikationer, behandlingsscheman</i>	16-22
Behandling av alkoholberoende efter den akuta fasen <i>Akamprosats, Naltrexon, Disulfiram (Antabus), Andra läkemedel, Psykologiska- och psykosociala behandlingsmetoder</i>	22-29
Överviktskirurgi och alkoholöverkonsumtion	29-30
Alkohol och graviditet	30-31
Samsjuklighet	31-32
Alkohol och cancer	32-33
Alkohol och ungdom	33-34
Patologiskt rus	34-35
Alkohol och våld	35
Myter, promille och lite matematik <i>Uppträdande vid olika promillenivåer</i>	35-36
Sjukskrivning vid skadligt bruk och alkoholberoende, F10.2	37-38
Referenser, läsa vidare	39
CIWA-Ar, AUDIT. Manualer och underlag	40-42



Alkohol

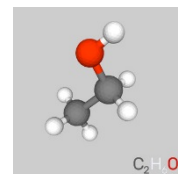
- *Riskbruk, missbruk och beroende*
- *Alkoholbruksyndrom*

Inledning

Alkohol, eller etanol, är en märklig drog. Inte bara för att den är legal och har så djupt rotade traditioner, inte minst i nordén. För en person kan den upplevas lustfylld och ingjuta tillräckligt med mod för att våga bjuda upp till dans som sedan blir en relation och en familj, samma drog kan samma kväll på annat håll leda till att någon sätter sig i sin bil och på grund av påverkan och tunnelseende inte ser familjen med barnvagn som passerar över övergångsstället och katastrofen är ett faktum.

Att alkoholen funnits och kommer att finnas kvar i samhället som ett socialt smörjmedel med tunga traditioner som stöd vet vi, detta illustreras mycket vackert ovan i P S Krøyers målning hipp hipp hurra från 1899.

Etanol är en enkel molekyl som tar sig fram överallt i kroppen och påverkar i princip alla organsystem varför listan av somatiska och psykiska komplikationer till alkohol blir omfattande.



För att begripa varför alkoholen har ett så starkt fäste i vårt samhälle idag måste vi se tillbaka på dess historik, för utan dess historik hade alkoholen inte haft en chans idag.

Tänk om jag som läkare hade upptäckt att man kunde förtära alkohol och gick till livsmedelsverket eller läkemedelsverket för att få introducera det som rusdryck eller läkemedel. Jag hade sannolikt blivit betraktad som något galen eller så hade man efter ett noggrant och upprepat studieförfarande kommit fram till att man eventuellt skulle kunna använda alkohol som lugnade medicin på licens.

Upptäckten och det tidigaste bruket av alkohol var sannolikt omedvetet och en bieffekt av lagring, vi var jägare och samlare och frukt som fick ligga tillsammans en tid ändrade smak och karaktär, vi blev helt enkelt berusade av jästa äpplen.

Från sen stenålder finns tecken på mer systematisk framställning och den första kända framställningen av vin går tillbaka till Armenien 6000 år f.Kr. Några tusen år senare började öl bryggas av vete och korn i det frodiga deltat mellan Eufrat och Tigris.

Alkohol

Intressant nog kan man notera att där man först började framställa alkohol är den idag inte sällan förbjuden enligt lag eller religion.

Skadorna av alkohol är väl kända och detaljerat dokumenterade så tidigt som i gamla testamentet, redan då förstod man att kvinnor uppfattades mer känsliga för alkoholens skadeverkningar, något vi också i modern tid kunnat se i flera studier.

I norden var vi mer jämställda, här anmodades nämligen man och kvinna att berusa sig minst två gånger per år, dels för att blidka gudarna dels för att försäkra sig om släktens fortbestånd.

Den Romerske historikern Tacitus beskriver från sitt besök uppe i norden bortom oceanerna, att här behövs ingen strid för den romerska armén att erövra nordborna ... det räcker med fri leverans av öltunnor!

Brännvinet dyker upp i Italien på 1100-talet då man lyckas destillera vin, produkten användes som ett läkemedel mot infektionssjukdomar och smärta.

Brännvinet kom att uppfattas mer eller mindre som ett undermedel och fick namnet Aqua Vitae eller *livets vatten*.

En läkare sägs ha uttalat att – ”hjälp inte brännvin, vitlök och mjölk, då är det obotligt”, man kan konstatera att FASS var något tunnare på den tiden.

I Sverige är brännvinet känt sedan år 1494, initialt var det krutmakare i Stockholm som behövde alkoholen för framställning av krut, tämligen snart fann man andra användningsområden.

Karl XII förbjöd husbehovsbränning 1709 efter slaget vid Poltava då det helt enkelt var svårt att hitta vapenföra unga män i Sverige, de var helt enkelt redan allt för skadade av alkohol.

Alkoholen blev tidigt ett politiskt spörsmål och förbud kunde av och till ses vid spannmålsbrist.

Vi grundlägger det nordiska dryckesmönstret med helgsupande tidigt utifrån att man ofta avlönades på lördagen med ett krus brännvin, vidare blev utskänkningen i samband med motbokens införande 1919 förlagd till helgen.

Motboken innebar att ”personer över 20 år, dock inte gifta kvinnor, var berättigade mellan 1-4 liter brännvin per månad utifrån civilstånd, social ställning och redbarhet”. Man kan ha många åsikter om motboken utifrån storebrorsfasoner och ojämlikhet men den innebar ändå ett lyft för folkhälsan utifrån att vår konsumtion av alkohol sjönk dramatiskt.

Som en parallell till dagens legaliseringsdebatt kring cannabis förekom en livlig diskussion inom politiken under början av 1900-talet om huruvida alkohol skulle vara tillåtet eller inte.

Nykterhetsrörelsen växer sig allt starkare och 1922 genomförs en folkomröstning i landet om införandet av totalt rusdrycksförbud.

På ja-sidan hittas de välorganiserade nykterhetsorganisationerna, nej-sidan är initialt svagare men organiserar sig i början av 1922 till Landsföreningen för folknykterhet utan förbud.

Alkohol

På nej-sidan till ett förbud hittar vi bland andra Albert Engström, en välkänd konstnär som med sin berömda affisch manar till våra svenska traditioner som helt enkelt kräver sina rusdrycker.



På ja-sidan till ett förbud ses också en intensiv kampanj med iögonfallande affischer där motiven i regel utgörs av ett folkhem i förfall med en gravt försupen familjeförsörjare. I förgrunden ses ofta en orolig husmor som försöker hålla ihop familj och hushåll.



Folkomröstningen genomförs med ett stort valdeltagande, faktiskt något större än vid riksdagsvalet året innan. Resultatet blir jämnt men med en oväntad seger för nej-sidan till förbud.

I Umeå försöker man ändå under 1923 införa ett i det närmaste totalförbud men försöket måste avbrytas efter livliga protester från Polismyndigheten.

Motboken avskaffas 1955 och alkoholkonsumtionen ökar därefter stadigt från 4 liter sprit per person och år 1940 till 8 liter 1990, en fördubbling.

På senare år har det kontinentala dryckesmönstret med vin till maten en vardag, afterwork och drinkar lagts till det nordiska mönstret med helgkonsumtion vilket får till resultat att konsumtionen 2004 är uppe i över 10 liter per person och år.

Lädvin är idag ett etablerat fenomen och står för mer än 60 % av all vinförsäljning, det ger oss en konstant tillgänglighet och det är uppenbart mindre motstånd mot att korka upp ännu en vinare än att bara vrida på kranen.

För Sveriges del noteras i rapporter från Folkhälsoinstitutet att kvinnliga alkoholister ökad med 50 % från 65000 till 100000 under åren 2003 till 2007, vidare noteras att alkoholiserade män ökat med 25 % under samma tidsperiod från 135000 till 165000.

Vi ser idag att andelen kvinnliga rattfyllerister ökar, vidare finns en tydlig koppling mellan alkohol och utvecklingen av bröstcancer, den vanligaste cancerformen hos kvinnor.

I det här sammanhanget är det också viktigt att nämna skillnaderna i utveckling av alkoholbruksyndromet vad gäller uppträdande av komplikationer om man är man eller kvinna. Kvinnor kommer uppvisa skador som levercirros och kardiomyopati tidigare i förloppet och anamnestiskt framkommer en lägre konsumtion.

Alkohol

Kliniskt känner jag igen detta fenomen utifrån att jag träffar alla patienter i regionen som utreds för levertransplantation och där alkohol kan ha bidragit till utvecklingen av leverskadan.

Hos män ses ett klart samband mellan tjocktarmscancer och alkohol, vidare vet vi att en tredjedel av patienter med högt blodtryck har en överkonsumtion av alkohol.

Finns det någon ljusning i min dystra beskrivning ovan?

Vi vet idag att våra läkemedel mot alkoholberoende och överkonsumtion är mer effektiva i behandlingen av alkoholism än vad storsäljarna inom högt blodtryck och andra välevnadssjukdomar klarar av resultatmässigt, vidare har våra psykologiska behandlingsmetoder i grupp eller individuellt god evidens och kombinationen med läkemedel är svärslagen.

Vidare vet vi idag utifrån de årliga undersökningarna av ungdomars alkohol- och drogvanor som görs av Centralförbudet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) att ungdomar dricker mindre alkohol än tidigare.

Dessa undersökningar som görs på åttondeklassare och andraårsgymnasister visar att konsumtionen av alkohol i dessa grupper är den lägsta uppmätta sedan 1973, tyvärr är trenderna när det gäller narkotika inte lika upplyftande som du kan notera i mina kliniska handböcker om narkotika.

Den stora utmaningen ligger i att som vårdgivare identifiera överkonsumenten då alkoholen uppträder som "the second great mimic" i det att den kan ge symtom från i princip alla organsystem i kroppen. Benägenheten hos patienten att spontant rapportera en hög konsumtion är inte alltid självklar.

Genom att ta till dig kunskaperna i detta kompendium blir du sannolikt väl rustad för att ta dig an denna utmaning.

Som en parentes kan nämnas att Syfilis fortfarande betraktas som "the great mimic" inom sjukdomsläran.



Alkoholberoende, skadligt bruk eller riskbruk – begreppet Alkoholbruksyndrom

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, psykiska eller sociala 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 tre flaskor vin eller femton flaskor starköl.

För kvinnor ligger gränsen vad gäller riskbruk vid **9 standardglas per vecka** vilket motsvarar 2 flaskor vin eller 10 flaskor starköl.

Som riskbruk betraktas också konsumtion av 5 standardglas för män och 4 för kvinnor vid ett och samma tillfälle.



Ovanstående gränser gäller i övrigt friska människor utan kraftig övervikt.

Med fetma följer en fettinlagring i levern som gör att alkoholskador uppstår redan vid en lägre konsumtion. Att kvinnor tar skada vid en lägre konsumtion än män handlar om kropps-konstitution, farmakokinetik och därtill sannolikt hormonella faktorer.

Diagnostik av alkoholberoende respektive skadligt bruk

För att diagnostiseras som **alkoholberoende (F 10.2)** 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 på grund av alkoholanvändningen
- fortsatt alkoholkonsumtion trots vetskap om att den orsakat eller förvärrat psykiska eller fysiska besvär av varaktig eller återkommande karaktär

För att diagnostiseras som **skadligt bruk av alkohol (F 10.1)** skall man svara ja på en eller flera meningar nedan, vidare att det är pågående eller upprepat under en period på 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

Begreppet missbruk är oklart och inte särskilt medicinskt förankrat varför denna diagnos försvunnit utifrån arbetet med DSM-5 där diagnoserna beroende och missbruk slagits ihop, se nedan.

Vi får dock acceptera att vårdgrannar och allmänheten kommer fortsätta använda begreppet en tid framöver.

Alkoholbruksyndrom – *Substance Use Disorder, SUD*

Begreppet alkoholbruksyndrom är resultatet av att man i arbetet med DSM-5 slagit ihop diagnoserna missbruk (abuse) och beroende (dependence).

Man har tagit bort missbrukskriteriet *problem med rättvisan* och lagt till *sug efter drog* (craving) som kriterium. Vi har fått 11 kriterier och samtidigt en indelning i svårighetsgrad:

- Milt syndrom 2-3 kriterier
- Måttligt syndrom 4-5 kriterier
- Svårt/allvarligt syndrom vid 6 kriterier eller mer

Genom att dela in i svårighetsgrader får vi en mer medicinskt inriktad diagnostik där en tidigare upptäckt och behandling förhoppningsvis blir resultatet. Vidare blir det möjligt att skraddarsy behandling och på sikt studera prognostiska faktorer på grundval av svårighetsgraden.

Indelningen i svårighetsgrader eller uppdelningen mellan missbruk respektive beroende är inte enbart av akademisk anledning utan viktig utifrån att de olika problemställningarna kräver olika insatser vad gäller omhändertagande och medicinering. Det föräldrade missbruketsbegreppet handlar mer om överskridande av normer än ett medicinskt- eller psykiatriskt tillstånd.



Förekomst

- *riskbruk, beroende*
- *preventionsparadoxen*

Vi har inom sjukvården i dag hyfsat bra grepp om de svenskar som har ett beroende med stor problemtyngd, dessa utgör ungefär 50000 individer och deras alkoholproblem inklusive både somatiska och psykiatriska följdverkningar är allt för bekanta för oss vårdgivare. Dessa utgör dock bara toppen på isberget.

De individer som har en hög konsumtion eller riskbruk där sjukvården ännu inte lyckats identifiera problematiken är betydligt fler, ungefär en miljon svenskar.

Den stora kostnaden för sjukvården och samhället orsakas inte av gruppen beroende utan av den större gruppen av konsumenter som inte har så stora problem att de kommer till den specialiserade beroendevården.

Däremot är dessa storkonsumenter av annan vård för de komplikationer som bruket av alkohol resulterat i, det som kan beskrivas som *preventionsparadoxen*.

Sjukvården har ett stort ansvar att aktivt fråga efter riskbruk hos de patienter som söker inom sjukvården för att hitta dessa individer och med tidiga insatser undvika yttringarna av ”den andre store imitatören”.

Vi talar idag om vikten av att reducera sin konsumtion och patienter som söker sig till oss får beskriva vad deras mål med behandlingen är. Vi ser ofta att patienter som initialt talar om att reducera sin konsumtion så småningom inser att detta inte fungerar och att alkoholstopp är det som återstår. Vi har då funnits med i processen hela vägen. Hade vi stått i dörren och från första dagen proklamerat att absolutism är det enda som gäller skulle många vända direkt utan att gå in i en behandling eller utredning. Det finns också uppenbarligen de som skulle beskrivas som beroende där ett kontrollerat drickande går att uppnå.

Vid etablerat **alkoholberoende** skall behandlingens mål 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 det som beskrivs som **alkoholmissbruk** kommer man vid fördjupad anamnes tillhöra någon av grupperna ovan.

Utifrån våra effektiva läkemedel och evidensbaserade psykologiska behandlingar är det märkligt att så få riskbrukare är kända av vården, om möjligt ännu märkligare är att bara 20000 patienter får farmakologisk hjälp för att minska sin problematik.

Det är tur att du som läser denna handbok blir så kunnig och intresserad att dessa tragiska siffror snart bara är ett minne från en föråldrad sjukvård, eller hur?

Varför söker en riskbrukare sjukvård?

Nedanstående uppställning är som du förstår inte på något vis komplett då du redan lärt dig att alkoholen utgör "the second great mimic". Det ger i alla fall en uppfattning om de vanligaste tillstånden där alkoholkonsumtionen bör efterfrågas.

Kroppsligt

- Högt blodtryck, alkohol förklarar 25 % av essentiell hypertoni.
- Förmaksflimmer, oklar arytm.
- Refluxproblematik och inkontinens, etanol försämrar funktionen hos glatt, omedveten, muskulatur.
- Reproduktionsutredning, infertilitet hos män kan relativt ofta förklaras av alkohol.
- Hudbesvär som psoriasis
- Gikt
- Leverpåverkan, allt från diskreta transaminashöjningar till högt bilirubin och påverkan på PK, för detaljerad genomgång av leverprover se kapitel nedan.
- Cancer, alkohol omvandlas av bakterier i munhålan till acetaldehyd som är ett potent carcinogen, etanol ökar känsligheten för östrogen i bröstkörtelvävnad och ökar därmed risken för cancer. Läs mer om detta längre fram i handboken.
- Mer infektionskänslig, etanol sätter ned vårt immunförsvar.
- Fallskador, ortopediska frågeställningar. Patienter som söker vid upprepade tillfällen för skador i samband med fall från cykel eller olyckor i hemmet.

Psykiskt

- Sömnbesvär, det är väl känt att alkohol förvisso hjälper sömnen vid enstaka tillfällen men med regelbunden konsumtion ses bruten sömn av dålig kvalitet.
- Minnesutredning, överkonsumtion av alkohol ökar risken för tidig debut av minnesstörningar.
- Ångest, man kan notera att ångest är vanligt förekommande bland överkonsumenter. Detta kan utgöras av ett genuint ångesttillstånd som man självmedicinerar eller vara utlöst av alkoholen i sig vilket utgör en diagnostisk utmaning, se nedan.
- Nedstämdhet, ses ofta då man söker för alkoholproblem och i majoriteten av fallen viker symtomen undan med normaliserad eller avslutad konsumtion.
- Trötthet, utredningen som ofta sker i primärvården skall alltid innehålla en alkoholanamnes.

När du frågar om alkoholkonsumtionen är det angeläget att du är noggrann och inte nöjer dig förrän du fått svar på vilka mängder i standardglas patienten dricker per vecka.

Patienten har kanske haft denna höga konsumtion under hela sitt vuxna liv och personer i deras omgivning kan också vara riskbrukare.

Det är inte sällan som patienten hoppar till över sin egen konsumtion när jag ställer den i relation till gränserna för riskbruk.



Kan alkohol förebygga sjukdom?

Kan alkohol vara nyttigt?

Svaret får nog bli både ja och nej.

Vi kan läsa en del intressanta reflektioner angående detta i Läkartidningen nr 42:2012. Här uttalar sig de två professorerna Bengt Fagrell och Rolf Hultcrantz om att alkohol inte enbart är av ondo - måttligt intag minskar risken för vissa folksjukdomar.

I samma upplaga av tidningen ger alkoholforskaren och professor Sven Andréasson sin bild av detta där han beskriver att det inte finns någon grund för att rekommendera alkohol för bättre hälsa, detta då de kontrollerade studier som medicinen normalt kräver saknas.

Hur ska vi få ihop denna information till något användbart i vårt patientarbete? Det är inte helt sällan som patienter har frågor på just detta tema.

Det är onekligen så att många studier av god kvalitet visar att lätt till måttlig konsumtion av alkohol hos medelålders eller äldre kan ha en positiv effekt på folksjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ 2, reumatiska besvär eller demens.

Yngre personer än medelålders har ingen positiv effekt av alkohol oavsett mängd och vid det nordiska dryckesmönster att dricka stora mängder till helgen har inga positiva effekter alls oavsett ålder.

Det är när konsumtionen är måttlig, mindre än vid riskbruk, och fördelad över hela veckan som positiva effekter kan ses. Det man har noterat är bland annat en ökning av HDL-fraktionen ("det goda kolesterolet") som kan inverka positivt på hjärta och kärl, vidare att det är etanolen i sig och inget annat ämne i dryckerna som står för denna effekt.

Om man är överviktig riskerar man skador på levern redan vid mycket låg konsumtion då det redan finns en viss grad av fettlever, vidare inverkar andra sjukdomar och mediciner på eventuella positiva effekter av alkoholen.

Det finns en stor individuell känslighet för alkoholens skadliga effekter vilket vi som arbetar med detta i kliniken sett många exempel på.

Vissa individer tycks tåla stora mängder alkohol utan att vi med åren hittar några allvarligare somatiska komplikationer emedan andra väldigt snart tar skada både fysisk- och psykisk vid mängder knappt överstigande riskbruk.

Således blir det inte rimligt att vi i sjukvården skall börja rekommendera patienter som inte dricker att konsumera 1-2 standardglas per dag för att motverka sjukdom.

Vidare finns det inte heller anledning att förespråka reducerad alkoholkonsumtion hos i övrigt friska människor som umgås måttligt med alkohol.

Sven Andréassons slutsats avseende detta i sin artikel är värd att citera:

”måttlig alkoholkonsumtion kan ses som en markör för god hälsa – men knappast som en orsak till den”.

Utredning av patient där alkoholöverkonsumtion kan misstänkas

Utredningen förutsätter ett empatiskt och icke-konfrontativt förhållningssätt. Tänk också på att patienter i regel inte besitter de kunskaper du tillägnat dig, inte minst efter att ha läst denna handbok, om symtom och skadliga mängder.

Vid dina frågor till patienten är det bra att ha kriterierna för beroende i bakhuvudet som tolerans, abstinens, kontrollförlust, misslyckade vita perioder, återhämtning, kroppsliga och psykiska komplikationer samt reduktion av sociala aktiviteter som inte innehåller alkohol.

Här är ett förslag på en enkel utredning och hur du skall möta patienten i detta;

- Vänligt, empatiskt samt icke-konfrontativt förhållningssätt
- Noggrannhet vad gäller anamnes och mängder
- Alkonacka, TLFB
- AUDIT, enkelt screeningformulär, se bilaga
- Somatiskt status med bukpalpation för att upptäcka leverförstoring eller ascites, titta efter ökad kärleteckning på nedre delen av buken som tecken på portalhypertension.
- Laboratorieprover för initial bedömning och biofeedback, se nedan.

Alkonacka handlar helt enkelt om att fylla i sin alkoholkonsumtion under fyra veckor och ta med detta dokument vid återbesök.

Var medveten om att patienten efter dina frågor vid besöket och med alkonackan som hemläxa sannolikt redan påbörjat en reduktion av sin konsumtion. Häftigt, inte sant? TLFB (timeline follow back) innebär att man vid besöket gör en retrospektiv genomgång av den senaste periodens konsumtion. Ibland kan man i litteraturen hitta ambitiösa förslag som att gå tre månader tillbaks i tiden, mitt råd är att nöja sig med tre veckors retrospektiv kartläggning. I samband med detta kan det vara lämpligt med feedback på prover om dessa finns vid handen.

Laboratorieprover, möjligheter och begränsningar

Bara 15-35 % av riskbrukare får förhöjda värden med dagens metoder vilket gör att vi med enbart provtagning missar många som behöver vår hjälp, således är samtalet det viktigaste instrumentet.

Biofeedback, vilket innebär att vi återför provsvaren till patienten och kan koppla förändringar i dryckesmönster till förändringar i resultatet vid provtagning, är ett bra sätt att få patienten medveten och intresserad av vad alkoholen ställer till med.

Vidare är det mycket uppmuntrande och förstärkande att få se svart på vitt att sänkt alkoholkonsumtion förbättrat hälsan.

Andra orsaker till avvikande provsvar måste alltid övervägas och nedan får du en kort redovisning av tänkbara fallgröpor samt vad som påverkar proverna utöver alkohol.

Gamma-glutamyltransferas, GT

- Hos kvinnor är varannan med högt GT icke relaterat till alkohol.
- Hos män är var tredje med högt GT icke relaterat till alkohol.
- Orsaken kan vara graviditet, läkemedel, fetma, diabetes, gallsten...
- GT i regel normaliserat efter drygt tre veckors nykterhet

GT ska således tolkas med försiktighet och bedömas tillsammans med övriga laboratorieparametrar.

Aminotransferaser, ASAT, ALAT

- Förhöjda värden tyder mer på levercellsskada än alkoholkonsumtion i sig.
- Ju högre ASAT/ALAT kvot desto större sannolikhet att alkohol orsakar detta, kvoten är ofta över två vid hög alkoholkonsumtion.
- Om transaminaser överstiger 7-10 ggr normalvärdet skall man överväga annan orsak som hepatit-C, alkoholhepatit eller ischemi.
- ALAT stiger ofta vid fetma och vid användning av vissa läkemedel.
- 50 % av patienter med etablerade alkoholproblem har normala ASAT värden.

Som du noterar skall även dessa provsvar tolkas med försiktighet.

Aminotransferaser är enzymer som normalt befinner sig inuti levercellerna, när vi konsumerar alkohol skadar denna cellväggarna och levercellerna går sönder med utsläpp av dessa enzymer i blodbanan. Det är detta vi mäter med vår provtagning.

En person som har en levercirrhos som innebär att levervävnad till stor del omvandlats till bindväv kommer således inte längre ha så stort läckage av enzymer ut i blodbanan och vi kan därför misstolka detta som att alkoholkonsumtionen är låg eller att levern är ok.

Därför skall all provtagning som gäller leverfunktion och alkohol inkludera **PK** och **Albumin** då dessa är ett bra mått på hur mycket av levern som fortfarande fungerar.

MCV, mean corpuscular volume

Röda blodkroppars storlek, MCV, är ett mått på hur mycket omogna röda blodkroppar som befinner sig i cirkulationen. Alkohol påverkar mognadsprocesser inte minst i benmärgen och bidrar till att fler omogna blodkroppar, som är större än mogna, kommer ut i blodbanan och kan mätas som högt MCV.

Alkohol

- Hög konsumtion krävs för utslag
- 2-6 månaders nykterhet för normalisering då livslängden för röda blodkroppar är ca 120 dagar
- Vanligt med andra orsaker som B12 och folsyrabrist, hemolys, hypothyreos.

Ännu en laboratorieparameter som skall tolkas med försiktighet då det kan finnas många olika orsaker till omogna röda blodkroppar i cirkulationen.
Uteslut andra orsaker.

Kolhydratfattigt transferrin, CDT

- Hög och regelbunden konsumtion krävs för utslag, 5 flaskor öl per dag i tio dagar. Här missar vi med andra ord många riskbrukare.
- CDT påverkas av ett högt S-Ferritin som ses vid inflammationer och svåra leverskador av andra orsaker än alkohol. Graviditet kan ge falskt högt CDT.
- CDT kan påverkas av alkoholorsakad leverskada även vid långvarig nykterhet.
- CDT normaliseras efter 2-4 veckors nykterhet

För majoriteten av patienter som söker med ett etablerat beroende är denna parameter tillräcklig men som du ser finns det svagheter och detta gäller inte minst förmågan att fånga upp riskbruket. Vidare är det angeläget att inte lita på CDT som enda parameter vid uppföljning av patienter med etablerad leverskada, där är Fosfatidyletanol onekligen ett bättre och säkrare val, se nedan.

Fosfatidyletanol i blod, B-PEth

- Vår senaste markör för alkoholkonsumtion
- En abnorm fosfolipid som bildas endast i närvaro av etanol
- Specificiteten är således hög, teoretiskt 100 %
- Falskt positiva svar har inte påvisats vid korrekt provhantering
- Man kan se ett samband mellan redovisad konsumtion de senaste två veckorna före provtagning och mätvärdet
- Ett enstaka berusningstillfälle kräver högt intag motsvarande mer än en promille för att ge mätbara halter
- T_{1/2} är ca fyra dygn, kan påvisas upp till 4 veckor efter intag

Denna markör är väldigt tilltalande i det att inget annat än alkoholkonsumtion ger utslag och att värdet inte påverkas av en leverskada.

Vid intygsärenden som körkort och vapen ger fosfatidyletanol en bra beskrivning av konsumtionen, vidare är det en bra markör att använda vid bio-feedback, vilket innebär att redovisa förändrad alkoholkonsumtion i form av en begriplig siffra för patienten.

Svenska laboratorier som analyserar B-PEth är idag harmoniserade och skall svara ut värdet i form av 16:1/18:1 vilket utgör ungefär 45 % av total B-PEth. Kom därför ihåg att tolka gamla värden i journalen, som kan vara total B-PEth, med försiktighet.

Referensvärden vid tolkning:

<0,05 mikromol/l innebär ingen eller endast låg, sporadisk konsumtion

>0,05-0,3 mikromol/l utgör måttlig konsumtion

>0,3 mikromol/l innebär mer omfattande och regelbundet intag

Alkohol

Nu har du säkert förstått att det är B-PEth som skall användas vid identifiering och uppföljning av riskbrukare.

Urinscreening

Etg- etylglukoronid

Ets- etylsulfat

Dessa ämnen bildas bara då etanol konjugerar med sulfat eller glukuronsyra och är precis som B-PEth helt alkoholspecifika, dessa ämnen är dock bara påvisbara i urin under 1-3 dagar efter intag och ger oss bara en uppfattning om patienten druckit alkohol dagarna innan provtagning.

Dessa prover kan användas för att hitta återfall under behandling och används ibland som ett villkor där man är ställd under provotid i ett legitimationsyrke inom vården.

Precis som med droganalyser i urin måste provet bedömas i relation till kreatininhalt då utspädning kan ge falskt negativt utfall.

Alkometer

Utandningsluft

Används för att se nykterhet eller påverkan vid medicindelning eller annan bedömning.

Använd kvalitetssäkrad och kalibrerad apparat.

Framtiden

Vi har på kliniken deltagit i en studie med användning av en blåtandsuppkopplad alkometer som via en applikation i mobiltelefonen kommunicerar med en portal som vårdgivaren har tillgång till. Detta har medgivit platsobundna kontroller av nykterhet vilket uppskattas av användaren och ger behandlaren möjlighet att snabbt se återfall och mönster i följsamheten. Således är framtiden redan här då produkten nu är färdig och används i kliniskt arbete.

Nästa steg som vi redan ser från USA är BACtrack skyn.

Detta är en bärbar biosensor vid handleden som medger kontinuerlig mätning av promillenivån via huden. Tekniken använder en liten bränslecell som kan sitta integrerat i ett klockarmband eller ett aktivitetsarmband. Denna mätning sker med viss fördröjning via svett varför den inte kan användas som alkoholås men kommer att lämpa sig utmärkt som en elektronisk TLFB (timeline follow-back) vid behandling.



Behandling av alkoholabstinensen, den akuta fasen

Alkoholabstinensen är som bensodiazepinabstinensen ett potentiellt livsfarligt tillstånd som obehandlat kan leda till livslånga handikapp eller död. Detta skiljer dem från övriga drogabstinenser som förvisso är obehagliga men inte farliga utöver risken att återfalla.

I bruksbygder är det ofta känt, till skillnad mot studentstäder, att man inte skall sluta tvärt efter en dryckesperiod och jag har själv fått ta del av handskrivna nedtrappningsscheman som börjar med 10 starköl dagligen med gradvis utsättning under fem till sju dagar.

Inom sjukvården blir det svårt att ordinera alkohol varför vi använder korsreagerande preparat som bensodiazepiner för detta ändamål.

Bensodiazepiner är de preparat som har bäst dokumenterad effekt att motverka fruktade komplikationer som delirium tremens (DT) och abstinenskramper.

Att använda neuroleptika är kontraindicerat då de förvisso kan erbjuda sedation men samtidigt ökar risken för epileptiska anfall då de sänker kramptröskeln.

Tillägg av anti-epileptika har inget värde om vi behandlar med bensodiazepiner i adekvata doser.

Den tredje komplikationen vi till varje pris vill undvika genom vitaminbehandling är Wernicke- Korsakoffs syndrom som obehandlat kan ge ett demenstillstånd även hos unga individer.

Låt oss se på komplikationerna mer i detalj nedan och sedan avsluta med behandlingsscheman för olika grad av abstinens.

Abstinenskramper

Epileptiska anfall som beror på abstinens debuterar i regel 12-36 timmar efter avslutad alkoholkonsumtion och föregås i regel av uppenbara abstinenssymtom som oro, tremor och sömnstörning. Anfallet uppträder vanligen som ett generaliserat toniskt-kloniskt anfall med några minuters varaktighet.

Om krampanfallet är mer fokalt som ryckningar i en arm, ben eller frånvaroattacker skall fokala orsaker som trauma misstänkas och en akut datortomografi och neurologkontakt skall intieras utan dröjsmål.

En alkoholberoendepatient är inte sällan utsatt för trauman mot huvudet som de kanske själva inte minns, vidare kan deras blödningsbenägenhet öka risken för ett subduralhematom även vid tämligen måttligt trauma.

Vid **förstagångskrämp** skall en datortomografi göras även vid generaliserad typ, om patienten efter anfallet är utan fokala symtom kan undersökningen göras < 24 timmar, om kvarstående bortfall skall akut kontakt med medicin eller neurolog tas. EEG kan göras i ett lugnare skede.

Abstinenskramper leder sällan till status epilepticus men klymsma Stesolid vid anfallet är angeläget för att undvika upprepade kramper och samtidigt inleda behandlingen på ett effektivt sätt.

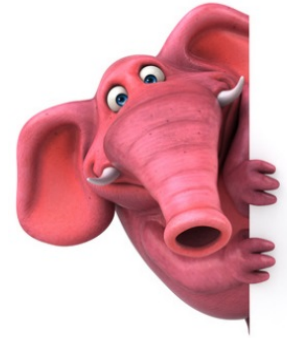
Ett snabbt insatt bensodiazepinschema (se behandling) per os med adekvata doser förhindrar i regel att abstinenskramper uppträder.

Har man någon gång haft kramp i abstinensfas är risken stor att detta upprepas vid senare abstinenser.

Delirium tremens, DT

Ett fruktat och potentiellt dödligt tillstånd, uppfattas som ett eget syndrom utifrån förloppet av symtomens uppträdande.

Orsaken handlar om centrala nervsystemets reaktion på att plötsligt förlora den inhibition och sedation som alkoholen utövat under längre tid och hjärnan anpassat sig till.



Inledningsvis ses allmänna abstinenssymtom som ångest, tremor, sömnlöshet puls- och blodtrycksstegring.

Till detta kommer sedan hallucinationer, oftast syner. Obehandlat kan tillståndet kompliceras av hjärnstampåverkan med hypertermi, muskelstelhet och plockighet. I detta stadium överskuggar förvirring och desorganiserat beteende andra psykotiska symtom.

Dödligheten var tidigare stor, uppemot 20-30%, men med tidig upptäckt och bensodiazepiner i adekvata doser får vi situationen under kontroll.

Om patienten kommer under behandling i sent skede kan intensivvård med generell anestesi bli aktuell för att motverka vätskeförlust, muskelsönderfall med allvarlig njurpåverkan och cirkulationssvikt.

Patienter i riskzonen för att utveckla DT är de som initialt ligger högt i puls (>120/min), under andra till tredje dygnet uppvisar förvirring, hallucinationer och har en längre dryckesperiod med hög konsumtion innan inkomst (>18 standardglas per dag under >21 dagar).

Ökad risk ses också vid tidigare abstinenskrampor, tidigare episoder av DT och somatiskt belastning som diabetes, infektioner eller trauma.

Wernicke-Korsakoffs syndrom

Detta rör sig dels om en akut dels en kronisk hjärnpåverkan som kan drabba alkoholberoende patienter.

Orsaken är inte helt klarlagd men en tiaminbrist utifrån försämrade upplagring i levern i kombination med malabsorption och malnutrition tycks vara huvudsakliga komponenter för denna kliniska diagnos.

Man får inget stöd av laborativvården. Datortomografi kan vara indicerat för att utesluta annan orsak till symtomen som blödning eller stroke.

Magnetkamera är ett bättre alternativ för att fånga de lesioner som uppträder med ett typiskt mönster i diencefalon och mesencefalon. MR-undersökningen har dock relativt låg sensitivitet och ett normalt fynd utesluter inte Wernickes encefalopati.

Tillståndet kan även uppträda hos patienter med allvarlig malnutrition eller utmätning av annan orsak som svält eller efter obesitaskirurgi. Detta är något man bör ha i åtanke om patienten tidigare gjort en gastric by pass.

Tiamin spelar stor roll som kofaktor till enzymer som är involverade i metabolismen av glukos, vidare bidrar tiamin till att upprätthålla den osmotiska gradienten över cellmembran i centrala nervsystemet. Brist på tiamin ger ödem och cellväggar går sönder, vidare tappar vi cellers skydd mot oxidativ stress.

Alkohol

Det akuta tillståndet, Wernickes encefalopati, utgörs fullt utvecklat av tre symtom men ett räcker för diagnos;

- Förvirring, konfusion. Man är desorienterad vad gäller tid och rum. Orolig och okoncentrerad.
- Ataxi, balanssvårigheter. Bredspårig gång, svårt att artikulera.
- Ögonsymtom. Nystagmus, ögonmuskelpares.

En enkel ramsa för att komma ihåg tillståndet är - *vinglig, vimsig och vindögd*.

Nu är det inte riktigt så enkelt med diagnosen då man sällan ser denna klassiska triad samtidigt. En patient med dåligt nutritionsstatus och lindriga minnesstörningar skall observeras noggrant och behandling skall omedelbart ges.

Vi säger ibland inom beroendemedicin att öl-drickare mer sällan drabbas av detta bristtillstånd vilket inte riktigt är sant. Alkoholen i sig hämmar fosforeringen från inaktivt tiamin till aktiva metaboliter som till exempel tiamindifosfat varför det då inte hjälper att berika ölen med B-vitamin.

Symtomen är ofta reversibla om behandling sätts in i tid med tillräckliga doser och adekvat administrationssätt.

Det kroniska och tyvärr mer irreversibla tillståndet, Korsakoffs psykos, uppfattas vara ett resultat av upprepade episoder av Wernickes encefalopati.

Det vi ser här är demensutveckling med inaktivitet, konfabulationer och ibland psykotiska upplevelanden med paranoidea inslag.

Vi har tyvärr erfarenhet av unga individer som innan 30 års ålder drabbats av denna demensform där detta sannolikt hade kunnat undvikas om tillståndet blivit uppmärksammat och snabbt erhållit adekvat behandling.

Om man ger kolhydrater till en patient med Wernickes encefalopati innan man givit tiamin (vitamin B1) riskerar man att förvärra tillståndet, mekanismen tros vara en laktatansamling i centrala nervsystemet utifrån ofullständig glukosmetabolism.

Ge alltid tiamin innan ett glukosdropp sätts eller innan en omvårdnadsåtgärd som saft och smörgås blir aktuell.

För att tiamin skall bli aktivt krävs närvaro av magnesium. Vid stark misstanke om Wernickes encefalopati kontrolleras s-Mg. Lägg till magnesium i droppet redan i väntan på provsvar.

- Profylaktisk behandling

Tiamin skall ges i dosen 200 mg dagligen under 3-5 dagar.

Ge inj Vitamin B1 Tiamin Ebb® alt Tiacur® 50mg/ml, 4ml x 1, intramuskulärt eller intravenöst under 3-5 dagar och sedan per oral tillförsel av tablett Oralovite, 1x3, under minst en månad.

- Vid misstanke om akut Wernickes encefalopati

Tiamin skall ges i mycket hög dos intravenöst, 600 mg dagligen initialt.

Ge inj Vitamin B1 Tiamin Ebb® alt Tiacur® 50mg/ml, 4ml x 3, under tre dygn eller tills tydligt klinisk regress kan noteras (ögonsymtom viker i regel först). Sedan ges 2ml x 2 intravenöst under fem dagar, Oralovite som vid profylaktisk behandling.

Om uttalade symtom som förvirring, ataxi eller ögonsymtom ses skall intravenöst dropp sättas med inj Addex-Mg 20 mmol till 1000 ml Natriumklorid 9 mg/ml efter att s-Mg tagits. Avvakta inte provsvaret, lät droppet gå under sex timmar.

Alkoholhallucinos

Hallucinationer som dyker under påverkan av alkohol hos individer med långvarig konsumtion är ett illavarslande symtom som förvisso kan försvinna vid nykterhet initialt men med fortsatt konsumtion kan utvecklingen bli kronisk. Detta skiljer sig således från delirium där symtom ses endast i abstinensfas.

I regel handlar det om hörselhallucinos av icke kommenterade slag och oftast är patienten medveten om att upplevelserna inte representerar verkligheten och således är tillståndet inte av psykotisk valör.

Hörselhallucinosen utgör sannolikt en av alkohol orsakad hjärnskada och med fortsatt konsumtion kan verklighetsprovningen tyvärr bli alltmer bristande.

Behandlingen utgörs av nykterhet. Om bestående hallucinos trots mer än en månads nykterhet kan tillägg av antipsykotika som T Zyprexa 10 mg eller T Haldol 0,5-1,0 mg till kvällen.

Ett neurologstatus och datortomografi (icke akut) skall göras för att utesluta annan orsak som tumör eller subduralhematom vid nydebuterad hallucinos.

En patient har beskrivit för mig att han ständigt hör dragspelsmusik sedan några år tillbaka, lyckligtvis besväras han inte av detta och är dessutom medveten om att det bara handlar om hjärnspöken.

Somatiska komplikationer vid alkoholberoende

Några tillstånd som är angeläget att ha i minnet vid bedömning av alkoholpatienten är nedanstående.

- **Akut pankreatit** – alkohol eller gallsten är de vanligaste orsakerna till detta potentiellt allvarliga tillstånd. Symtom som snabbt stegrande smärta i mellangärde, utstrålning till rygg, illamående och kräkningar och ev muskelförsvår vid bukpalpation skall föranleda kirurgkonsultation. Provtagning med blodstatus, CRP, elstatus, krea, albumin, Ca, B-glukos, leverstatus, bilirubin, amylas och lipas ger underlag för bedömning.
- **Kronisk pankreatit** – alkohol utgör den vanligaste orsaken till detta tillstånd. Utvecklas långsamt och kräver ofta 15 års alkoholöverkonsumtion för att bli symtomgivande. Symtom som molande smärta i mellangärdet, svårspolad fettrik avföring, viktning och diabetes ses med smygande debut. Skall föranleda remiss till kirurg (icke-akut) för utredning och uteslutande av malignitet.
- **Kräkning med färskt blod eller "kaffesump"** – omgående akutremiss till kirurgen för uteslutande av esofagusvaricer eller ulcus. Dessa riskerar att fortsätta blöda på grund av högt portatryck.
- **Alkohol ketoacidosis** – detta tillstånd utgör en diagnostisk utmaning. En potentiellt livshotande metabol acidosis kan uppstå. Typisk anamnes är beroendetillstånd där intensiv dryckesperiod nyligen avbrutits på grund av kräkningar och buksmärtor. Vid undersökningen är patienten dehydrerad, takykard och hyperventilerar. Öm i buk men ej brådhård som vid peritonit. Laboratoriefynd visar tydlig metabol acidosis med förhöjt anjongap. Hyperglykemi och glukosuri saknas i regel. Tillståndet skall behandlas med rehydrering, tiamin och glukoslösning. Medicinkonsult!

Bedömning och behandlingsscheman vid alkoholabstinens

Vid din bedömning skall du initialt ta ställning till om patienten kan behandlas i öppenvård eller om slutenvård är indicerat.

De flesta patienterna kan erbjudas medicinskt övervakad abstinens i öppenvård men kriterier som gör att man bör överväga slutenvård är nedanstående.

- Somatiska komplikationer som diabetes eller allvarlig hjärtsjukdom, gravt nedsatt allmäntillstånd.
- Tidigare svåra abstinenser med delirium eller kramper.
- Hög promille initialt, >3 o/oo, då detta i regel ger svåra abstinenssymtom.
- Hög puls, >120, som inte sjunker inom en timme på T Sobril 25 mg 1x1.
- Suicidrisk.

I somatiskt status skall allmäntillstånd, BT, puls, buk- och neurologstatus redovisas. Kontrollera kvarstående berusning med alkometer.

Lämplig provtagning akut är blodstatus, asat, alat, GT, albumin, PK-inr, albumin, Na, K och krea.

Begär akutsvar på leverprover inkl PK-inr och albumin om du tänkt dig en poliklinisk avgiftning med bensodiazepiner där tillägg av Antabus är regel.

Nu ska du placera patienten i någon av nedanstående kategorier A till C utifrån svårighetsgrad, ett hjälpmedel för att hamna rätt är CIWA-Ar.

CIWA-Ar, *Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol revised*, är en äldre men väl beprövad skattningsskala för att bedöma abstinens. Formuläret är översatt av Docent Claes Hollstedt och som bilaga i handboken hittar du en version som är justerad för vår verksamhet. Du skall bedöma 10 parametrar och sätta poäng utifrån förekomst och svårighetsgrad av symtom. Om patienten haft kramper eller delirium tidigare läggs 5 poäng till övriga. När du gör bedömningen måste du ta hänsyn till samtidig medicinering som kan påverka symtom som tremor, puls och illamående som betablockerare och antiemetika.

Kategori A

Orienterad patient med CIWA-Ar mindre än 15 p, ofta allmän oro och sömnstörning som huvudsakliga problem. Kontrollera prover för Antabus med akutsvar, skall blåsa noll promille.

Ge Sobril 10 mg enligt **A-schema** nedan om Antabus accepteras:

- Dag 1 ges 10mg x 4
- Dag 2 ges 10mg x 3
- Dag 3 ges 10mg x 2
- Dag 4 ges 10mg x 1

Ge Inj Vitamin B1 Tiamin Ebb® alt Tiacur® 50 mg/ml, 4 ml x1, intramuskulärt under tre dagar, värm ampullen med handen för att undvika smärta vid injektion.

T Oralovite 1x3 skall sedan ordinerats under minst en månad (recept 100 st, 2 uttag).

Kom ihåg att det är andra doser som gäller vid misstanke om Wernicke, se ovan.

Alkohol

T Antabus 400mg skall ges efter provsvar, 1x1 under dag 1-3 och är villkor för bensodiazepiner i öppenvård.

Till natten kan 1-2 T Propavan 25 mg erbjudas.

Ett samtal med sjuksköterska skall ske vid administration av sista Sobrilen dag 4 för bedömning och planering av fortsatt öppenvårdskontakt, är patienten kandidat för Naltrexon eller Campral, se nedan.

Är patienten motiverad till fortsatt behandling med Antabus skall detta ges tre gånger per vecka, se under rubrik Antabus.

Kategori B

Mer uttalad abstinens, CIWA-Ar ger 15-24 poäng. Inga riskfaktorer för DT eller EP innebär att patienten kan skötas i öppenvård med villkoret daglig kontakt och Antabus, kontrollera prover med akutsvar. Dessa patienter skall blåsa 0 promille då schema med bensodiazepiner inleds.

Om riskfaktorer för DT eller EP föreligger skall avgiftningen inledas i slutenvård.

Ge Sobril (Oxazepam) 25 mg enligt nedanstående **B-schema**

Ge en provdos på 25 mg och om tillfredsställande respons på symtom ges:

- Dag 1 ges 25 mg 1 x 4 + 1 vb
- Dag 2 ges 25 mg 1 x 3 + 1 vb
- Dag 3 ges 25 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 4 ges 15 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 5 ges 10 mg 1 x 2

Till natten kan ges T Nitrazepam 5mg 1-2 vb mot sömnstörning.

Antabus och B-vitamin ges som vid kategori A.

Puls, tryck och allmäntillstånd skall kontrolleras varje halvtimme tills måendet stabiliserats med svar på given medicinerings. Om inte adekvat symtomkontroll blir fallet med **B-schema** skall slutenvård initieras och övergång till **C-schema** blir fallet.

Kategori C

Svår abstinens som skall skötas i slutenvård initialt. CIWA-Ar >24 poäng. Med eller utan riskfaktorer för DT eller EP.

Första dygnet;

Ge T Sobril (Oxazepam) 25-50mg po och om pulsen inte sjunker inom en timme ges ytterligare 50 mg Sobril. Om tillfredsställande effekt fortsätter man enligt nedanstående C-schema.

Om ovanstående ordinationer inte ger avsedd effekt går man över till parenteral behandling med intramuskulära injektioner med Stesolid (Diazepam).

Ge Stesolid 20 mg i.m, om pulsen inte sjunkit inom 30 min ges ytterligare 20 mg i.m. Detta kan upprepas upp till 60-80 mg, om utebliven effekt skall man diskutera med medicinjour/anestesi om behovet att överflytta patienten till somatiken för kraftigare sedering.

Fortsatt schema avseende Stesolid blir som du förstår individuellt utifrån fortlöpande bedömning av patienten.

Alkohol

Patienter som hamnar i kategori C skall första dygnet observeras 2-4 ggr per timme då deras mående snabbt kan försämrans och eftersom sederingen som kommer av själva medicineringen kräver övervakning.

- Dag 1 enligt "första dygnet" ovan.
- Dag 2 T Oxazepam 25 mg 1 x 5 + 1 vb. Upprepa CIWA-Ar skattning vid vb medicinering
- Dag 3 T Oxazepam 25 mg 1 x 4 + 1 vb
- Dag 4 T Oxazepam 25 mg 1 x 3 + 1 vb
- Dag 5 T Oxazepam 25 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 6 T Oxazepam 15 mg 1 x 2 + 1 vb
- Dag 7 T Oxazepam 15 mg 1 x 1 + 1 vb

Antabus och B-vitamin ges som vid kategori A.

Kom ihåg att det är andra doser B-vitamin som gäller vid misstanke om Wernicke.

Övergång i öppenvård kan övervägas efter dag 5 men alla patienter skall bedömas av läkare eller erfaren sjuksköterska i samband med att schemat avslutas.



Behandling av alkoholberoende efter akuta fasen

- *Att förebygga återfall*
- *Reducera riskkonsumtion*

När den akuta fasen av abstinensen har passerat är det angeläget att behålla patienten alkoholfri eller på en konsumtion som är under de risknivåer vi beskrivit tidigare.

Det finns effektiva läkemedel och psykologiska behandlingsmetoder och i denna handbok fördjupar vi oss i läkemedel emedan jag tillåter mig endast en kort orientering om övriga metoder.

Styrkan i behandlingen inom beroendevården handlar självklart om att kombinera läkemedel med metoder som återfallsprevention, motiverande samtal, CRA och tolvstegsprogram.

Bakomliggande psykiatrisk problematik som ångestsyndrom eller depression skall självklart behandlas och en parallell kontakt med allmänpsykiatri är angelägen.

Låt oss gå igenom de olika preparaten som står till buds härnäst.

Akamprosot

- Campral
- Aotal

Akamprosot är ett läkemedel som tack vare sitt släktskap med aminosyran taurin hämmar effekten av excitatoriska signalsubstanser i hjärnan, vi ser att preparatet förhindrar en ökning av glutamat extracellulärt i hjärnan i samband med alkoholabstinens och att belöningssystemet påverkas gynnsamt. Sänkningen av glutamat enligt ovan gör det intressant att redan i abstinensfas sätta in Akamprosot som en nervcellsskyddande åtgärd.

Även om verkningsmekanismen inte är helt känd är den kliniska effekten tydlig och med ett NNT (numbers needed to treat) på ca 8 är det ett effektivt läkemedel, som en parentes har många storsäljande blodtrycksmediciner inom primärvården NNT på 40 eller högre.

Värdet på NNT anger hur många patienter vi måste behandla med ett preparat för att vara säkra på att en patient har nytta av behandlingen.

Preparatet minskar den positiva upplevelsen av alkohol och tiden till intag av alkohol eller återfall.

Antalet helnyktra dagar ökar och personer som förblir nyktra ökar, en effekt som kan ses även efter att behandlingen satts ut.

Akamprosot har effekt även om det ges med ett enkelt stöd hos husläkare eller distriktssköterska som kort uppföljning och feedback på prover. Någon avancerad psykosocial behandling är inte nödvändig men kan självklart förbättra resultatet ytterligare.

Förskrivningen borde utifrån prevalensen av alkoholöverkonsumtion vara mycket större inom sjukvården än vad den är idag.

Min erfarenhet är att patienter som tänker sig helnykterhet och dricker för den lugnande effekten (ängestdrickare) men inte kan tänka sig Disulfiram (Antabus) är goda kandidater för preparatet, emedan de som tänker sig kontrollerat drickande skall börja med Naltrexon eller Nalmefene (Selincro), se nedan.

Preparaten kan vid otillräcklig effekt av det ena med fördel kombineras.

Biverkningar av Akamprosot brukar sällan leda till utsättande men kan vara besvärliga, vanligt är lös avföring, gasbildning och ömhet i magtrakten. Förbättring sker i regel snabbt över tid vid fortsatt medicinering.

Att tänka på vid förskrivning;

Enligt FASS skall preparatet förskrivas T Akamprosot 333mg 2+2+2 vid kroppsvikt över 60 kilo och 2+2 under 60 kilo. Det går alldeles utmärkt att dosera 3+3 vid kroppsvikt över 60 kilo men skriv då SIC på receptet.

Kontrollera s-krea innan insättning då enda kontraindikationen är nedsatt njurfunktion. Om s-krea är >120 skall njurmedicin konsulteras. Kontrollera cystatin-C som ger en bättre uppfattning om njurarnas funktion innan konsultationen görs.

Naltrexon

– Naltrexon, tidigare känt under handelsnamnet Revia.

Naltrexon är en opioidreceptorantagonist och minskar effekten av de endorfiner som frisätts vid alkoholintag, detta påverkar belöningssystemet vilket kliniskt yttrar sig som minskat sug, mersug och ökar antalet alkoholfria dagar.

Perioder av högkonsumtion minskar påtagligt hos den som fortsätter konsumera alkohol varför preparatet kan vara förstahandsval till den som tänker sig kontrollerat drickande, det vill säga fortsatt konsumtion under riskbruksnivåer.

De som upplever påtaglig eufori av alkohol (kickdrickare, berusningsdrickare) och har en ärftlig belastning tycks reagera mer gynnsamt på Naltrexon än Akamprosat.

Även detta preparat har effekt utan mer avancerat psykosocialt stöd, kort feedback i öppenvård räcker men självklart kommer en intensivare professionell kontakt förbättra resultatet ytterligare.

NNT-värdet är omkring 7, det vill säga mycket effektivt, men tyvärr kan vi även här se samma underförskrivning inom sjukvården som med Akamprosat.

En fördel med preparatets långa halveringstid gör att det kan doseras en gång per dag. De vanligaste biverkningar är lätt illamående och magvärk men är i regel snabbt övergående.

Patienten skall motiveras till ett dagligt intag av medicinen då det inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd att rekommendera vid behovsordination.

Att tänka på vid förskrivning;

Förskriv T Naltrexon 50mg 1x1 oavsett kroppsvikt.

Kontrollera leverprover(asat, alat, GT, albumin och PK-inr) och s-krea innan insättning, transaminaser skall ligga <3 ggr det övre referensintervallet.

Då preparatet blockerar effekten av opioider skall det självklart inte kombineras med dessa då den smärtstillande effekten uteblir och kraftig abstinens riskerar att utvecklas.

Nalmefene

- Selincro

Här har vi det senaste tillskottet när det gäller läkemedel och det enda av våra preparat som kan ordinerars vid behov och inte stående.

Nalmefene är en opioidsystemmodulator med effekt på μ , delta och kappa-receptorn, på grund av snabbt upptag fungerar ett vid behovsförfarande.

Preparatet inverkar på hjärnans motivationssystem med slutresultatet att minska lusten till alkoholintag och undvika kontrollförlust.

Preparatet har indikationen minskning av alkoholkonsumtion och kan vara aktuellt vid behandling av riskkonsumtion där önskemålet är en reduktion snarare än att helt sluta konsumera alkohol.

Biverkningarna är i regel milda och det som noteras är illamående, sömnstörning och yrsel. Vid fortsatt medicinering bleknar biverkningarna i regel bort inom en vecka.

Nalmefene tolereras även av patienter med måttligt nedsatt leverfunktion eller måttligt nedsatt njurfunktion.

Att tänka på vid förskrivning;

Dosera T Selincro 18 mg 1x1 vid behov.

Instruera patienten att ta preparatet inför en eventuell alkoholkonsumtion, helst skall läkemedlet tas 1-2 timmar innan förmodad konsumtion men kan ha effekt även om man tar den när man börjat dricka.

Man skall inte ta mer än tablett per dygn.

Även om lever och njurprover inte är obligat rekommenderar jag att dessa tas för att få utgångsvärden inför uppföljningen.

Då preparatet interagerar med opioider så till vida att effekten av dessa minskar eller uteblir är denna kombination kontraindicerad.

Disulfiram

- Antabus

Disulfiram är ett gammalt väl beprövat aversionspreparat som bygger på principen att det skall vara så obehagligt att dricka alkohol att man avstår.

Alkohol bryts ned i kroppen via två steg där det senare innebär att acetaldehyd blir ättiksyra och vatten med hjälp av enzymet aldehyddehydrogenas.

Om vi blockerar detta enzym med Disulfiram kommer vi få en ansamling av acetaldehyd vid alkoholintag som ger symtom i form av lufthunger, ansiktsrodnad, hjärtklappning, dunkande huvudvärk, illamående och kräkningar.

Det finns vissa folkslag som genetiskt är utrustade med ett dåligt fungerande enzym vilket ger en medfödd Antabuseffekt och således kommer alkoholberoende bli ett sällsynt tillstånd bland dessa individer.

Antabus-alkoholreaktionen kan bli potentiellt farlig hos äldre eller hjärtsjuka individer varför förskrivning skall ske med stor försiktighet vid hjärt-kärlsjukdom och kardiolog kan behöva konsulteras i tveksamma fall. Vidare skall förskrivning ske restriktivt vid minnesproblematik då det kan vara lättare att minnas var systembolaget ligger medan Antabusintaget denna morgon har fallit ur minnet tämligen omgående.

Antabus är ett utmärkt preparat till motiverade individer och bäst evidens kan noteras då det ges övervakat. Preparatet, som är en dansk uppfinning, har funnits på marknaden sedan 1948 och utifrån dess givna plats inom beroendevården kommer vi säkert fira dess hundraårsdag så småningom.

Den som ger Antabus kan vara en sjuksköterska på en mottagning eller en personalsekreterare på arbetet om detta fungerar.

Jag rekommenderar ej att nära släktingar tar på sig denna uppgift då det riskerar att bli tämligen laddat vid badrumsskåpet på morgonen, men ibland är det den lösning man önskar och då får jag respektera detta.

Det händer att arbetsgivare ställer övervakad Antabusdelning som villkor för fortsatt anställning.

De som "dricker igenom" Antabus behöver ofta höja dosen på preparatet då det sannolikt handlar om för låg blodkoncentration utifrån ett effektivt enzymssystem.



Ibland blir det protester utifrån oro för biverkningar och då man får ställa dessa i relation till vad alkoholen utgör för risker för individen både medicinskt och socialt.

Disulfiram används idag ofta under en period om 3 månader så att andra insatser kan komma till stånd psykologiskt och medicinskt, dock har jag patienter som väljer att använda preparatet tills vidare.

Några patienter har använt Antabus regelbundet mer än 20 år och kan inte tänka sig att sluta utifrån risken för återfall.

Att tänka på vid förskrivning;

Förskrivs oftast som BT Antabus 400mg tre gånger per vecka, vid biverkningar kan man ordinera 200mg dagligen. Skall om möjligt ges övervakat.

Innan första dos skall leverprover kontrolleras och sedan följas regelbundet då en sällsynt men obehaglig biverkan av Antabus är allvarlig leverpåverkan.

Kontrollera asat, alat, GT, bilirubin, albumin och PK-inr innan insättning och om transaminaser är <3 ggr övre referensintervallet och övriga prover är opåverkade kan Antabus ordinerars.

Om leverns funktion är nedsatt (albumin, PK-inr) skall du konsultera invärtesmedicinare innan eventuell insättning.

Kontrollera nya leverprover enligt ovan två veckor efter insatt läkemedel och sedan efter ytterligare en månad. Om prover är under kontroll räcker det sedan att kontrollera prover var tredje månad.

Så länge transaminaser är förhöjda skall prover kontrolleras med två-tre veckors intervall

Då en eventuell leverpåverkan av Antabus kan komma snabbt skall du instruera patienten att sätta ut medicinen och genast kontakta sjukvård vid gula ögonvitor, mörk urin, kraftig klåda eller nedsatt allmäntillstånd.

Andra läkemedel

- Topiramat, Topimax

Topiramat som idag är ett läkemedel med indikationen epilepsi men även används vid bipolär sjukdom har visat sig minska alkoholkonsumtion och rökning i flera studier.

En tänkbar patient för detta preparat är det inte helt ovanlige bipolära patienten med samtidig alkoholproblematik. Kliniskt har vi här på vår beroendemottagning goda erfarenheter även om det ännu är få patienter som behandlas med preparatet till skillnad mot USA där preparatet är mycket populärt.

Preparatet är belastat med en hel del jobbiga biverkningar men genom att titrera upp dosen försiktigt och inte gå upp till maxdos kan patienten tolerera behandlingen.

Effekt av preparatet kan ses redan vid doser om 75-100 mg per dag.

- Mirtazapin

Ett antidepressivum som med snabbt insättande effekt på ångest och sömn har en gynnsam profil för behandling av patienter med alkoholöverkonsumtion.

Psykologiska- och psykosociala behandlingsmetoder

Här följer en kort orientering om de evidensbaserade psykologiska- och psykosociala behandlingsmetoder som står till buds vid alkoholproblematik, var dock medveten om att denna sammanställning inte gör anspråk på att vara fullständig utan skall locka till dig fördjupad läsning via de referenser du hittar i slutet av handboken.

Det finns ett antal behandlingsmetoder som har effekt och i kombination med läkemedel kan resultatet bli än bättre även om det har visat sig att läkemedel eller psykologisk behandling givet ensamt är effektiva i att reducera eller få konsumtionen att upphöra.

I det här sammanhanget är det viktigt att nämna Anonyma Alkoholister, AA, som med sitt arbetssätt gör stora insatser för beroendeproblematiken. Deltagande i AA kommer ofta in som en del av den egna rehabiliteringen när sjukdomsinsikt och motivation ger förutsättningar för detta.

Senaste åren har MET (Motivational Enhancement Therapy) uppmärksammats särskilt av Socialstyrelsen som en tidseffektiv och evidensbaserad metod där denna med fördel skulle kunna implementeras i primärvård och företagshälsovård.

Här nedan följer några behandlingsmetoder som har bevisad effekt eller evidens.

– Återfallsprevention

Återfallsprevention har sitt ursprung i kognitiv beteendeterapi (KBT) som handlar om ett omlärande och nyorientering utifrån kartläggning av dysfunktionella tankar och beteenden.

Man får individuellt eller i grupp bland annat hantera sug, tacka nej till alkohol, planera för nödsituationer och hantera begynnande återfall. Man får lära sig om hjärnans belöningssystem och problemlösning. Man belyser begreppet postakut abstinens där obalansen i belöningssystemet ger olika symtom långt efter akuta besvär har avklingat.

Behandlingen genomförs oftast under åtta sessioner vilka vardera tar ungefär 45-90 minuter i anspråk beroende på om det är individuellt eller i grupp. Mellan sessionerna får deltagaren hemuppgifter som för över teori till praktik och ger verktyg att hantera vardagen.

– Motiverande samtal

Här är behandlingen inriktad på patientens egen vilja till förändring vilket kräver en hel del motivation då man skall få till stånd förändring av vanor som funnits med under lång tid.

Behandlaren vid motiverande samtalsbehandling är neutral under sessionerna och beskriver inte själv vad som är bra att göra utan skall i stället hjälpa till med att få patienten att själv uttrycka argument för och emot drogkonsumtion och sedan ta egna beslut som leder till förändring i rätt riktning.

Ambivalensen skall uttryckas i ord av patienten och inte av behandlaren. Som behandlare skall man vara försiktig med att ge råd och i stället koncentrera sig på att stödja patientens egen insats. Detta då förändringen måste komma inifrån och inte genom övertalning utifrån

Det här är en behandlingsmodell som passar riskbrukare och de med mer begränsad problematik. Metoden lämpar sig också utmärkt för att jobba med andra livsstilsfrågor som rökning, motion och viktreduktion.

– Motivational Enhancement Therapy, MET

Denna metod bygger på principerna för MI men med tillägget att vi kartlägger patientens problematik mer ingående med frågeformulär och provtagning där leverprover och alkoholmarkörer som PEth kan ingå.

Behandlingen utgörs initialt av kartläggning och ett återkopplingsamtal där undersökningsresultaten går igenom. Vid detta samtal rekommenderas en närstående att delta. Efter återkopplingsamtalet följer tre MI-samtal. Totalt handlar det om fem sessioner á 30-45 minuter per session vilket innebär att MET är en mycket tidseffektiv behandling. Målet är att behandlingens fem samtal skall vara avklarade inom tre månader.

I flera studier har MET varit minst lika effektiv som mer omfattande insatser med KBT eller 12-steg. I Projekt Match-studien 1997 visas detta på ett tydligt sätt, vidare har deltagarna 20-30% helnyktra dagar innan behandlingen i studien. Vid uppföljning 12 månader efter studien har denna siffra ökat till 75-90% helnyktra dagar varför det är lätt att förstå varför metoden rekommenderas av Socialstyrelsen.

– Tolvstegsbehandling

En metod som utvecklats av organisationen Anonyma Alkoholister (AA) och i Sverige ofta benämns Minnesotamodellen utifrån sitt ursprung.

Här utgår man från att hela livssituationen måste genomgå en förändring för att uppnå varaktig remission i den kroniska sjukdomen alkoholism.

Det finns ett religiöst eller spirituellt inslag med en tro på en högre makt som skall stödja i nykterheten. Man betonar att stegen inte behöver ha en religiös koppling utan varje individ är fri att skapa sitt eget gudsbegrepp. Gud kan översättas till det Goda som man vill ta fram hos sig själv. Behandlingen är långvarig och utgår från tolv steg i processen till remission eller symtomfrihet i sjukdomen.

En primärbehandling på heltid under 4-6 veckor övergår sedan i eftervård en gång per vecka under elva månader, anhöriga inbjuds att delta i delar av behandlingen.

Behandlingen kan ske i öppenvård eller på behandlingshem och förutsätter besök på AA-möten som sedan skall fortgå efter avslutad behandling.

– CRA, community reinforcement approach

Här är behandlingen inriktad på att förändra samspelet mellan patienten och omgivningen så att drogfriheten belönas eller förstärks.

Anhöriga, arbetskamrater eller andra personer i nätverket kan engageras.

Efter kartläggning och en funktionell analys kommer man fram till färdighetsträning som är individuellt anpassad till varje enskild patient.

Kommunikationsträning, problemlösning och "tacka nej träning" är tydliga inslag, vidare är nykterhetsprövning under en period angelägen oavsett om helnykterhet är ett slutmål. Antabusbehandling uppmuntras under denna inledande period.

Man kan arbeta med tydliga belöningar vid drogfria val eller uteblivna sådana vid dysfunktionellt beteende. Denna behandling är särskild lämpad för patienter med svårt beroende och social utslagning.

– Acceptance and Commitment Therapy, ACT

Denna metod använder sig av mindfulness-tekniker och kognitiv beteendeterapi för att främst skapa större flexibilitet för påfrestningar. Man skall acceptera och inta en icke-värderande attityd gentemot oönskade tankar och tillhörande känslor i stället för att försöka tränga undan dessa. Detta tar annars massor med energi i anspråk.

Man arbetar med att tydliggöra värderingar i livet och vad som kan förändras i beteendet för att motverka beroendet.

Man skall kartlägga och göra angelägna saker som gör det möjligt att distrahera sig från negativa känslor.

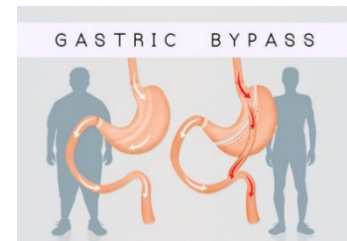
Överviktskirurgi och alkoholöverkonsumtion

Bariatrisk kirurgi innebär operation för att behandla sjuklig övervikt. Den som arbetar med beroendemedicin vet sedan länge att patienter som opererats för fetma inte är ovanliga på en mottagning som arbetar med alkoholproblematik.

Men vad säger forskningen på området?

En vanlig förklaringsmodell är *addiction transfer* som helt enkelt handlar om att en patient byter från mat till alkohol vad gäller överkonsumtionen, men stämmer denna?

Flera studier visar att överviktiga som vill genomgå obesitaskirurgi har en klart ökad livstidsrisk för riskbruk och beroende av alkohol innan operation, dock är det få patienter som uppvisar pågående hög konsumtion av alkohol inför operationen. Inför denna åtgärd uppfattas patienterna motiverade och har tagit tag i livsstilsfaktorer som alkohol, fysisk aktivitet och rökning för att komma ifråga för operation.



En svensk studie som publicerades i JAMA Surgery 2013 visar en intressant skillnad i utvecklingen av alkoholkonsumtion efter operation beroende på vilken metod som använts. Studien omfattade alla patienter som genomgick överviktskirurgi i Sverige mellan 1980 och 2006. Dessa drygt 12000 personer jämfördes med 120000 kontrollpersoner ur normalbefolkningen.

Drygt hälften av patienterna hade fått restriktiv kirurgi där magsäcken snörs åt med ett band, resterande hade genomgått gastric bypass som innebär att man kopplar bort magsäck och tolvfingertarm och låter maten passera direkt ner i tunntarm.

På senare år är det denna metod med gastric bypass som dominerar som val av metod.

Patienterna följdes under knappt 9 år efter ingreppet. Man konstaterar att det var vanligare att ha vårdats på sjukhus för en alkoholrelaterad diagnos bland de som skulle opereras jämfört med normalbefolkningen, vidare var den förhöjda risken lika stor oavsett val av operationsmetod.

Efter operation var risken vad gäller slutenvård för alkoholrelaterad diagnos dubbelt så hög i gruppen som erhållit gastric bypass jämfört med dem som genomgått restriktiv kirurgi.

Således ökar gastric bypass-operationer risken för alkoholbruksyndrom, en tänkbar mekanism är att kroppen tar upp alkohol snabbare då den passerar direkt till tunntarm utan att passera magsäck och den nedbrytning som normalt påbörjas där uteblir.

En reducerad kroppsvikt minskar också etanolens distributionsvolym med generellt större effekter på kroppen av alkoholintag efter operation.

Då de som genomgått restriktiv kirurgi inte uppvisar detta mönster av ökad risk för alkoholrelaterade inläggningar verkar teorin om addiction transfer osannolik, orsaken verkar således vara mer fysiologisk.

Överviktskirurgi är den effektivaste metoden för stabil viktreduktion och fördelarna med minskad risk för diabetes och ökad livslängd överväger riskerna för alkoholrelaterade problem. Slutsatsen blir dock att vi måste kartlägga patienternas relation till alkohol innan operation och självklart också följa upp utvecklingen efter för att snabbt kunna erbjuda insatser om behov uppstår.

Vill du läsa mer om den svenska undersökningen hittar du denna under referenser.

Alkohol och graviditet

Etanol är som du redan vet en liten molekyl och som därför snabbt passerar över moderkakan och ger samma blodkoncentration hos mor och foster, molekylerna är vidare mycket missbildningsframkallande via olika mekanismer och centrala nervsystemet är särskilt känsligt.

Studier visar att skador kan uppträda hos foster även mycket tidigt i graviditet, redan långt innan man är medveten om denna. Det är ju här som alla organ inklusive det centrala nervsystemet anläggs. Någon nedre ofarlig konsumtionsgräns går inte att identifiera, i vissa studier ses skador hos barn även där mödrarna druckit långt under nivån för riskbruk som för kvinnor anges till 9 standardglas eller mer per vecka.



Total avhållsamhet är det enda rimliga rådet till gravida och självklart att man medvetandegör alkoholens skadliga effekter för fertila kvinnor så att perioder av högkonsumtion undviks om man planerar att bli gravid.

Skadorna som kan uppträda hos barnet är allt från diskreta begränsningar i inlärning och exekutiva funktioner till fullt utvecklat fetalt alkoholsyndrom, FAS.

Vid FAS ses speciella särdrag i ansiktet som epikanusveck, platt näsrygg, tunn överläpp, liten underkäke och utslätad överläppsfåra.

Vidare noteras kortvuxenhet och neurologisk utvecklingsstörning med motoriska och intellektuella yttringar.

Majoriteten av alkoholskador på barn utgörs av mer diskreta och svårupptäckta tillstånd som kan inbegripas i begreppet fetal alcohol spectrum disorders, FASD.

Här hittar vi påverkan på arbetsminne och problemlösningsförmåga, vidare ses ofta rastlöshet och uppmärksamhetsstörning. Dessa yttringar kommer självklart att få konsekvenser för skolgång och sekundära konsekvenser som psykisk ohälsa och pålagrat substansbruksyndrom kan uppstå. Du har säkert redan funderat på om den ökande problematiken med ADHD i samhället har något samband med FASD. Jag har inget tydligt svar på detta men FASD uppfattas förekomma hos 2-5 % av svenska barn.

I en studie gjord av barnmorskan Mona Göransson år 1999 uppgav hela 30 % av kvinnorna att de druckit alkohol under graviditeten, en andel som glädjande verkar minska i uppföljningar som Statens Folkhälsoinstitut genomfört.

I en annan svensk studie utförd av Åsa Magnusson och medarbetare framkommer en oväntat hög prevalens av alkoholkonsumtion hos gravida kvinnor.

Inte mindre än 15 % av kvinnorna hade en riskfylld alkoholkonsumtion under tidig graviditet samtidigt som den vanliga mödravårdens metoder inte lyckas identifiera dessa riskkonsumenter. Laboratoriemarkörer utgör inget stöd i screeningen då samtliga deltagare i studien hade normala värden, vidare missade AUDIT många med riskbruk. Däremot är det med en bra alkoholanamnes där TLFB används som gravida med riskbruk hittas. Alkoholmarkörer som användes var GT och CDT, det skulle förstås vara intressant att se en studie i framtiden som använder PEth som markör.

Riskbruksprojektet som påbörjades i Sverige 2004 innebär att barnmorskan på ett extra tidigt besök informerar den gravida om alkohol. Besöket sker så snart graviditeten är känd och inte som tidigare i vecka 10 då den första känsliga trimestern nästan hunnit passera förbi.

Den debatt som dyker upp i massmedia av och till om vilka mängder man kan dricka som gravid är beklämmande utifrån de kunskaper som finns där det enda säkra är att helt avstå alkohol i samband med graviditet. En professor i histologi vid Uppsala universitet som också forskat ingående om alkoholskador hos foster är Ulf Eriksson.

Han beskriver rättframt sin syn på ämnet i en artikel från 2010 i tidskriften Forskning och Framsteg. I en drastisk jämförelse beskriver han att alkohol utgör samma hot mot spädbarnets hjärna som att tappa det med huvudet före i ett betonggolvsfall. Barnet kanske klarar sig utan bestående men om det sker från några decimeters höjd, medan skadorna från ett enmetersfall kan bli bestående. Ett fall på huvudet från två meters höjd är dödande.

- Så hur mycket ska man unna sig, en decimeter kanske? Eller rentav två om det är ett festligt tillfälle?

Han förstår inte hur man ens kan ställa sig den frågan och jag kan bara instämma helt.

När det gäller amning och alkohol är det inte möjligt att se något samband mellan alkohol i bröstmjolk och negativa effekter på barnet, utspädningseffekten gör att mycket låg koncentration av etanol återfinns i bröstmjölken även vid hög konsumtion hos modern.

Däremot är det väl uppenbart att det kan vara olämpligt att berusa sig som förälder då man har ett ansvar för sitt barn, det gäller förstås alla vårdnadshavare.

Samsjuklighet

– Förekomst

Av de patienter som primärt söker beroendevård har en tredjedel samtidigt ett ångestsyndrom och närmare hälften uppfyller kriterierna för egentlig depression. Det omvända gäller förstås också. Av de som primärt söker psykiatrin för ångest eller depression bedöms tjugo procent uppfylla kriterierna för ett beroendesyndrom.

– Diagnostik, upptäckt

Av ovanstående följer att vi måste fråga aktivt efter samsjuklighet när vi träffar patienter i olika verksamhet

Beroendepatienter skall självklart screenas för psykiatriska tillstånd och patienter som söker psykiatrin skall rimligtvis screenas avseende beroendetillstånd och erbjudas provtagning som en del av utredningen.

Vi vet idag att patientens alkoholbruk påverkar det psykiska måendet med ångest och nedstämdhet som följd och för att göra en tillförlitlig bedömning av den psykiska ohälsan bör patienten vara drog- och alkoholfri under fyra veckor.

Självklart skall man göra en suicidriskbedömning initialt men diagnostik med förslagsvis MINI och SCID bör avvaktas tills nykterheten varit stabil under en månad. För att hitta beroendeproblematik hos dem som söker psykiatri är det rimligt att inkludera en screening med AUDIT och även ett Fosfatidyletanol.

Om ovanstående erbjuds samtliga patienter som en rutin finns förutsättningarna att verkligen fånga en problematik som kan ha utlöst den psykiska ohälsan eller fortsätter att underhålla densamma.

– **Behandling**

Det finns ingen specifik medicinsk eller psykologisk behandling för samsjukligheten, det handlar helt enkelt om att behandla både beroendet och den psykiatriska diagnosen parallellt. Om omhändertagandet kan ske på samma mottagning är detta en stor fördel då patienten annars riskerar att hamna mellan stolarna och följsamheten kring given behandling kan svikta.

Dubbeldiagnosteam är ett sätt att fokusera på de svårast sjuka patienterna där samtidig psykossjukdom och alkoholbruk kan vara en utmaning. Nära samarbete med vårdgrannar avseende boende, försörjning och sysselsättning är angeläget.

Kom ihåg att fråga patienten om han eller hon har råd att komma på återbesök och att hämta ut sin medicin, min erfarenhet är att patienten inte vågar berätta om detta spontant. Kontakt med socialtjänstens enhet för försörjningsstöd kan vara aktuellt.

– **Somatisk samsjuklighet**

Som du redan förstått är alkohol som "den andre store imitatören" i högsta grad inblandad i somatisk ohälsa och riskbruk bör självklart efterfrågas som rutin vid besök i primärvård och annan somatisk vård.

Återigen är AUDIT och Fosfatidyletanol något som kan vara aktuellt för en screening.

Alkohol och cancer

Vi vet idag att alkohol orsakar cancer. Många studier har visat på detta samband och WHO klassar alkohol som en av de främsta cancerframkallande substanserna vi exponerar oss för tillsammans med ämnen som tobak och sot.

Sambandet mellan alkohol och cancer är starkast när det gäller tumörer som utgår från slemhinnor från munhåla till ändtarm. Det handlar helt enkelt om vävnad som i hög grad exponeras för alkohol eller dess nedbrytningsprodukt acetaldehyd som i sig är ett kraftfullt carcinogen.

Acetaldehyd kan bildas redan i munhålan av bakterier som börjar bryta ned alkohol, den stora produktionen av acetaldehyd kommer dock att ske vid nedbrytningen i levern. Acetaldehyd kommer att orsaka mutationer i cellers DNA som utgör ett steg i utvecklingen av tumörer.

Vidare kommer alkoholkonsumtion försämra vårt immunförsvar som förutom att försvara oss mot infektioner skall känna igen muterade celler och avliva dessa innan cancer kan utvecklas.

Alkohol

Vi vet också att alkohol ökar känsligheten för östrogen i bröstvävnaden hos kvinnor vilket då ger ökad risk för utveckling av cancer.

Således ser vi cancerutveckling i munhåla, svalg, struphuvud, matstrupe, magsäck, lever, tjocktarm och ändtarm.

När det gäller bröstcancer hos kvinnor så orsakas mer än 10 % av alla dödsfall av alkohol. För hela befolkningen utgör tjock- och ändtarmscancer de största alkoholorsakade cancerformerna.

En viktig observation är att en tredjedel av ovanstående alkoholrelaterade cancerfall orsakas redan av måttligt till lågt alkoholbruk.

Alkohol och ungdom

Varför ska inte ungdomar dricka alkohol?

Det handlar faktiskt inte bara om moral utan det finns uppenbara medicinska skäl till att undvika alkohol för den mognande hjärnan. Vidare finns det självklart aspekter som erfarenhet och sociala färdigheter. Min genomgång nedan kanske kan ge dig lite stöd om du hamnar i diskussion med en artonåring, eller ännu yngre, som inte kan vänta med sin alkoholdebut.



Innan du ger den unge en föreläsning om hur man skall förhålla sig till alkohol bör du dock komma ihåg att ungdomar inte gör som vi säger... utan snarare gör det vi vuxna gör...

- Medicinska aspekter

Vi vet att människans hjärna genomgår en utveckling via avancerade processer fram till mognad vid ungefär 25 års ålder.

Således är hjärnan under denna tid särskilt känslig för yttre påverkan där alkoholexponering utgör en uppenbar stress, det finns mycket forskning som visar just detta.

Den amerikanska forskaren Susan F. Tapert har tillsammans med medarbetare sammanställt flera studier under 1990- och 2000-talet som avhandlar alkoholens effekter på den mognande hjärnan under tonår och som ung vuxen.

En studie noterade vid hjärnavbildning av tonåringar med "binge-drinking" och kontroller som inte drack alkohol att förändringar kunde ses i den vita substansen hos alkoholkonsumenterna. Inga förändringar sågs hos kontrollerna.

Dryckesmönstret (binge-drinking) innebar intag av mer än 4-5 standardglas vid varje tillfälle en till två gånger i månaden, ett mönster som återfinns hos många svenska ungdomar och unga studenter.

Kliniskt kunde man notera dålig uppmärksamhet och uthållighet hos pojkar och sämre spatial förmåga hos flickor.

Andra studier har visat att området Hippocampus i hjärnan som har med inprägling och minne att göra kan minska i volym. Kliniskt yttrade detta sig som sämre arbetsminne, uppmärksamhetsstörning och dåliga exekutiva funktioner.

En forskare sammanfattar de resultat man noterat på ett bra sätt;

- *Young people can help maximize their neurocognitive potential by refraining from heavy drinking.*
- **Sociala färdigheter och erfarenhet**

Ungdomar har en sämre frontal förmåga, att på förhand inse konsekvenserna av sitt handlande och agera därefter, dessutom saknar man erfarenheten av alkoholens effekter på hjärnan. Till detta skall läggas nyfikenhet, gruppträck och traditioner. När det gäller studenttraditioner finns tyvärr många nollningsritualer kvar inom universitetsvärlden där alkohol i stora mängder förväntas konsumeras.

Utifrån ovanstående resonemang borde väl åldersgränsen för alkoholförsäljning ligga närmare 25. Undrar vilket parti som skulle våga gå till val med detta löfte?

Patologiskt rus

- **Alkoholbetingat psykotiskt syndrom**

De flesta har nog hört talats om begreppet patologiskt rus men finns detta tillstånd egentligen?

Sedan svensk rättspsykiatri införde DSM-IV som diagnosystem har begreppet försvunnit som medicinsk diagnos och ersatts med benämningen alkoholbetingat psykotiskt syndrom. Denna diagnos återfinns också i DSM-V.

I den tidigare diagnosen patologiskt rus ingick att en psykos utvecklas snabbt efter redan litet eller måttligt intag av alkohol av starksprit.

Individen betar sig på ett jagfrämmande och ofta aggressivt sätt utan att uppfattas påverkad, tillståndet kan ha varat under någon minut upp till en kvart för att sedan följas av djup sömn.

I regel har individen en minneslucka för denna episod, omgivningen har ofta inte noterat någon alkoholkonsumtion.

Det finns uppenbara brister i forskningen kring detta tillstånd vilket bidragit till att vi idag ifrågasätter om diagnosen verkligen existerar.

Tillståndet torde vara mycket ovanligt om det förekommer.

De flesta situationer som först ter sig vara ett patologiskt rus kommer att visa på en mer komplicerad bild med högre konsumtion än vad som först angivits och kanske en blandintoxikation med andra droger.

Om frågeställningen dyker upp bör provtagning avseende droger genast göras och då inte minst med internetdroger ingående i screeningen, vidare bör man kontrollera Fosfatidyletanol för att få en bild av konsumtionen perioden innan det patologiska ruset. En period av stress, infektionssjukdom eller psykisk påfrestning har i regel föregått händelsen.

I juridiken lever begreppet kvar som *Alkoholbetingat psykotiskt syndrom* och enligt svensk och europeisk rätt betraktas tillståndet som en allvarlig psykisk störning.

Du tänker nog nu att man väl inte kan dömas till fängelse om man gjort något under inflytande av allvarlig psykisk störning. Det innebär ju att man skulle dömas till vård i dessa fall eller gå helt fri eftersom den allvarliga psykiska störningen i form av det patologiska ruset passerat. I brottsbalken står det att rätten ändå får döma till fängelse om det finns synnerliga skäl. Ett sådant skäl anses vara om den tilltalade själv vållat sitt tillstånd genom rus eller på annat sätt.

I praktiken innebär detta att en person måste bevisa att hen fått i sig alkohol utan att själv vara medveten om detta, det blir inte helt lätt att övertyga rätten om detta. Om reaktionen är känd sedan tidigare för gärningsmannen men hen ändå konsumerat alkohol vid händelsen kommer rätten sannolikt döma till fängelse som påföljd.

Vill du fördjupa dig ytterligare finns en referens till ett examensarbete på Juridiska fakulteten vid Lunds Universitet i slutet på denna handbok.

När det gäller blackouts eller minnesluckor för det man gör i alkoholpåverkat tillstånd står detta oftast för en toleransutveckling av etanolens narkotiska effekt. Detta innebär enkelt uttryckt att man fortfarande är vaken och säger tokiga saker när den ovane för länge sedan skulle ha somnat...

Alkohol och våld

Att alkohol är kopplat till våld och kriminalitet är väl känt. I många internationella studier ser man att 80 % av de som döms för mord eller dråp var berusade vid tillfället för brottet, vidare har hälften av dem som fallit offer för en påverkad gärningsman själva varit berusade.

Upprepade studier i laboratoriemiljö har visat att alkohol ökar aggressiviteten endast när den berusade blir provocerad. I de flesta studier har alkoholnivåerna legat på 1,0 promille. Hot tenderar att öka aggressiviteten avsevärt mer hos berusade än hos nyktra, den påverkade kommer också att överdriva upplevelsen av hot. Om ett likvärdigt icke aggressivt alternativ fanns tillgängligt framkom inga skillnader mellan nyktra och berusade.

Om du är intresserad av hur dessa experiment har varit designade och hur man mäter aggressivitet i en laboratoriesituation kan du googla på Buss aggressivitetmaskin.

Myter, promille och lite matematik

Låt oss gå vidare i vår kunskapsstörst om alkohol med lite fakta och myter om promille, nedbrytningshastighet och hur man uppträder vid olika berusningsgrad samt hur man räknar om millimol per liter (mmol/L) till promille utifrån blodprov.

Av alla dessa sidor om alkohol så är det nog med den här kunskapen du kan briljera och väcka intresse vid middagsbjudningar och andra sociala sammankomster...

1 promille motsvarar 26.6 mmol/L etanol i blodet.

Promille(‰) = uppmätt mmol/L etanol i plasma eller serum x 0,03764.

Promillehalten kommer att avgöras av kroppsstorlek, kön och samtidigt intag av mat.

Alkohol

En man med normal kropps-konstitution som dricker 4 burkar starköl (33 cl, 5,2 vol%) eller 5 glas vin (12 cl, 12 vol%) kommer att nå upp till ungefär 1 promille.

En motsvarande kvinna kommer nå 1 promille när hon druckit 3 burkar starköl eller 4 glas vin.

De enzym som bryter ned etanol i kroppen mättas snabbt varför nedbrytningen kommer att ske med en konstant hastighet utifrån individens egen kapacitet.

I snitt anges denna nedbrytning till 2 cl starksprit (40 vol%) per timme, ett drygt standardglas (liten burk vanlig starköl) på två timmar eller 0,15-0,20 promille per timme. Observera att detta är mycket ungefärliga siffror med stor individuell variation.

Hur räknar man ut mängden alkohol man druckit i gram?

Vol% x volym i ml x 0,79 = antal gram alkohol

Ett standardglas innehåller 12 gram alkohol

Att dricka becksvarvt kaffe eller bada bastu kommer inte att påverka tillnyktring eller nedbrytningstakt.

Det enda sättet att påverka berusningen är att äta mat strax innan eller vid alkoholintag vilket gör att du undviker en alltför hög promille och att kvällen inte havererar fullständigt, fet sås som bearnaise är i detta sammanhang att föredra framför sallad...

Att blanda drinkar med energidryck är vansinnigt då promillehalten snabbt stegras utifrån mycket snabbt upptag av alkohol tillsammans med sockret med risk för grumlat omdöme och alkoholintoxikation och medvetslöshet som följd.

Hur du uppträder vid olika promillehalter om du mot all förmodan dricker alkohol ser du nedan, har du svårt att läsa texten är det helt enkelt dags att skaffa läsglasögon...

Dessa siffror gäller en genomsnittlig person vad gäller kroppsstorlek och alkoholvanor.

0,2 promille *GRÄNSEN FÖR RATTFYLLERI*

De första alkoholeffekterna märks, lätt värmekänsla. Märkbar hämningslösande effekt, lättare att prata. Försämrade förmåga att känna lukt, smak och smärta. Sämre reaktionsförmåga, begriper i regel att det är olämpligt att sätta sig bakom ratten

0,3 promille

Avslappning. Brist på koncentration och försämrad förmåga att klara av fina manövrar och små riktningssändringar.

0,4 promille

Försämrad bedömning av perifera synfältet. Trafikljus noteras ej. Dålig avståndsbedömning. Försämrad iakttagelseförmåga.

0,5 promille

Minskad precision i rörelser. Upprymdhet. Värmekänsla. Psykiska spänningstillstånd släpper. Tydlig kognitiv påverkan vad gäller informationsinhämtning och uppmärksamhet

0,8 promille

Överdrivna rörelser. Högljudhet. Känslouttryck. Tydlig alkoholdoft i utandningsluften.

1,0 promille *GRÄNSEN FÖR GROVT RATTFYLLERI*

Lätt sluddrighet. Klart förlängd reaktionstid. Försämrad muskelkontroll. Svårt att gå stadigt. Svårt att kontrollera känslor, lägger armen om bordsgrannen på festen och förklarar att han älskar henne eller honom...

1,2 promille

Sluddrar. Svårigheter att gå och stå. Lång reaktionstid.

1,5 promille

Packad, raglar och ramlar omkull. Sluddrar och risk för aggressionsutbrott. Illamående inte ovanligt.

2,0 promille

Står ej utan stöd, kräks. Dubbelseende.

3,0 promille

Uppfattar inte vad som händer och sker. Sover djupt, gränsar till medvetslöshet.

4,0 promille

Akut (dödande) alkoholförgiftning utifrån medvetslöshet och påverkad andning.

Sjukskrivning vid skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende, F10

Som hjälp vid bedömning av sjukskrivning för denna diagnos finns ett Försäkringsmedicinskt beslutsstöd som du återfinner på Socialstyrelsens hemsida. Att vara påverkad av alkohol innebär att arbetsförmågan är nedsatt men är självklart inte skäl för sjukskrivning. Däremot kan följderna av alkoholbruksyndrom motivera sjukskrivning om noggrann diagnostik och vårdplanering kommer till stånd.

Sjukskrivningen kan vara en del av behandlingen men förutsätter krav på alkoholfrihet och deltagande i medicinsk- och beteendeförändrande behandling. Intyget som skrivs av behandlande läkare måste på ett detaljerat sätt beskriva funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen, vidare skall en kortfattat plan för rehabilitering finnas med.

Tveka inte att kryssa i rutan på sjukintyget om avstämningsmöte när sjukskrivningen behöver förlängas utöver tre månader, det är då angeläget att göra en inventering tillsammans med försäkringskassan om vilka insatser som krävs för arbetsåtergång.

Funktionsnedsättning

Efter långvarig hög alkoholkonsumtion kan kognitiv funktionsnedsättning, ångest, nedstämdhet och sömnstörning dröja sig kvar under veckor upp till tre månader efter att nykterhet inträtt. På sikt kan kroppsliga skador som leversvikt och kroniskt nedsatt kognitiv förmåga innebära arbetshinder som motiverar sjukskrivning.

Aktivitetsbegränsning

Begränsningen vad gäller aktivitet kan handla om svårigheter med uppmärksamhet och uthållighet. Svåra koncentrationssvårigheter kan begränsa förmågan att lära nytt och förstå instruktioner. Exekutiva funktioner som att påbörja, genomföra och avsluta en uppgift kan utgöra ett arbetshinder. Ett långvarigt alkoholbruksyndrom kan leda fram till fysiska arbetshinder som nedsatt finmotorik och gångsvårigheter.

Hur länge skall patienten sjukskrivas?

Vid lindrigt till medelsvårt alkoholbruksyndrom som oftast sköts med poliklinisk kontakt kan sjukskrivning 2 veckor på heltid eller partiellt vara motiverat.

En patient som har ett så svårt beroendetillstånd eller skadligt bruk att det kräver slutenvård kan självklart sjukskrivas under ineliggande vård. När det gäller öppenvård kan abstinens, uppkomna komplikationer, samsjuklighet och pågående behandling motivera sjukskrivning på deltid eller heltid upp till 3 månader.

Längre sjukskrivning än 3 månader bör motiveras med samsjuklighet, om det handlar om behandling på heltid skall förebyggande sjukskrivning användas.

Vid kroniska alkoholskador med samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser prövats utan effekt kan arbetsförmågan bedömas som permanent nedsatt.

Här är det angeläget att man genom samordnad individuell planering, SIP, med samtliga aktuella vårdgrannar kommit fram till att inga insatser för rehabilitering till arbetsmarknad kvarstår. Blir detta resultatet är det angeläget att slussa patienten till någon form av sysselsättning för att minska risken för social isolering.

Förebyggande sjukskrivning

Denna skrivs på särskild blankett och kan vara aktuell om patientens deltagande i behandling hindrar närvaro på arbetsplatsen. Behandlingen, som skall vara evidensbaserad, kan utgöras av behandlingshem eller intensiv öppenvårdsbehandling. Förebyggande sjukskrivning kan vara på heltid eller deltid beroende på hur mycket tid behandlingen tar i anspråk.

Min personliga uppfattning är att vi inom Beroendemedicin så långt det är möjligt skall eftersträva att sjukskrivningar sker med förebyggande intyg där behandlingen och dess uppföljning kortfattat kan redovisas.

Referenser, läsa vidare

The ASAM Principles of Addiction Medicine: *Fifth Edition 2014*.
Red. Richard K. Ries

The ASAM Handbook of Addiction Medicine, 2015.
Red. Darius Rastegar, Michael Fingerhood

Beroendemedicin, *Studentlitteratur. Reviderad 2015. Red Johan Franck & Ingrid Nylander.*

Alkoholberoende – diagnos, komplikationer och behandling, *Liber 2011*.
Bengt Sternebring.

Alkohol – en fråga för oss i vården, *Studentlitteratur 2015. Sven Wåhlin.*

The thirteenth step: Addiction in the age of brain science, *Columbia University Press 2015*. Markus Heilig.

Beroendetillstånd, *Studentlitteratur 2011*. Markus Heilig.

Full av skuld? En studie av patologiska rus betydelse i svensk rätt.
Kristian Gustafsson, *Juridiska fakulteten vid Lunds Universitet 2013*.

Alcohol and the Adolescent brain – Human studies
Susan F. Tapert et al, publicerat av NIAAA

Teen drinking may cause irreversible brain damage.
Susan F. Tapert et al 2009, publicerat i *Psychology of Addictive Behavior*

Läkemedelsboken 2014, *Läkemedelsboken.se, Läkemedelsverket. Red Helena Ramström.*

OM alkohol, *ICA bokförlag 2005. Ola Lauritzson, medförfattare med dr Olle Haglund*

Återfallsprevention, *Studentlitteratur 2002. Lars Saxon & Peter Wirbing.*

Missbruket, kunskapen, vården, *Missbruksutredningens forskningsbilaga Statens offentliga utredningar, SOU 2011:6*

Illustrationer: Fotolia By Adobe

CIWA-Ar, förklaring till bilaga 1

En beskrivning och manual för denna skattningsskala hittar du på sidan 20. Bilagt i denna handbok med benäget tillstånd av Docent Claes Hollstedt.

AUDIT, förklaring till bilaga 2

Alcohol Use Disorders Identification Test, är ett screeninginstrument som används globalt för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor.

Formuläret omfattar 10 frågor där fråga 1-8 poängsätts med 0,1,2,3 eller 4. Fråga 9 och 10 poängsätts med 0,2 eller 4. Frågornas totalpoäng summeras.

Om totalpoäng är 8 eller mer hos man och 6 poäng eller mer hos kvinna är risken för riskabel konsumtion stor men ett beroende eller missbruk behöver inte föreligga.

En första insats inom primärvården är rimlig och angelägen.

Om poängen överstiger 16 hos män och 14 hos kvinnor föreligger sannolikt alkoholrelaterad diagnos och vid poäng över 20 för män och över 18 för kvinnor är konsumtionen mycket problematisk och specialiserad beroendevård skall efterfrågas

Bilaga 1, klinisk handbok Alkohol

CIWA-Ar, skattningsblad för bedömning av alkoholabstinens *Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol revised*

1. Illamående och kräkningar

- *Är du illamående? Har du kräks?*

- 0 - ej illamående eller kräkning
- 1 - lätt illamående
- 2
- 3
- 4 - måttligt illamående, med kväljning
- 5
- 6
- 7 - konstant illamående, kväljningar/kräkningar

2. Tremor

- *Utsträckta armar och särade fingrar*

- 0 - ingen tremor
- 1
- 2
- 3
- 4 - måttlig tremor med utsträckta armar
- 5
- 6
- 7 - kraftig tremor trots stöd för armarna

3. Svette

- 0 - ingen svettning
- 1 - fuktiga handflator
- 2
- 3
- 4 - synliga svett droppar på pannan
- 5
- 6
- 7 - kroppen blöt av svett

4. Ängest

- *Känner du dig orolig?*

- 0 - ingen ängest, lugn
- 1 - mycket lätt ängest
- 2
- 3
- 4 - måttlig ängest eller spänd
- 5
- 6
- 7 - panikkänsla, mycket stark ängest

5. Psykomotorisk oro

- 0 - normal aktivitet
- 1 - något förhöjd aktivitet
- 2
- 3
- 4 - måttligt orolig och rastlös
- 5
- 6
- 7 - kan inte sitta eller ligga still alls

6. Taktila förändringar

- *Känner du någon klåda eller brännande känsla?*

- *Känns det som smådjur på eller under huden?*

- 0 - inga taktila förändringar
- 1 - antydde taktila förändringar
- 2 - lätta taktila förändringar
- 3 - kraftiga taktila förändringar
- 4 - måttliga taktila hallucinationer
- 5 - kraftiga taktila hallucinationer
- 6 - mycket kraftiga taktila hallucinationer
- 7 - ständiga taktila hallucinationer

Namn:

Pnr:

Poäng: (max 67 poäng)

7. Hörsel förändringar

- *Är dina hörseltryck förstärkta ell skrämmande?*

- *Hör du något som oroar dig?*

- *Hör du saker som inte finns?*

- 0 - inga hörsel förändringar
- 1 - antytt förstärkta hörseltryck
- 2 - lätt förstärkta hörseltryck
- 3 - måttligt förstärkta hörseltryck
- 4 - lätta hörselhallucinationer
- 5 - kraftiga hörselhallucinationer
- 6 - mycket kraftiga hörselhallucinationer
- 7 - ständiga hörselhallucinationer

8. Syn förändringar

- *Känns ljusets styrka eller färg onormalt?*

- *Ser du någonting som oroar dig?*

- *Ser du saker som inte finns?*

- 0 - inga syn förändringar
- 1 - antydde syn förändringar
- 2 - lätta syn förändringar
- 3 - måttliga syn förändringar
- 4 - måttliga synhallucinationer
- 5 - kraftiga synhallucinationer
- 6 - mycket kraftiga synhallucinationer
- 7 - ständiga synhallucinationer

9. Huvudvärk

- *Har du huvudvärk?*

- *Känns det som ett band runt pannan?*

- 0 - ingen huvudvärk
- 1 - mycket lätt huvudvärk
- 2 - lätt huvudvärk
- 3 - måttlig huvudvärk
- 4 - kraftig huvudvärk
- 5 - kraftigare huvudvärk
- 6 - mycket kraftig huvudvärk
- 7 - extremt kraftig huvudvärk

10. Orientering

- *Vad är dagens datum?*

- *Var är vi? Vem är du?*

- 0 - normalt orienterad
- 1 - osäker beträffande datum
- 2 - desorienterad för datum med högst 2 dgr
- 3 - desorienterad för datum med mer än 2 dgr
- 4 - desorienterad för datum, plats och/eller person

Tolkning

Räkna ihop den totala poängen som bedömningen ger, om patienten haft abstinenskramp eller delirium vid tidigare abstinensepisoder skall du lägga till 5 poäng till ovanstående.

Kategori A, mindre än 15 poäng

- lindrig abstinens, öppenvård

Kategori B, mindre än 25 poäng

- måttlig abstinens, öppenvård om somatiskt frisk

Kategori C, mer än 25 poäng

- svår abstinens, i regel slutenvård

Översättning: C Hollstedt 1991






Justerad för Beroendemedicin UAS: T Eriksson 2004

Bilaga 2, klinisk handbok Alkohol

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?		1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebräelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>			Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>				
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>			Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>				

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

Alkohol