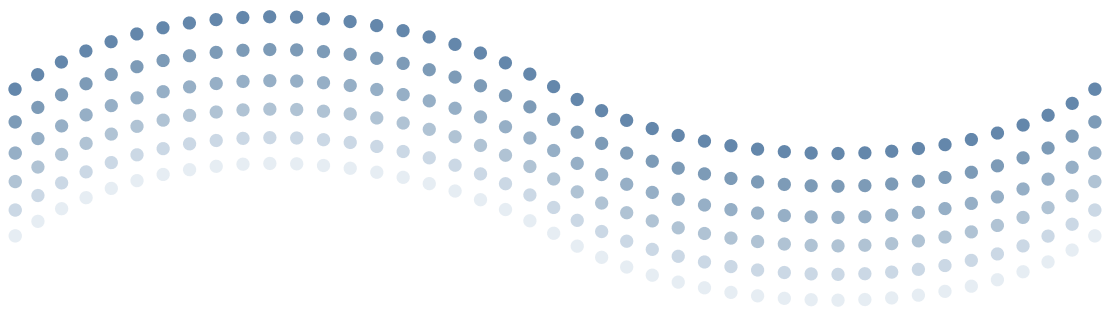


NOVEMBER 2012

Vårdprogram
**Behandling av
missbruk och beroende**

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen



LANDSTINGET BLEKINGE

Upplaga : 1a upplagan / 11-2012
Författare : Normunds Cirulis överläkare, Peter Valverius överläkare, med flera
Grafisk form : Text & Bild / www.text-o-bild.com

Sammanfattning av bakgrund och innehåll	7
1 Inledning	9
1.1 Bakgrund	9
1.2 Definitioner och diagnostik	10
1.2.1 Missbruk enligt DSM-IV	10
1.2.2 Beroende enligt DSM-IV	10
1.2.3 Intoxikation och abstinens	10
1.2.4 Substansspecifik kodning för abstinens och intoxication	11
Sammanfattning av diagnos enligt DSM-IV	11
1.2.5 Missbruk, beroende och aktivt substansbruk	11
1.2.6 Låg, måttlig eller riskfylld alkoholkonsumtion	12
1.3 Organisation av beroendevården – vem gör vad?	12
1.3.1 En översikt över uppdraget inom landstingets olika vårdgivare	12
1.3.2 Slutenvårdsbehandling inom Blekingepsykiatri	13
1.3.3 Beroendevård inom primärvården	13
2 Alkoholberoende	14
2.1 Bakgrund	14
2.2 Screening och tidig upptäckt	14
2.3 Behandling av alkoholabstinens	14
2.3.1 Kriterier för behandling av alkoholabstinens i slutenvård	15
Behandling av alkoholabstinens	15
2.3.2 Behandling av alkoholabstinens i öppenvård	18
2.3.3 Wernicke-Korsakoffs syndrom (WKS)	18
2.4 Återfallsförebyggande behandling	18
2.4.1 Behandling med naltrexon	18
2.4.2 Behandling med akamprosat	19
2.4.3 Behandling med disulfiram	19
2.5 Alkohol och graviditet	20
3 Opiatberoende	21
3.1 Bakgrund	21

3.2	Behandling av opiatabstinens	21
3.2.1	Inläggningskriterier	21
3.2.2	Abstinensbehandling i slutenvård	22
3.2.3	Opiatabstinens hos gravid patient	22
3.2.4	Naloxon vid andningsdepression är alltid intensivvårdskrävande	22
3.3	Underhållsbehandling vid opiatberoende	22
3.3.1	Förberedelser inför igångsättande av underhållsbehandling	22
3.3.2	Upprättande av en vårdplan	23
3.3.3	Insättning av buprenorfin	24
3.3.4	Insättning av metadon	25
3.3.5	Avslutande av underhållsbehandlingen	26
4	Läkemedelsberoende	27
4.1	Bakgrund	27
4.2	Handläggning: primärvård, allmänpsykiatri eller beroendeenheten?	27
4.3	Bensodiazepinberoende	27
4.4	Analgetikaberoende	28
4.4.1	Behandling av blandberoende	29
5	Behandling av övriga droger	30
5.1	Centralstimulantia	30
5.2	Cannabis	30
5.3	GHB, GBL och butandiol	31
6	Patienter med särskilda risker och behov	33
6.1	Kvinnor	33
6.1.1	Allmänt	33
6.1.2	Kvinnor i underhållsbehandling	33
6.1.3	Kvinnor med ansvar för minderåriga	33
6.2	Unga vuxna	33
6.3	Äldre och missbruk/beroende	34
6.4	Hemlösa	34
7	Psykiatrisk samsjuklighet och allmänna åtgärder	35
7.1	Behandling av psykiatrisk samsjuklighet	35
7.2	Utredning och behandling av funktionshinder med tidig debut	35

7.3	Allmänna åtgärder och tvångsåtgärder	35
8	Handläggning av körkortsintyg	37
9	Kvalitetsindikationer och kvalitetsarbete	38
9.1	Klienter i missbruksbehandling (KIM)	38
10	Kvalitetsindikatorer	38
11	Bilagor	
	Bilaga 1: CIWA-AR	41
	Bilaga 2: Rutiner för urinprovtagning	45
	a) på mottagning	
	b) vid inläggning	47
	Bilaga 3: Riktlinjer och rutiner för underhållsbehandling med buprenorfin och metadon vid Underhållsmottagningen i Karlskrona	49
	Bilaga 4: Vårdplan för läkemedelsassisterad underhållsbehandling	51
	Bilaga 5: Blankett: LVM läkarintyg	55
	Bilaga 6: Blankett: Läkares anmälan om medicinska olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation	57
	Bilaga 7: Blankett: Anmälan enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen	59

Sammanfattning av bakgrund och innehåll

Missbruk och beroende är ett folkhälsoproblem. Socialstyrelsen har utarbetat "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård" (2007-102-1) där det betonas att missbruk och beroendesjukvård förutsätter ett nära samarbete med vårdgrannar, kanske framför allt med kommunens socialtjänst. För att vård av patienter med missbruks- och beroendesjukdom ska fungera så krävs förutom att medicinsk vård ges även att psykosocialt omhändertagande fungerar, till exempel sådant som stabilt boende, ordnad ekonomi och strukturerad sysselsättning. Även återprofylaktisk samtalsbehandling är av stor vikt. En i övrigt mycket ambitiös satsning med enbart medicinsk behandling är i stort sett dömd att misslyckas om inte också den psykosociala delen av behandlingen fungerar. Den psykosociala delen av behandlingen är i första hand socialtjänstens ansvar.

Vården som beskrivs i detta vårdprogram utgår från de nationella riktlinjerna. Vården förutsätter att patienten är motiverad och är beredd att ta sitt ansvar för att vården ska kunna genomföras på planerat sätt. Vården förutsätter strikta rutiner och enhetligt förhållningssätt för att kunna lyckas. Grunden för sådana rutiner och förhållningssätt beskrivs i vårdprogrammet och i flera av bilagorna.

Vårdprogrammet innehåller nio avsnitt. Det inleds med en allmän bakgrund där diagnostik beskrivs och definitioner av missbruk och beroende förklaras. I detta avsnitt ges också en information om hur arbetet är fördelat mellan primärvården och vuxenpsykiatriens olika delar. I de följande fyra avsnitten beskrivs handläggning och vård av alkohol-, opiat- och läkemedels-beroende samt vård vid missbruk av cannabis, centralstimulantia och andra medel. Vidare diskuteras kort de särskilda behov och de särskilda risker som kvinnor, unga vuxna, äldre och hemlösa har. Behandling av samtidig psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder är en central betydelse i all modern beroendevård och principerna för detta diskuteras i **avsnitt 7**. En viktig del av arbetet vid alkoholmissbruk och -beroende rör körkortssintyg och detta behandlas specifikt i **avsnitt 8**. Flera bilagor bifogas som komplettering till själva vårdprogrammet.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

ALKOHOLBEROENDE FÅR GENOMGRIPANDE sociala och ekonomiska konsekvenser för individen själv och för närstående. Självmord, våld, rattfylleri, social utslagning och kriminella handlingar inträffar ofta i spåren av alkoholmissbruk. Skadeverkningar av alkohol på hjärnan och andra inre organ är väl dokumenterade. Narkotikamissbruk är ofta förenat med kriminalitet och socialt utanförskap och innebär förhöjd dödlighet.

Missbrukets sociala konsekvenser utgör en mycket stor kostnad för drabbade individer och samhället. Det har uppskattats att de samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol och narkotika utgör mellan 2–8% av BNP. Detta skulle för Sveriges del innebära mellan 30 – 120 miljarder per år.

Alkohol och narkotika kan orsaka ett kroppsligt och psykiskt beroende. Ökad tolerans gör att allt större doser krävs för att framkalla rus. Toleransutvecklingen beror på att nervsystemets funktion och kroppens ämnesomsättning anpassar sig till intaget. När användandet avbryts uppstår ett abstinens-tillstånd som kan vara mycket plågsamt och ibland direkt livshotande.

Läkemedelsberoende kan uppstå efter regelbundet intag av lugnande, sömngivande (bensodiazepiner) och smärtstillande medel (opiater/opioider). Vid förskrivning av dessa läkemedel på felaktig indikation, otillräcklig uppföljning av förskrivningen, bristande kontinuitet och samtidig långvarig förskrivning kan patienterna utveckla ett beroende. Abstinensreaktionen riskerar att bli feltolkad som recidiv av patientens oro och ångest och detta kan tas som intäkt för fortsatt medicinering.

Allt fler människor lider av långvarig smärta och användningen av opioider som smärtlindring har ökat. Missbruk och beroende av *kodein*, *tramadol*, *oxykodon* och *andra opiater/opioider* är väl belagt. De flesta av dessa patienter har initialt haft smärtproblematik och vid icke sakkunnig långvarig förskrivning kan patienter utveckla ett beroende, som är orsakat av vården och som därför kan vara svårt att upptäcka.

Viktiga framsteg har gjorts inom forskningen under de senaste 15 åren. Detta har lett till utveckling av effektivare läkemedel och psykoterapeutiska metoder som kan användas för att bryta pågående missbruk, behandla uppkommen abstinens, minska beroendets uttryck och minska risken för återfall. Modern beroendevård ser till hela personens problem. Behandling mot missbruket/-beroendet och psykisk sjukdom ska ske samtidigt. Utredning och diagnostisering av psykiska funktionshinder och personlighetsstörningar görs och utifrån individuellt utformade behandlingsplaner ges behandling. Utvecklat beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel är ett kroniskt sjukdomstillstånd som kräver mycket långvarig vård efter behandling av abstinenssyndrom för att förhindra återfall och för att patienternas funktionsförmåga (kognitivt, somatiskt och socialt) ska kunna återställas och behållas på en tillräckligt hög nivå. Forskning utgör idag grunden för att kunna ge evidensbaserad vård och i denna vård ingår såväl korrekt psykiatrisk utredning och diagnostik; återfallspreventiv läkemedelsbehandling och psykoterapeutiska och psykoedukativa insatser. Det finns även forskning som visar att vid tidig upptäckt är det i många fall tillräckligt med begränsade insatser för att nå bestående effekt. Förebyggande arbete är på sikt avgörande för att komma åt det annars alltmer ökande missbruket i samhället.

Missbruksvården i Sverige och med de nu gällande författningar förutsätter en nära samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Denna samverkan kräver tydlighet i fråga om mål och ansvarsområden. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är landstingets ansvar att ”medicinskt förebygga, utreda och behandla skador och sjukdomar” och att ”arbeta för att förebygga ohälsa”. Socialtjänsten skall enligt socialtjänstlagen (SOL) ”arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel” och ha ”huvudansvaret för stöd och rehabilitering av alkohol och drogmissbrukare”.

I detta vårdprogram beskrivs de delar av arbetet som bedrivs inom landstinget av psykiatri och primärvården. Vården förutsätter ett nära samarbete med socialtjänsten och detta kommer att lösas genom samverkan mellan Landstinget i Blekinge och socialtjänsten i de fem Blekingekommunerna.

1.2 Definitioner och diagnostik

DEN HUVUDSAKLIGA FORSKNING som bedrivs och som redovisas i SBU-rapporten utgår ifrån det amerikanska klassifikationssystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV 1994). I enlighet med detta klassifikationssystem skiljer man mellan *missbruk* och *beroende*. "Missbruk" diagnostiseras utifrån de sociala konsekvenser som användare av alkohol eller narkotika ger upphov till. "Beroende" diagnostiseras utifrån att individen förlorat kontrollen över intaget, att allt högre doser krävs för att uppnå rus (toleransutveckling), att abstinensbesvär uppstår om intaget avbryts och till mindre del av sociala konsekvenser. Behandling av "missbruk" hör därför huvudsakligen till socialtjänstens uppdrag. Behandling av "beroende" ingår i landstingets uppdrag.

1.2.1 Missbruk enligt DSM-IV

För att missbruk (maladaptivt substansbruk) ska föreligga enligt DSM-IV räcker det med att ett av följande fyra kriterier uppfylls under ett års tid och på ett sådant sätt att en klinisk signifikant funktionsnedsättning eller liknande uppkommit:

- 1 Upprepad användning av alkohol eller narkotika som har lett till att individen misslyckas med att fullgöra sin skyldighet på arbetet, i skolan eller i hemmet (till exempel upprepade frånvaro från skola eller arbete, vanskötsel av hem och/eller barn).
- 2 Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer där det medfört betydande risker för fysisk skada (till exempel vid bilkörning eller i arbetslivet).
- 3 Upprepade kontakter med rättsväsendet som följd av substansintaget.
- 4 Fortsatt substansbruk trots ständiga och återkommande problem av social eller medmänsklig natur (till exempel slagsmål, gräl, med partnern om följderna av berusningen).

1.2.2 Beroende enligt DSM-IV

Med beroende menas enligt DSM-IV att alkohol eller narkotika (eller annan använd substans) har fått en mycket större betydelse i individens liv än tidigare och lett till en klinisk signifikant funktionsnedsättning eller liknande, vilken tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolv månadsperiod (något sammanfattad):

- 1 Toleransutveckling (ökad mängd för samma rus eller minskat rus vid samma mängd).
- 2 Abstinens när bruket upphör eller bruk av substans för att minska abstinens.
- 3 Substansen intas i större mängd eller under längre tid än vad som avsågs.
- 4 Det finns en varaktig önskan om eller misslyckande försök att minska intaget.
- 5 Betydande del av tiden ägnas åt att skaffa och konsumera substans eller hämta sig från substansbrukets konsekvenser.
- 6 Viktiga sociala, yrkes- eller fritidsaktiviteter minskas på grund av substansbruket.
- 7 Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

1.2.3 Intoxikation och abstinens

Förutom beroende och missbruk diagnostiseras enligt DSM-IV också "intoxikation" och "abstinens". Med intoxikation menas ett reversibelt, substansspecifikt syndrom som utvecklas som följd av att substansen nyligen intagits. Det innebär signifikanta och maladaptiva förändringar av beteendet eller

psyke beroende på substansens effekt på centrala nervsystemet. Med abstinens menas ett substansspecifikt syndrom som utvecklas som en följd av att personen upphört med eller minskat ett långvarigt och intensivt bruk av substansen.

1.2.4 Substansspecifik kodning för abstinens och intoxication

I DSM-IV anges vilka specifika symtom som intoxication respektive abstinens ger för olika substanser (till exempel för alkohol- och opiatabstinens). Som exempel kan diagnosen alkoholabstinens ställas när personen har upphört med eller minskat ett långvarigt och intensivt alkoholbruk och minst 2 av följande symtom har utvecklats inom loppet av några timmar till några få dygn:

- 1 Autonom hyperaktivitet (till exempel svettning eller puls över 100).
- 2 Handtremor.
- 3 Sömnsvårigheter.
- 4 Illamående eller kräkningar.
- 5 Övergående taktila, visuella eller auditiva hallucinationer eller illusioner.
- 6 Psykomotorisk agitation.
- 7 Ängest.
- 8 Epilepsianfall av typ grand mal.

På motsvarande sätt ställs diagnosen **opiatabstinens** när personen har upphört eller minskat ett långvarigt och intensivt bruk av opiater och minst 3 av följande symtom har utvecklats inom loppet av ett par minuter till högst något dygn:

- 1 Dysforisk sinnesstämning.
- 2 Illamående eller kräkningar.
- 3 Muskelvärk.
- 4 Ökat tårflöde eller rinnande näsa.
- 5 Vidgade pupiller, gåshud eller svettning.
- 6 Diarré.
- 7 Gäspningar.
- 8 Feber.
- 9 Sömnsvårigheter.

På motsvarande sätt ska också abstinenssyndrom orsakade av bensodiazepiner, sömnmedel och cannabis diagnosticeras och kodalas – se DSM-IV.

Sammanfattning av diagnos enligt DSM-IV

Sammanfattningsvis och förenklat så ställs diagnosen enligt DSM-IV

- 1 utifrån huruvida kriterierna för missbruk och/eller beroende är uppfyllda,
- 2 utifrån vilken substans som används och
- 3 utifrån vilka kliniska symtom som bruket av den substansen givit upphov till (till exempel i form av intoxication eller abstinens).

1.2.5 Missbruk, beroende och aktivt substansbruk

I enlighet med definitionerna beskrivna ovan används begreppet ”missbruk” och ”beroende” inom DSM-systemet. Det finns också en definition av att en person med missbruk och/eller beroende i sin anamnes kan befinna sig i ”remission” från aktivt substansbruk. Det finns däremot inte någon benämning för när en person med missbruk och/eller beroende i sin anamnes tar ett återfall och

befinner sig i aktivt drog- eller alkoholanvändande. För att fylla denna lucka har vi i detta vårdprogram kallat det för att en person med missbruk och/eller beroende i anamnesen som tar ett återfall att personen befinner sig i *"aktiv fas av substansbruk"*.

1.2.6 Låg, måttlig eller riskfylld alkoholkonsumtion

Alkoholkonsumtion kan påverka hälsan dels genom regelbundet intag av alkohol, vilket kan leda till långsiktig påverkan på kroppens organ, dels genom hög konsumtion vid enstaka tillfällen (=berusningsdrickande) vilket kan leda till akuta toxiska effekter. Med måttligt drickande menas både att den regelbundna konsumtionen är låg och att berusningsdrickande inte förekommer.

Ett standardglas alkohol innehåller 12 g alkohol, vilket återfinns i 15 cl bordsvin, 33 cl starköl (5%), 8 cl dessertvin eller knappt 4 cl starksprit. Som gräns för måttligt regelbundet drickande har man på folkhälsoinstitutet satt 14 glas vin per vecka eller motsvarande mängd alkohol i form av öl eller sprit för män och 9 glas för kvinnor. Denna gräns bygger på epidemiologiska studier som visar på låg risk för skador under dessa nivåer. Låg till måttlig alkoholkonsumtion kan definieras som två standardglas per dag av vin, öl eller sprit för män, eller lite drygt ett standardglas per dag för kvinnor.

Med riskkonsumtion menar vi alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas per vecka för män, vilket motsvarar 168 g alkohol eller 56 cl starksprit, eller 9 standardglas per vecka för kvinnor, vilket motsvarar 108 g alkohol eller 36 cl starksprit. Allt berusningsdrickande är per definition riskkonsumtion. Som berusningsdrickande räknar man på folkhälsoinstitutet konsumtion av fem standardglas eller fler vid samma tillfälle för män och fyra standardglas eller fler för kvinnor.

1.3 Organisation av beroendevården – vem gör vad?

1.3.1 En översikt över uppdraget inom landstingets olika vårdgivare

Primärvården fyller en viktig funktion i tidig upptäckt av missbruk- och beroendeproblem och vid preventivt arbete. Icke avancerat alkoholmissbruk hos person som inte samtidigt har en psykisk sjukdom som inte kräver specialistpsykiatris insatser bör kunna få hjälp inom primärvården. I modern vård av alkoholberoende ingår längre tids läkemedelsbehandling med till exempel disulfiram (Antabus), naltrexon (Naltrexon) och akamprosot (Campral). Denna behandling kan med fördel ske inom primärvården om personen i fråga inte är i behov av psykiatrisk uppföljning. Dessa personer ska inte behöva vända sig till Beroendeenheten för att få dessa medel. Har en patient en pågående psykiatrisk kontakt så ska patienten kunna få dessa läkemedel utskrivna och i förekommande fall delade inom den psykiatriska öppenvården.

Akut behandling av abstinenssyndrom från alkohol och narkotika erbjuds på Beroendeenheten i Karlskrona.

Personer med misstänkta ADHD och missbruksproblem bör först få hjälp att vara alkohol- och drogfria i minst 2 månader och sedan utredas. De bör därefter kunna få hjälp inom den psykiatriska öppenvården med utprovning och förskrivning av medicin mot aktivitets- och uppmärksamhetsstörning samt delning av dessa mediciner inom den dispensärverksamhet som öppenvården förfogar över.

Underhållsbehandling vid opiatberoende med buprenorfin (Buprenorfin, Buprenotex, Suboxone, Subutex) som förstahandsmedel och med metadon som andrahandsmedel ges på Beroendeenheten i Karlskrona. Under det första halvåret av behandlingen sköts medicindelning och urinprovtagning med daglig kontakt av personal vid Beroendeenheten. Efter första halvåret kan, om patienten är välinställd, medicindelningen ha fungerat och urinproverna inte visar på något alkohol- och drogintag, delning av medicin och provtagning göras glesare och läkemedel för en eller flera dagar i taget kan då delas. Medicindelning och provtagning kan då också i de fall det är önskvärt på grund av avstånd ske på annat ställe än Beroendeenheten i Karlskrona, till exempel på psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

I vissa fall krävs högspecialiserad slutenvård av patient med beroendesjukdom. Främst gäller detta inställning av buprenorfin och metadon. Det kan även gälla slutenvårdsutredning av ADHD och

inställning av ADHD-medicinering. I enskilda fall kan även läkemedelsavvänjning behöva ske med patienten ineliggande under en period.

1.3.2 Slutenvårdsbehandling inom Blekingepsykiatri

Vid behov av abstinensbehandling i slutenvård finns det möjlighet att läggas in på Beroendeavdelningen i Karlskrona som nu har 8 vårdplatser. På den avdelningen kan man även läggas in för tillnyktring men tillnyktringen bör då ses som en inledande behandling innan abstinensbehandling tar vid. Det betyder att inläggningen bör vara planerad i möjligaste mån och kontakt bör först ha tagits med kommunens missbruksenhet som rekommenderar klienten att lägga in sig på avdelning. Det är en fördel om socialtjänsten informerar Beroendeavdelning om behovet av inläggning samt informerar vilken planering som finns. Inläggning sker efter behov.

Inläggningsskriterier redovisas separat nedan för respektive substans. Eftervården planeras under avdelningsvistelsen tillsammans med socialtjänsten i respektive kommun. Akut behandling av alkoholabstinens inom slutenvården hålls inom modern vård mycket korta, det är huvudsakligen de medicinska komplikationerna krampanfall och delirium tremens som man vill förebygga och eventuellt behandla. Vid behandling av abstinenssyndrom ska inte patienten behöva vistas längre tid än vad som är medicinskt motiverat inom slutenvården.

I vissa fall sker abstinensbehandling ineliggande utan att akuta problem funnits av sådan grad att slutenvård krävs. Sådan ineliggande vård förutsätter att planering för eftervården har upprättats tillsammans med socialtjänsten före inläggning och att denna plan finns dokumenterat. Sådan planerad behandling av abstinenssyndrom kan till exempel ske inför vård på behandlingshem.

Vid akut och planerad inläggning för abstinensbehandling tillåts som regel inga permissioner eller besök på avdelningen. Patienten skall informeras om detta och ge sitt samtycke. Om samtycke inte ges kan den medicinska säkerheten inte garanteras och inläggning måste därför omprövas.

Inga droger får förekomma i slutenvården. Våld och hot om våld mot personal eller patienter accepteras överhuvudtaget inte. Hot och våld polisanmäls. Brott mot avdelningens regler kan medföra omedelbar utskrivning från avdelningen.

1.3.3 Beroendevård inom primärvården

Under senare år har begreppet riskbruk av alkohol förts fram. Det utgör en vanemässig hög alkoholkonsumtion som innebär en klar risk för att ett beroende eller kroppsliga komplikationer till alkoholbruket utvecklas (se definitioner av detta i **avsnitt 1.2.7**). Enkla förebyggande åtgärder vid riskbruk, som att påtala sambandet mellan individens symptom och besvär och hans/hennes bruk av alkohol, har visat sig kunna förhindra utveckling av ett alkoholberoende. Genom råd och stöd till livsstilsförändring hos människor med ett riskbruk av alkohol har primärvården sin viktigaste uppgift vad gäller att förebygga alkoholberoende.

Vid samtidig psykisk sjukdom och alkoholberoende så gäller samma gränssnitt mellan primärvård och psykiatri som vid enbart psykisk sjukdom. När det gäller etablerat alkoholberoende skall primärvården känna till vilka resurser Beroendeenheten i Karlskrona respektive de kommunala alkoholpoliklinikerna har för att hjälpa patienten så att de kan hänvisa rätt. Föreskrivning av Antabus, Naltrexon och Campral ingår i primärvårdsuppdraget om inte komplicerande psykiatrisk sjuklighet finns. Körkortssintyg hanteras i första hand inom primärvården.

Människor som är beroende av lugnande och eller smärtstillande medel förekommer i primärvården. Även här är den viktigaste uppgiften för primärvården att förebygga att ett läkemedelsberoende utvecklas. Detta sker genom en medicinskt korrekt och evidensbaserad föreskrivning och att indikationer för föreskrivning regelbundet omprövas. Tydliga rutiner för förnyande av recept är en viktig organisatorisk fråga. Beroendeframkallande ångstdämpande läkemedel, sömnmedel och smärtstillande bör endast föreskrivas för så kort tid som rimligt möjligt.



2. Alkoholberoende

2.1 Bakgrund

ALKOHOLBEROENDE SES IDAG som ett specifikt sjukdomstillstånd som orsakar ett tvångsmässigt konsumtionsbeteende med tvångsmässigt sökande efter och intag av alkohol.

Det förekommer vanligen i kombination med toleransutveckling för alkohol och karakteristiska abstinensbesvär om alkoholtillförseln avslutas (se **avsnitt 1.2.4**). Begreppet alkoholmissbruk betonar i stället de negativa sociala och medicinska konsekvenserna som överkonsumtion av alkohol leder till. En massiv dokumentation finns om de skadliga konsekvenserna som ett alkoholberoende och/eller -missbruk leder till. Det är av strategisk samhälls- och medicinsk betydelse att alkoholberoende och/eller -missbruk kan förebyggas eller tidigt upptäckas och behandlas.

Landstingets vård av alkoholberoende är uppdelat mellan psykiatri och primärvården i enlighet med vad som beskrivs ovan (se **avsnitt 1.3**). Samverkan med kommunernas socialtjänster är av stor betydelse.

2.2 Screening och tidig upptäckt

SCREENING FÖR TIDIG UPPTÄCKT av alkoholmissbruk och -beroende är av fundamental betydelse. Sannolikheten för tidig upptäckt ökar om man använder systematiska och standardiserade screeningsmetoder, till exempel AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, ett formulär som kan hämtas hem från intranätet), CAGE-frågor (Cut down, Annoyed, Guilty och Eye-opener) eller mMAST (modified Michigan Alcohol Screening Test). Dessa till svenska översatta screeninginstrument kan kompletteras med användning av markörer för alkoholproblem: alkohol i utandningsluft, etanol i blodet, GT-P, ASAT-P, ALAT-P och MCV-B. Dessa markörer har en måttlig specificitet (25–40%) och en måttlig känslighet (>50%). CDT-S (kolhydratfattig transferrin) har betydligt bättre specificitet (80–85%) och B-PEth, som på senare tid har etablerats som en alkoholmarkör med en specificitet på nästan 100%. Det tar ännu lång tid innan man får svar på CDT- och PEth-proven. Om man får ett förhöjt värde på dessa prov kan man vara upp till 100% säker på att det beror på att patienten överkonsumerar alkohol, vilket i ett behandlingssammanhang är ovärderligt. Inom den öppna vården kan man ha svaret till återbesöket men inom slutenvården kommer svaret vanligen först när patienten är utskriven. Ofta är det en kombination av anamnes med öppna frågor, standardiserade frågeformulär och kemiska markörer som ger bäst utdelning i utredningen.

Patienter med upptäckt misstänkt alkoholberoende och/eller -missbruk ska alltid erbjudas behandling. Den enklaste formen är så kallad brief intervention, som är KBT-baserat och särskilt lämpligt att användas vid tidig identifierade fall av alkoholproblem. Denna metod innebär en icke-konfrontativ information och rådgivning, till exempel om att minskat alkoholintag kan ha gynnsam effekt på ett förhöjt levervärde eller förhöjt blodtryck eller att ge råd och information om hur man kan minska sitt alkoholintag. Metoden kan med fördel användas inom primärvården och har visat sig ha god effekt. Intervention bör följas upp genom förnyade laboratorieprover, genom att ånyo använda AUDIT och/eller genom uppföljningssamtal med patienten.

2.3 Behandling av alkoholabstinens

BEHANDLING AV ALKOHOLABSTINENS syftar i första hand till dämpa abstinenssymtomen (en av de viktigaste orsakerna till återfall), att förhindra epileptiska kramper och att förhindra att delirium tremens utvecklas.

Generellt ska all behandling av alkoholabstinens vara i förväg planerad och planering för den vård, som sker efter abstinensbehandlingen, ska också vara klar. Akut abstinensbehandling ska endast ske på strikt medicinsk indikation, eftersom i dessa fall återfall i missbruk ofta förekommer direkt efter abstinensbehandling.

En läkarbedömning görs alltid för att utröna behovet av abstinensbehandling inom slutenvård. Alkoholabstinens behandlas i första hand med bensodiazepiner. Behandling av abstinenssyndrom kompletteras med B-vitamintillsättning för att förebygga att skador i nervsystemet uppkommer på grund av tiaminbrist. (Wernicke-Korsakoffs syndrom - se vidare **avsnitt 2.3.3** nedan). Om anamnes på abstinenskramper föreligger ges ibland tillägg av anti epileptika. Om inga riskfaktorer föreligger så kan behandling av abstinenssyndrom skötas inom öppenvård.

2.3.1 Kriterier för behandling av alkoholabstinens i slutenvård

- Anamnes på tidigare delirium tremens eller krampanfall.
- Intag av > 75 cl starksprit dagligen under minst 2 veckor.
- Uttalad abstinens med vegetativ påverkan och puls överstigande 100-110, och där annan orsak till pulsökningen uteslutits, till exempel panikattack eller arytmi.
- Psykiatrisk komplikation, till exempel förvirring, hallucination eller suicidalitet.
- Komplicerande somatisk sjukdom, till exempel pneumoni eller mag-tarmsjukdom.
- Förstagångssökande, framför allt unga vuxna, med oklar anamnes.
- Kvinnor.

Relativ inläggningsindikation är en planerad behandling av abstinenssyndrom inför behandlingshemsvistelse eller behandling av abstinenssyndrom inför annan planerad insats från socialtjänsten och där riskfaktorer föreligger så att behandling av abstinenssyndrom ej bedöms kunna ske polikliniskt. I dessa fall måste i möjligaste mån en samplanering göras med kommunens socialtjänst så att en fungerande psykosocial eftervård finns planerad och kan erbjudas patienten. Denna samplanering måste prioriteras så att vårdtiden på beroendeavdelningen inte blir onödigt lång. Inskrivning till beroendeavdelningen görs i flesta fall på psykiatriska akutmottagningen. Beroendeenheten måste i alla dessa fall meddela psykiatriska akutmottagningen att patienten väntas in och att det finns plats reserverad för patienten på beroendeavdelningen dit han/hon är välkommen direkt efter inskrivningen.

Alkoholabstinensens svårighetsgrad kan skattas med hjälp av skattningsskalan CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol Revised, se **bilaga 1**). Denna skala är validerad och kan användas för att skatta alkoholabstinensens svårighetsgrad.

- < 15 poäng på CIWA-AR: lätt alkoholabstinens: slutenvårdsbehandling inte indicerad.
- 15 – 24 poäng på CIWA-AR: måttlig alkoholabstinens: slutenvårdsbehandling indicerad; behandling med oxazepam (Oxascand, Sobril).
- > 25 poäng på CIWA-AR: svår alkoholabstinens: slutenvårdsbehandling med diazepam (Stesolid)

Behandling av alkoholabstinens

Lätt alkoholabstinens (< 15 poäng på CIWA-AR)

Lätt alkoholabstinens ska behandlas i öppenvård, vanligen utan användning av beroendeframkallande läkemedel.

- Injektion Tiamin 50 mg/ml intramuskulärt. Kan efter tre dagar bytas ut mot Oralovite 1 tablett 3 gånger/dag.
- Oxazepam (Oxascand, Sobril), exempelvis 10 mg 2 tabletter 4 gånger/dag. Minska med 20 mg/dag.
- Som alternativ till oxazepam ge alimemazin (Theralen) orala droppar (40 mg/ml), 1 ml 3 gånger/dag.
- Vid tidigare abstinenskramper ges med tillägg av karbamazepin (Tegretol, Hermolepsin) 200 mg 1 tablett 3 gånger/dag.
- Propiomazin (Propavan) 25 mg, 2 tabletter till natten mot sömnstörning.

Måttlig alkoholabstinens (15 – 24 poäng på CIWA-AR)

Måttlig alkoholabstinens kan i gynnsamma fall (bra social situation, inga riskfaktorer för abstinens-epileptiska kramper eller delirium tremens) också kunna genomföras i öppenvård, dock då alltid med användning av oxazepam (Oxascand, Sobril). Vanligen behandlas dessa patienter dock i slutenvård, särskilt om riskfaktorer för abstinensepileptiska kramper och/eller delirium tremens föreligger.

- Injektion Tiamin 50 mg/ml, 2 ml intramuskulärt. Kan efter tre dagar bytas ut mot Oralovite 1 tablett 3 gånger/dag.
- Oxazepam (Oxascand, Sobril) i nedtrappningsschema. Startdosen är alltid individuell. Ge exempelvis 30 mg oxazepam peroralt. Om detta ger en tillfredsställande minskning av hjärtfrekvens, tremor och illamående fortsatt med 30 mg 4 gånger/dag (dagsdos 120 mg). Minska med 30 mg/dag beroende på symtomen.
- Nitrazepam (Nitrazepam) 5 mg, 2 tabletter till natten mot sömnstörning.

Svårare – svår alkoholabstinens (> 25 poäng på CIWA-AR)

Abstinensbehandling på beroendeavdelningen anpassas efter patientens behov. Vanligen erbjuds patienten medellångverkande bensodiazepinpreparat. Förstahandsmedlet är diazepam (Stesolid) där adekvat behandling initialt förebygger svåra abstinensbesvär. Så snart patienten är någorlunda nykter (mindre än 0,8 promille i utandningsluft, eller i blod, lägre än 17mmol/l) kan, vid symtom på alkoholabstinens, behandlingen påbörjas. Helst bör dock patienten vara nykter, om patienten vid dosering av diazepam fortfarande har alkohol i kroppen bör patienten övervakas. Diazepam fungerar också utmärkt som krampförebyggande och det är då onödigt att medicinera med andra antiepileptika (se nedan).

Diazepam bryts i kroppen ner till oxazepam och desmetyldiazepam innan det elimineras. Halveringstiden är för oxazepam 10 timmar, för diazepam cirka 20–70 timmar, för desmetyldiazepam mer än 70 timmar. Man kan i vissa fall föredra att ge oxazepam på grund av att det elimineras snabbare ut ur kroppen och därmed så är det skonsammare för till exempel levern. Man kan då använda samma schema som ovan men man byter ut Stesolid 5 mg mot Sobril 15 mg.

Bensodiazepiner skall i normalfall endast ges under tiden patienten vårdas inlagd. När patienten skrivs ut skall all beroendeframkallande medicin vara utsatt. Undantag är när abstinensbehandlingen inleds på sjukhuset men övergår då till en öppenvårdskontakt men då bör patienten komma dagligen för nykterhetskontroll och medicindelning. (V.g. se **avsnitt 2.3.2**)

I de fall då abstinenssyndromet inte är så kraftigt kan man välja ett nedtrappningsschema med (diazepam) Stesolid 5 mg enligt följande:

- Dag 1: 2 + 2 + 2 + 2
- Dag 2: 2 + 1 + 1 + 2
- Dag 3: 1 + 1 + 1 + 1
- Dag 4: 1 + 0 + 0 + 1
- Dag 1-4: Om puls > 100 ges ytterligare 1-2 tabletter vid behov.

Om behovet av abstinensbehandling är stort ges ”loading dose” med diazepam i tablettform. Man ger då Stesolid tills patienten somnar. Ge initialt 20–30 mg Stesolid, ge sedan ytterligare 10–20 mg varje timme tills patienten somnar. Vanligen kan man behöva ge sammanlagt 80–90 mg (mer sällan 100–180 mg) varefter patienten vanligen sover 8–12 timmar. Ibland somnar patienten allt för tidigt och kan då behöva ytterligare Stesolid under natten.

Vanligen skall man efter att patienten sovit ut inte behöva ge mer Stesolid då medlet sakta elimineras ut ur kroppen. Effekten av diazepam och framför allt av metaboliten desmetyldiazepam kvarstår de närmaste dygnen. För vissa patienter med långvarigt missbruk och ett kraftigt återfall så räcker det inte med ”loading dose” utan ytterligare diazepam måste ges. Det bör därför finnas ordinerat Stesolid 5–10 mg vid behov. Ytterligare doser ska endast ges vid tydliga tecken på abstinens.

Observera, att behandling med klometiazol (Hemineurin) **inte** ska startas om patienten fått bensodiazepiner eftersom risken för andningsproblem ökar kraftigt och eftersom Hemineurin då kan orsaka mer excitation än sedering.

Behandling av abstinenssyndrom med fenobarbital

I vissa fall kan det vara fördelaktigt att avgifta patienten med fenobarbital (Fenemal). Preparatet har en mycket lång halveringstid och fungerar som krampprofylaktisk medicin. Behandlingen börjas när patienten visar kliniska abstinensstecken med 100–200 mg. Fenemal upp till 900 mg vid behov. Abstinensen observeras med bifogat abstinensschema. Särskilt patienterna som planeras vidare till KBH som inte tillåter inskrivningar så länge patienten är positivt på bensodiazepiner är Fenemal ”drug of choice”.

Prevention av Wernickes encefalopati och Korsakoffs syndrom – behandling med tiamin

Vid abstinensbehandling skall man vara frikostig med tiamin då det är vanligt att patienten vid återfall väljer alkoholen före annan föda. Magslemhinnans och tunntarmens förmåga att ta upp B-vitamin minskar också vid kraftigt alkoholintag. (Se vidare **avsnitt 2.3.3** nedan).

Alla patienter som läggs in på grund av kraftigt och långvarigt alkoholdrickande skall ges: Injektion Tiamin 50mg/ml, 2 ml intramuskulärt i 3 dygn. Alternativt: Vitamin B1 Ratiopharm eller Vitamin B1 Winthrop.

Detta skall ordineras så snart patienten kommer in på avdelningen och man behöver inte vänta till patienten är helt nykter. Om man ger kolhydrater till en person med tiaminbrist provoceras lactacidosis i hjärnan, vilket – i frånvaro av tiamin – kan starta en Wernickes encefalopati. Injektionen med tiamin ska ges så snabbt som möjligt. Innan tiamin givits får patienten inte äta kolhydrater (ingen smörgås, ingen juice, inget kaffe med mjölk eller socker, m.m.). Injektion Tiamin kan i mycket sällsynta fall ge anafylaktisk reaktion så det måste finnas beredskap för detta. Det finns även en liten risk för att injektionen kan ge blödning vid stickstället på grund av ökad blödningsbenägenhet hos personer med kraftigt nedsatt leverfunktion. Detta är dock risker man får ta hellre än att patienten utvecklar ett Wernicke-Korsakoffs syndrom (WKS). Vid misstanke om WKS så bör man ge mer tiamin. Man kan ge injektion 2 gånger dagligen och man kan fortsätta att ge tiamin ytterligare några dagar. I de flesta fall räcker det att ge tiamin i injektionsform i högst 3 dygn men man bör fortsätta med peroral tillförsel av B-vitamin så länge patienten är inneliggande.

Har patienten fått tiamin - injektioner i tre dygn räcker det oftast med att man går över till att ge B-vitamin i tablett i form av T. Oralovite 2+2. Man kan också komplettera detta med folsyra, T. Folacin 5 mg 2+2.

Profylax av abstinensepileptiska kramper

Alkoholabstinens kan orsaka epileptiska kramper. Dessa kommer vanligen inom 24 timmar, men kan i sällsynta fall ske efter 2–3 dygn. Tidigare har karbamazepin (tegretole, Hermolepsin) använts i profylaktiskt syfte. Nackdelarna med karbamazepin är att skyddet mot epileptiska kramper tidigast kommer efter 24 timmar (flytande beredning), med tabletter kan det ta 2 dygn. Diazepam (Stesolid) och i mindre grad, oxazepam (Oxascand, Sobril) skyddar mot abstinensepileptiska kramper inom 30–60 minuter vid adekvat dosering.

Vid abstinensbehandling med bensodiazepiner ska karbamazepin användas restriktivt eftersom kombinationen av bensodiazepiner och karbamazepin kan leda till minskad muskeltonus, muskelsvaghet och därmed risk för balansrubbnings och fall. Karbamazepin ska endast användas om patienten står på detta läkemedel av annan orsak än abstinensepileptiska kramper eller då patienten behandlas med andra läkemedel än bensodiazepiner och abstinenskramprisk föreligger.

Vid-behovsmedicinering:

- Propiomazin (Propavan) 25 mg 1-2 tablett till kvällen mot oro och mot sömnbesvär.
- Alimemazin (Theralen) 40 mg/ml 1-2 ml till kvällen vid behov mot oro.
- Hydroxizin (Atarax) 25 mg, 1-2 tabletter vid behov mot oro upp till 6 gånger dagligen alternativt prometazin (Lergigan forte) 1 tablett vid behov mot oro upp till 6 gånger dagligen.
- Risperidon (Risoperdal) eller olanzapin (Olanzapin, Zyprexa) vid psykotiska symtom.

Akut utan läkarordination ges vidstatus epilepticus 10 mg Stesolid (diazepam) rektalvätska, upprepas vid utebliven effekt inom 15-20 minuter. Jourläkare kontaktas snarast och ordinationen signeras i efterhand.

2.3.2 Behandling av alkoholabstinens i öppenvård

Om riskfaktorer vid alkoholabstinens inte föreligger och således abstinensbehandling i slutenvård inte är aktuell, kan abstinensbehandling ske i öppenvård. Om möjligt, bör man då välja icke beroendeframkallande läkemedel som abstinensbehandling. Krampprofylax med hjälp av karbamazepin (Tegretol eller Hermolepsin) ska ordineras då lugnande icke beroendeframkallande mediciner propiomazin (Propavan) eller alimemazin (Theralen) kan sänka kramptröskeln. Om man väljer att sätta in ett bensodiazepinpreparat som behandling av abstinenssyndrom i öppenvård så kan det vara en fördel att välja ett preparat med lång halveringstid till exempel diazepam (Stesolid) för då kan det räcka med expediering en gång dagligen. Patienten bör då komma till mottagningen för att få sin ordinerade medicin och samtidigt kontrolleras nykterheten. Har patienten varit nykter i 24 timmar och har leverstatus kontrolleras så kan disulfiram (Antabus) sättas in med daglig delning så länge nedtrappningen av bensodiazepinpreparatet pågår. Ger man nu icke beroendeframkallande mediciner tillsammans med disulfiram så bör man dock känna till att vissa av dessa medel (bland annat hydroxizin, prometazin) kraftigt minskar Antabuseffekten (se **avsnitt 2.4.3**).

2.3.3 Wernicke-Korsakoffs syndrom (WKS)

Vid kraftigt och långvarigt missbruk av alkohol upphävs upptaget av vitaminet tiamin från magtarmkanalen. Hos genetiskt predisponerade individer kan då tiaminbrist uppstå, vilket leder till skador i hjärnan med symtom som triaden *konfusion, ögonmotorik- och balansrubbnings* samt kraftiga minnesstörningar. Diagnosen missas ofta vid rutinundersökningar. Därför ska alla patienter med konfusion eller alla slags ögonmotorikstörningar behandlas som om de hade Wernickes encefalopati, eftersom obehandlad akut WKS ofta leder till döden eller till utveckling av Korsakoffs demens. Tiamin ska då ges långsamt intravenöst (minst en, helst två ampuller), och intramuskulärt (minst en ampull). Den intramuskulära injektionen ska upprepas fem gånger under de närmaste två dygnet. Om tiaminbehandling sätts in tidigt kan symtomen gå tillbaka hos ca 50–75% av patienterna. Tiamin är inte i sig skadligt i de doser som ges (eftersom överflödigt tiamin elimineras genom njurarna) och tiaminbehandling skall därför ges generöst och tidigt i omhändertagandet, innan patienten erhåller någon mat eller sockerinnehållande dryck på sjukvårdsinrättningen.

2.4 Återfallsförebyggande behandling

MEDICINSK UNDERHÅLLSBEHANDLING kan till viss del ges vid de allmänpsykiatriska mottagningarna om patienten är i behov av psykiatrisk uppföljning i övrigt, annars är det inom primärvården som detta måste ske. Farmakologisk behandling med akamprosat (Campral) och naltrexon (Naltrexon) har visats minska risken för återfall. Behandling med akamprosat bör kombineras och behandling med naltrexon ska kombineras med psykosocialt återfallspreventiv behandling. Akamprosat och naltrexon kan gärna kombineras och de kan även gärna ges tillsammans med disulfiram, som har en dokumenterad effekt om det ges under övervakning.

Alkoholberoende är en kronisk sjukdom som kräver ett långtidsperspektiv både avseende behandlingsinsatser och utvärdering av deras effekter. I detta avseende kan behandling av alkoholberoende jämföras med annan behandling av kronisk sjukdom såsom hypertoni, astma och diabetes typ 2. Vid modern behandling av alkoholberoende är följsamhet och behandlingsframgång i nivå med dessa kroniska sjukdomar. Liksom vid andra psykiska tillstånd är samverkan mellan sjukvården och socialtjänsten av stor vikt och boende och adekvat sysselsättning är i princip nödvändig för behandlingsframgång.

2.4.1 Behandling med naltrexon

Naltrexon är en långverkande opiatantagonist. Effekterna är väl dokumenterade och ger en ökning av missbruksfrihet och antalet missbruksfria dagar. Verkningsmekanismen är inte helt klarlagd, men för-

medlas via en blockad av opiatreceptorer, som i sin tur påverkar belöningsystemet. Bland annat minskar preparatet euforin vid alkoholintag, som för vissa kan leda till kontrollförlust och fortsatt drickande. Naltrexon rekommenderas också till patienter med hereditet för alkoholberoende. Naltrexon är effektivt framför allt vid ”reward-drinking”, det vill säga när patienter dricker för att vara berusade, bland annat vid ”binge-drinking” (alkoholintag för att få ett kraftigt rus) och/eller när patienter vill minska sin alkoholkonsumtion utan att sluta dricka. Preparatet är kontraindicerat till personer med opiatberoende eller vid pågående användning av opioider. Leverstatus bör kontrolleras innan och under pågående behandling och tillverkarens rekommendationer är att försiktighet bör iakttas när leverprover visar mer än 3 gånger högre än referensgränsen. Vanliga biverkningar är huvudvärk, nedsatt reaktionsförmåga, illamående, muskelvärk och depression. Dessa biverkningar brukar försvinna efter en tids användning. För att lättare få patienten att vilja fortsätta med medicinen så kan det vara en fördel att börja med en halv tablett. Normaldosen är annars 50 mg = 1 tablett.

2.4.2 Behandling med akamprosat

Akamprosat normaliserar den förhöjda aktiviteten av glutamatreceptorn, som kan ses hos alkoholberoende personer. Följden blir minskad alkoholkonsumtion. Medlet är effektivast när patienter dricker för att dämpa ångest, oro, nedstämdhet eller motverka sömnproblem (”relief-drinking”) och om patienten vill bli helt nykter. Medlets effekter är väl dokumenterade och ger en ökning i helnykterhet och antalet helnyktra dagar. Diarré, impotens och illamående är vanliga men övergående biverkningar. Patienter med nedsatt njurfunktion bör inte använda preparatet. Normaldoseringen för personer som väger minst 60 kg är 3 tabletter á 333 mg 2 gånger dagligen, för personer med en vikt under 60 kg är dosen 2 tabletter 2 gånger dagligen.

2.4.3 Behandling med disulfiram

I levern bryts etanol ner till acetaldehyd och vidare till ättiksyra. Disulfiram hämmar enzymet aldehyddehydrogenas vilket vid intag av alkohol leder till ansamling av acetaldehyd. Symtomen på ansamling visar sig inom 5–10 minuter som ansiktsrodnad, känsla av andnöd, hjärtklappning, illamående och kräkningar. Enzymblockaden är irreversibel och effekten av medlet kan därför kvarstå 7–14 dagar efter utsättning. Dokumenterad effekt har preparatet endast vid övervakad läkemedelsbehandling varför detta rekommenderas.

Disulfiram kan i sällsynta fall ge upphov till allvarliga leverskador och ska därför inte användas av personer med leversjukdom. Vid tidig upptäckt är leverskadan oftast reversibel. Tillverkaren rekommenderar att koagulationsfaktorer, transaminaser och alkaliska fosfataser bör bestämmas innan behandlingen på börjas. Vidare bör transaminaser kontrolleras varannan vecka under de första 3 månaderna och därefter minst var 3:e till var 6:e månad. Om transaminaserna överstiger 3 gånger övre referensvärdet ska Antabus utsättas. Dåsighet, diarré och huvudvärk är vanliga biverkningar.

Behandling med disulfiram skall alltid vara frivillig och patienten skall erhålla noggrann information om verkningsmekanism och de symtom som förväntas uppstå om alkohol förtärs. Angina pectoris eller tidigare genomgången infarkt är kontraindikationer för disulfirambehandling. I oklara fall bör EKG tas. Demens och underbegåvning utgör också kontraindikationer och försiktighet bör iakttas vid psykossjukdom. Behandlingen inleds första veckan med tablett Antabus 400 mg, 1 tablett dagligen. Därefter sker vanligtvis medicinering 2–3 gånger per vecka. Medicindelningen bör ske i enlighet med fasta rutiner och kombineras med möjlighet till stödsamtal på 5–15 minuter per gång, vilket erfarenhetsmässigt leder till mycket bättre behandlingsresultat.

Samtidigt intag av antihistaminer leder till minskad disulfirameffekt vid intag av alkohol. Vid närmare kontroll visar det sig till exempel inte allt för sällan att patienter som anger att de kan ”dricka igenom Antabus” samtidigt använder antihistaminerga läkemedel. Exempel på sådana antihistaminerga läkemedel som ofta används samtidigt är prometazin (Lergigan), hydroxizin (Atarax), propiomazin (Propavan), alimemazin (Theralen), prometazin (Lergigan), trimipramin (Surmontil), levomepromazin (Nozinan), mirtazepin (Mirtazapin) och de flesta receptfria antiallergimedel.

2.5 Alkohol och graviditet

ALKOHOL OCH GRAVIDITET är ett speciellt riskområde där riktade insatser snabbt behöver göras i samverkan mellan mödrahälsovården (primärvården), psykiatrin och socialtjänsten. Fetalt alkoholsyndrom (FAS), som orsakas av alkoholkonsumtion under graviditeten, är ett intellektuellt handikapp och i svåra fall leder till psykomotoriska störningar. Barn med FAS har oftare låg födelsevikt, litet huvudomfång, epikantusveck, maxillär hypoplasi, gomspalt, platt näsa, hjärtfel och höftledsproblem. Snabb och kraftfull intervention är av största vikt för att förhindra att FAS uppkommer.



3. Opiatberoende

3.1 Bakgrund

OPIATBEROENDE ÄR ETT ALLVARLIGT SJUKDOMSTILLSTÅND med hög mortalitet som framför allt drabbar unga människor. Risken för överdos, infektion och våldsam död är stor. Opiatberoende är oftast också förknippat med uttalad kriminalitet. Ungefär 0,15% av svenskar i åldern 15–57 år uppskattas vara beroende av opiater. Under de allra senaste åren har genom forskning evidensbaserade behandlingsmetoder med mycket goda resultat tagits fram och börjat få allt större spridning. Genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27) har reglerna för behandling av opiatberoende blivit mer lika över hela landet. Behandling av opiatberoende innehåller akutbehandling, som fokuserar på abstinens och komplikationer, och långsiktig underhållsbehandling som syftar till att förhindra återfall, minska sjuklighet och dödlighet samt skapa goda förutsättningar för ett självständigt liv.

Opiater förekommer dels i naturlig form, till exempel *morfin* och *kodein*, samt som halvsyntetiska substanser som *heroin*. Gemensamt för flera opiater är att de redan efter en kort tids tillförsel leder till toleransökning. Ruseffekten vid användning av opiater är en kortvarig känsla av upprymdhet (eufori) och följs av allmänt välbefinnande. Abstinenssyndromet utvecklas inom några timmar (intag av fentanyl eller heroin) till några dagar (vid intag av metadon) efter senaste opiatintag. Abstinenssymtom som kan vara mycket plågsamma (se **avsnitt 1.2.4**) men är generellt inte farliga. Observeras bör, att många opiatberoende också använder andra droger (framför allt bensodiazepiner) för att förstärka opiateffekten eller för att dämpa abstinensstillståndet. Detta kan medföra blandade abstinensstillstånd med varierande symtom.

Abstinenssymtomen driver den beroende till ett fortlöpande droganvändande. Enligt modern beroendevård tolkar man det så att långvarigt bruk av opiater har fått bestående förändringar i hjärnans endorfinsystem, det system på vilket opiater utövar sin effekt. Läkemedel som påverkar endorfinsystemet kan om det ges som underhållsbehandling motverka dessa förändringar, motverka drogsug och återfall och hjälpa personen att leva ett drogfrött liv. Två sådana läkemedel används idag: *buprenorfin* (Buprenotex, Subutex och Suboxone) och *metadon* (Metadon).

3.2 Behandling av opiatabstinens

3.2.1 Inläggningskriterier

Akut behandling av abstinenssyndrom från opiater sker på Beroendeavdelningen i Karlskrona. Inläggningsindikation för behandling av abstinenssyndrom inom slutenvård är oftast relativ då opiatabstinens i de flesta fall inte är medicinskt farlig. Inläggningsindikationen är:

- Medicinska komplikationer, till exempel andningsdepression eller infektion där vården har inleddes på somatisk avdelning eller IVA.
- Påtagligt subjektivt plågsam abstinens (se **avsnitt 1.2.4**).
- Planerad behandling av abstinenssyndrom inför behandlingshem eller annan insats från de sociala myndigheterna.
- Planerad behandling av abstinenssyndrom inför underhållsbehandling.
- Absolut inläggningsindikationer är allvarlig abstinens med gastro-intestinala symtom och abstinens hos gravid missbrukare.

Man bör också ta hänsyn till att förstagångssökande och kvinnor ska beredas plats eftersom dessa är mycket mer utsatta i missbruksmiljöer.

3.2.2 Abstinensbehandling i slutenvård

Förstahandsmedlet vid behandling av svår opiatabstinens är numera buprenorfin (Buprenorfin, Subutex) som man ger enligt ett nedtrappningsschema. Första dygnets behov av buprenorfin styr hur schemat för nedtrappningen ser ut. Vanligen tages 2 mg bort dagligen från dygnsdosen. Första dygnet ges buprenorfin flera gånger dagligen beroende på hur svåra abstinensbesvär missbrukaren har. Man kan behöva ge 2 mg buprenorfin varannan timma, ibland kan man också behöva ge en högre initialdos. Därefter räcker det vanligen att man ger buprenorfin en gång dagligen (då buprenorfin har lång halveringstid, cirka 24 timmar). Ett nedtrappningsschema med buprenorfin 2 mg kan se ut enligt följande:

- Dag 1: 1 + 1 + 1 + 1
- Dag 2: 3 x 1
- Dag 3: 2 x 1
- Dag 4: 1 x 1
- Dag 5: 0

Komplicerade opiatabstinensstillstånd ska alltid handläggas på Beroendeenheten i Karlskrona och innebär en individuell handläggning.

3.2.3 Opiatabstinens hos gravid patient

Även till gravida med opiatabstinens används idag i första hand *buprenorfin* (Subutex).

3.2.4 Naloxon vid andningsdepression är alltid intensivvårdskrävande

Akut, utan läkarordination ges opiatantagonisten *naloxon* vid andningsdepression hos opiatmissbrukare. Initialt ges 0,4 mg intravenöst eller intramuskulärt. Jourläkare kontaktas snarast möjligt och signerar ordinationen i efterhand. Observera att effekten efter en intravenös injektion visar sig snabbare än vid intramuskulär injektion, vanligen redan efter cirka 1–2 minuter. Om inte önskad förbättring av andningsfunktionen inträder så upprepas injektionen med 2 minuters intervall. Om den andra injektionen inte ger önskat resultat ska omgående injektion flumazenil (Lanexat) ges mot en akut bensodiazepinintoxikation. Om patienten är känd att använda opiater och bensodiazepiner kan flumazenil ges samtidigt som naloxon.

Observera att *naloxon* (halveringstid cirka 2–4 h) måste tillföras tillräckligt ofta för att motverka opiaters långvariga andningsdepressiva effekt (halveringstid 15–75 h), varför en intramuskulär injektion av naloxon alltid ska ges.

3.3 Underhållsbehandling vid opiatberoende

3.3.1 Förberedelser inför igångsättande av underhållsbehandling

Underhållsbehandling vid opiatberoende initieras, administreras och handläggs från Beroendeenheten i Karlskrona. Frågan om en patient ska ges underhållsbehandling avgörs av enhetens överläkare i samråd med mottagningsteamet. Ett sådant beslut skall föregås av noggrann utredning av patientens missbruksanamnes. Det är ett krav att ASI eller annan missbruksutredning har gjorts relativt nyligen. Vid bedömningen tar man hänsyn till patientens hälsotillstånd och sociala situation utifrån ett helhetsperspektiv. Bedömningen skall göras efter en personlig undersökning, sker med respektive kommuns socialtjänst och dokumenteras i patientens journal. Patienten kan själv kontakta Beroendeenheten men bör då uppmanas först ta kontakt med socialtjänsten så att en kontakt etableras där. Han/hon kan komma på remiss från övriga psykiatri, primärvården, socialtjänsten eller annan vårdgivare. Bedömningen görs vid remissgenomgång om patienten uppfyller kriterierna för underhållsbehandling och kallas in så fall till en första bedömningsamtal.

Vid bedömning av insättning av underhållsbehandling görs en noggrann utredning. I denna ingår:

- Typ av droger som missbrukats samt omfattning och svårighetsgrad av missbruket.
- Kroppsliga sjukdomar och komplikationer.
- Sociala faktorer som familj, arbete eller utbildningssituation.
- Socialt nätverk, boendesituation.
- Kriminalitet.
- Psykiatrisk anamnes, tecken på psykisk sjukdom eller funktionshinder.

Underhållsbehandling får ges till den som fyllt 20 år och har minst ett års dokumenterat opiatberoende bakom sig (för att ett opiatberoende ska kunna sägas föreligga så måste dokumentation finnas om behandlingskrävande opiatabstinens, till exempel genom sjukhusjournal).

Om synnerliga skäl föreligger till exempel starkt opiatmissbruk vid mycket unga år och att andra behandlingsinsatser har misslyckats, kan underhållsbehandling även ges till den som ännu inte fyllt 20 år. Personen ska även ha förmågan att tillgodogöra sig information om sådan behandling och lämna sitt samtycke. Underhållsbehandlingen får inte ges, om det finns skäl att anta att samtycket inte ger stöd för att behandlingen kan genomföras i enlighet med den upprättade behandlingsplanen. Underhållsbehandling får ej heller ges om patienten är beroende av andra preparat än opiater på ett sådant sätt som innebär en oacceptabel medicinsk risk.

Man har uppmärksammat att patienter med ett opiatmissbruk, där det inte finns ett års dokumenterat opiatberoende, börjar använda illegalt inhandlade Subutex. De fortsätter sedan att använda dessa medel så att de blir ”beroende” av dem i sådan måtto att de inte klarar att sluta på egen hand. Detta är dock inte tillräckligt skäl att ingå i underhållsbehandling utan man bör snarare se det som ett läkemedelsberoende och handlägga det därefter det vill säga behandlingen skall inriktas på nedtrappning och utsättning.

3.3.2 Upprättande av en vårdplan

Efter utredning diskuteras patienten på en konferens där det bestäms om patienten uppfyller kriterierna för underhållsbehandling. Om beslut om detta fattas så upprättas en noggrann vårdplan för patienten i samverkan med respektive kommuns socialtjänst. Vårdplanen skall ge en samlad bild av patientens medicinska, psykologiska och sociala problematik, behov och förutsättningar och den ska allsidigt och med strukturerad metodik belysa medicinska och sociala faktorer av betydelse. Vårdplanen ska vidare innehålla överenskommelser rörande behandlingsåtgärder och hur medicinska kontrollundersökningar såsom urinprov ska lämnas. Planerade insatser ska målbeskrivas och anges i tidsföljd med angivna delmål och samverkansformer mellan beroendevården och kommunens socialtjänst. Vårdplanen skall fortlöpande följas upp och regelbundet omprövas i samråd med patienten och kommunens socialtjänst och minst skall detta ske en gång per halvår i ett möte mellan patienten, beroendevården och socialtjänsten. Vårdplanen ska även innehålla:

- Syftet med underhållsbehandlingen.
- Datum för upprättandet av planen samt namnet på den läkare som har ansvar för planen.
- Ansvarig handläggare eller kontaktperson inom socialtjänsten.
- Behov av medicinska åtgärder.
- Mål och delmål för underhållsbehandlingen.
- Beslutade och genomförda åtgärder.
- Behov av omvårdnad.
- Psykiatrisk bedömning när patienten varit fri sitt missbruk några månader.
- Behov av sociala insatser.
- Mål och delmål för de sociala insatserna.
- Beslut om att genomföra sociala insatser.

- Tidpunkt för utvärdering av planen och resultatet av denna utvärdering.
- Patientens samtycke till utlämnande av uppgifter.

Förutom ovanstående punkter ska vårdplanen fastställa vilken huvudman och vilken funktion (till exempel socialsekreterare vid socialtjänsten i Ronneby kommun) som ansvarar för att åtgärderna blir utförda och utvärderade.

I enlighet med ovanstående krävs således för att underhållsbehandlingen ska kunna ges att patienten ska samtycka till att uppgifter som behövs för att planerade åtgärder ska kunna fullgöras får lämnas ut mellan beroendevården och kommunens socialtjänst och om patienten är frihetsberövad, den enhet eller anstalt som svarar för frihetsberövandet. Omfattningen av samtycket ska anges.

3.3.3 Insättning av buprenorfin

Underhållsbehandling vid opiatberoende inleds med kombinationspreparatet Suboxone (*buprenorfin* + *naloxon*) som förstahandspreparat. *Buprenorfin* är en partiell agonist och binder till μ -receptorer i hjärnan, men binder även antagonistiskt till de opioida -receptorerna. Jämfört med *metadon* har *buprenorfin* (enligt tillverkaren) bland annat mindre missbrukspotential och mindre abstinenssymtom vid utsättning samt kan eventuellt administreras varannan dag. Eftersom substansen genomgår omfattande nedbrytning i levern är den sublinguala vägen den enda effektiva administreringsvägen för detta läkemedel. *Buprenorfin* går att injicera vilket missbrukarna har kommit underfund om. Sublingualt givet ger *buprenorfin* ingen euforisk känsla, man blir bara lite trött, men om det injiceras så får man en lyckokänsla. Av den anledningen har läkemedlet Suboxone tagits fram. I detta läkemedel så har man lagt till *naloxon* för att minska risken för missbruk. Naloxon är en stor molekyl som inte i någon större mängd tas upp i blodet när det passerar mag-tarmsystemet. Om man däremot löser upp Suboxone-tabletten i vatten och injicerar i blodbanan så får man inget lyckorus eftersom *naloxon*, som ju är en opioidantagonist, tar bort den effekten. Observera dock, att effekttiden för naloxon är kortare än för buprenorfin, vilket medför att missbrukare injicerar även Suboxone. Andningsdepression kan uppstå om läkemedlet används tillsammans med bensodiazepiner eller andra opioider till exempel *tramadol*, *oxykodon*, *kodein* och andra. Det är således mycket viktigt att patienten inte har pågående sidomissbruk av dessa läkemedel.

Som regel sker inställningen inom öppenvården, det vill säga på Beroendemottagningen, endast undantagsvis görs det när patienten ligger inne. Ett sådant undantag kan vara att patienten läggs in för abstinensvård och att man direkt därefter påbörjar underhållsbehandlingen. Lägsta möjliga underhållsdos titreras fram och medicinen ges dagligen vid ett och samma tillfälle på morgonen/förmiddagen.

Ett förslag på schema för insättning av buprenorfin (Suboxone, Buprenotex, Subutex) är att första dagen ge 8 mg. Redan dag 2 höjs detta till 16 mg, alternativt så tar man det stegvis med en höjning med 4 mg dagligen upp till 16 mg, om inte patienten redan intaget buprenorfin och vet med sig att det är för hög dos. Då kan man höja dag 2 till denna lägre dos i stället. Efter detta ger man samma dos under en vecka och gör därefter en utvärdering. Om patienten har kvarvarande drogsug ökas dosen med 4 mg i taget. Max dos är 3 st 8 mg resoribletter dagligen det vill säga 24 mg buprenorfin.

Om patienten trots att han står på maxdos upplever att han har drogsug så kan det vara lämpligt att ta ett koncentrationsprov (serumkoncentrationen av både buprenorfin och metaboliten nor-buprenorfin efterfrågas). Därefter kan man eventuellt våga sig på ytterligare en liten höjning. Om drogsuget trots detta inte är under kontroll så är rekommendationen att byta till metadon.

Den vanligaste biverkan vid för snabb upptrappning och för hög dos buprenorfin är sedation. Dosen bör då sänkas i steg om 2–4 mg till dess rätt dos uppnåts. Levernekros och hepatit med gulsot har rapporterats hos patienter som använt buprenorfin. I allmänhet har detta gått tillbaka efter utsättning av buprenorfin. Leverstatus bör kontrolleras innan insättande av buprenorfin och transaminaserna bör följas var 6–8 vecka under pågående behandling, tätare initialt om tecken på leverpåverkan redan finns (till exempel Hepatit B eller C, vilket ju inte är alldeles ovanligt). Om leverfunktionsproverna

visar mer än 3 gångers förhöjning över referensvärdets övre gräns bör buprenorfin sättas ut och patienten bör i stället få metadon som är mer skonsamt för levern.

Buprenorfin metaboliseras via CYP3A4 och samtidig behandling med andra läkemedel som kan påverka detta enzym ska undvikas. Karbamazepin (Tegretol, Hermolepsin) inducerar till exempel detta enzym. Samtidig behandling med karbamazepin och buprenorfin kan därför leda till subterapeutiska koncentrationer av buprenorfin och kombinationen ska undvikas.

Medicinen intas direkt och under övervakning av vårdpersonal. Övervakade urinprover lämnas 3 ggr/vecka och sker i enlighet med bifogad information (se **bilaga 2a**) De första 6 månaderna hämtar patienten medicinen dagligen och om detta har fungerat utan anmärkning kan en utglesad medicin-hämtning inledas. Patienten intar då hämtningsdagens medicin övervakat men får sedan med sig medicin för ytterligare en dag som han/hon får ta hemma på uppgjord tid. Viktigt är att innan man ger patienten det förtroendet så tar man ett koncentrationsprov av både buprenorfin och metaboliten norbuprenorfin i serum. Detta kan sedan användas som referensnivåer vid misstanke om att patienten inte fullföljer medicineringen i enlighet med vårdplanen när patienten handhar sin medicin själv. Fortsätter patienten att sköta sig så kan det bli aktuellt med ytterligare lättnader enligt uppgjord plan.

3.3.4 Insättning av metadon

Som andrahandsmedel vid underhållsbehandling vid opiatberoende används metadon som är en agonist och binder till opioida μ -receptorer i hjärnan. Jämfört med heroin har metadon långsammare tillslag och mindre euforiserande effekt. Vid eventuell samtidig tillförsel av heroin uppnås inte samma snabba heroineufori eftersom metadon konkurrerar om samma receptorer. För att uppnå goda behandlingsresultat krävs ofta doser över 60 mg. Patienter som kräver mycket höga doser av metadon bör EKG-övervakas. Illamående, yrsel, obstipation, sedering, svettning, sexuella biverkningar och eufori är vanliga biverkningar. På längre sikt kan metadon leda till en kraftigt ökad kroppsvikt och metabolt syndrom. Därför ska kroppsvikt, lipidstatus, HbA1c, P-Glukos kontrolleras minst en gång per år eller om man ser att patienten har ökat i vikt.

Metadon har större potential att missbrukas än buprenorfin, som är en partiell agonist. Beslutet om att använda metadon i stället för buprenorfin tas av överläkaren på Beroendeenheten efter det att behandlingsförsök med buprenorfin har misslyckats.

Metadon ställs oftast in inlaggande. En individuell vårdplan ska finnas upprättad med socialtjänsten. Metadon titreras successivt upp för att hitta individuellt anpassad underhållsdos och insättningen följs genom kliniska observationer och koncentrationsbestämningar i plasma. Övervakade urinprov tas dagligen.

Som grund kan följande rekommendationer användas vid insättning av metadon:

- Om patienten står på buprenorfin trappas detta ned tills patienten står på 6 mg per dygn. Därefter sätts buprenorfin ut.
- 24 timmar efter sista dosen buprenorfin ges 20 mg metadon och denna dos ges även dagen därpå.
- Metadon trappas sedan successivt upp med 5 mg ökning var annan dag antingen tills patienten upplever att behandlingen är tillräcklig eller till dess att dosen 50 mg/dygn nåtts.
- Om 50 mg/dygn metadon ges och patienten ändå inte är tillräckligt behandlad ökas dosen ytterligare med 5 mg åt gången cirka varje eller varannan vecka (det vill säga mer långsam upptrappning än tidigare behandling).
- När en behandling nåtts som patienten är nöjd med, och stått på i cirka en vecka tas serumkoncentration. Denna ska ligga på mellan 200–600.
- Måldosen är oftast mellan 80–120 mg/dygn. Flytande metadon bör användas. Patienten bör själv inte få reda på vilken dos som ges för att undvika diskussioner om dosen.
- De första 1–2 veckorna beviljas patienten inte permission, men kan därefter erhålla allt större grad av friförmåner under förutsättning att han/hon sköter sig.

3.3.5 Avslutande av underhållsbehandlingen

I samband med att vårdplanen upprättas ska patienten ges individuellt anpassad information om de beteenden som kan leda till att det inte finns förutsättningar att fortsätta underhållsbehandlingen och att en spärrtid om 3 månader används om patienten utesluts ur behandlingen. Underhållsbehandlingen kan avbrytas om patienten, trots särskilda stödinsatser, inte kan förmås att medverka till att syftet med underhållsbehandlingen uppnås, genom att till exempel:

- Inte ha medverkat i behandlingen under längre tid än en vecka.
- Haft upprepade återfall i narkotikamissbruk.
- Missbrukat alkohol i sådan omfattning att det innebär en medicinsk risk.
- Upprepade gånger manipulerat urinprover.
- Ha utsatt patienter eller vårdpersonal för våld eller hot om våld.
- Ha dömts för narkotikabrott enligt en dom som vunnit laga kraft och där brottet begicks efter att vederbörande tagits upp i programmet.

Erfarenheter från andra landsting visar att återfall och enstaka sidomissbruk är mer regel än undantag hos patienter som ingår i underhållsbehandlingen för opiatberoende. Socialstyrelsens regler har även till viss del mjukats upp så att enstaka händelser med sidomissbruk inte med automatik medför uteslutning ur programmet.

Om patienten ertappas med sidomissbruk av narkotiska medel, till exempel genom att uppvisa ett positivt urinprov, leder detta till att underhållsmedicin inte delas ut så länge patienten uppvisar positivt urinprov. Patienten kallas till ett snart möte med läkare, kontaktperson och socialtjänst. En diskussion förs med patienten om hans/hennes förklaring till det inträffade och hur man kan hjälpa patienten att komma ur den situation som har uppstått. En konstruktiv och problemlösande hållning gäller och målsättningen ska vara att försöka hitta en lösning som gör det möjligt för patienten att stanna kvar i programmet. I normalfall gäller dock att eventuella friförmåner som givits patienten, till exempel att medicin har getts till patienten att ta med från mottagningen, stramas åt så att patienten ånyo under en period får hämta medicin dagligen och lämna täta urinprover.

Underhållsbehandling med *buprenorfin* och *metadon* kan även avvecklas om ansvarig läkare i samråd med patient och socialtjänsten bedömer att syftet med behandlingen uppnåtts och det finns anledning att anta att resultatet är bestående.



4. Läkemedelsberoende

4.1 Bakgrund

LÄKEMEDELSBEROENDE KAN UPPSTÅ efter regelmässigt intag av lugnande och sömngivande medel av fram för allt bensodiazepiner (BDZ)-typ samt efter smärtstillande läkemedel som *kodein, oxykodon, fentanylplåster, tramadol och andra* (se **avsnitt 1.1**). Vid insättning av beroendeframkallande medel bör alltid hereditet, annat missbruk eller beroende och personlighetsstörning beaktas. Traumatiska livshändelser finns många gånger som bakgrund vid beroende. Ofta är riskfaktorer väl dolda. Innan läkemedelsbehandling med beroendeframkallande medel startas ska korrekt indikation dokumenteras, en vårdplanering med måldos, utvärdering, insättning av andra möjliga läkemedel dokumenteras och genomföras. Observera att underbehandling av ångest och av smärta kan orsaka missbruksbeteenden: patienten kan uppsöka andra läkare, söka sig till anhöriga som kan dela med sig av sina läkemedel, dosera läkemedlen på annat sätt än ordinerat, kombinera med olämpliga receptfria preparat, m.m. Detta bör under alla omständigheter undvikas. Läkemedlets roll i behandlingen bör utvärderas kontinuerligt. Den läkare som ordinerar ett beroendeframkallande medel har behandlingsansvaret tills annan läkare tar över. Goda resultat vid läkemedelsberoende uppnås genom en integrerad behandling med långsam individuellt anpassad nedtrappning, psykosocialt stöd och hjälp till rehabilitering. För att resultat ska bli bestående är det viktigt att varje nedtrappning sker i samförstånd mellan patient och förskrivare. Ofta krävs ett engagerat och kontinuerligt stöd av annan vårdpersonal än enbart läkare då nedtrappning av läkemedel vid beroende är tidskrävande.

4.2 Handläggning: primärvård, allmänpsykiatri eller beroendeenheten?

NEDTRAPPNING VID LÄKEMEDELSBEROENDE kan ske inom primärvården vid okomplicerade fall. Det är bättre att trappa ner inom öppenvården därför att man då kan trappa ner långsammare. Vid ineliggande vård behöver man trappa snabbare på grund av att man inte kan tolerera allt för långa vårdtider. Om nedtrappningen misslyckas inom primärvården kan det därför bli aktuellt att remittera patienten till den allmänpsykiatriska öppenvården. Om patienten är känd på den psykiatriska öppenvården kan det också vara mer naturligt att det är där som man erbjuder hjälp med nedtrappning. Undantagsvis kan det bli aktuellt att lägga in patienten för att i alla fall påbörja nedtrappningen inom slutenvården. Om det blir aktuellt med akut behandling av abstinenssyndrom, till exempel vid blandberoende så är det troligast att patienten läggs in på beroendevård, i annat fall på en allmänpsykiatrisk avdelning.

4.3 Bensodiazepinberoende

OLIKA BENSODIAZEPINER (BDZ) marknadsförs för olika indikationer, men underlaget för denna uppdelning är bristfällig. Medel med snabbt insättande effekt och kort halveringstid anses ha störst beroendepotential. BDZ förstärker den normalt hämmande effekten av signalsubstansen GABA (gamma-aminosmörtsyra). De viktigaste effekterna av dessa medel är ångestlindring och sedering. Till långtidseffekterna kan nämnas emotionell förflackning och kognitiva svårigheter, till exempel allt svårare med abstrakt tänkande samt förändringar i omdömesförmåga. Noterbart är att även *zopiklon* och *zolpidem* utövar sina effekter via signalsubstansen GABA, på motsvarande sätt som BDZ, och har beroendepotential.

En individuellt utformad successivt och långsam nedtrappningsplan av den beroendeframkallande substansen, just det preparat som patienten är beroende av, görs tillsammans med patienten. Om olika typer av BDZ används startas nedtrappningen med den substans som har kortast halveringstid (se **tabell 1**). Målet är att abstinenssymtomen inte blir svårare än att de kan uthärdas.

Viktigt är att fördela doserna jämt över dagen innan nedtrappningen påbörjas. En nedtrappad dos höjs aldrig, däremot kan patienten stå kvar ytterligare en tid på samma dos vid uttalad abstinens. Ett förslag till BDZ-nedtrappning skulle kunna vara cirka 10 procent av dosen vid varje tillfälle. Patient i slutenvård trappas cirka 2 gånger per vecka, sjukskriven patient i öppenvård cirka 1 gång per vecka till 1 gång varannan vecka. Patient som fortsätter att arbeta nedtrappas cirka 1 gång varannan vecka, ibland glesare. Efter långvarigt beroende rekommenderas uppföljning upp till ett år.

Tabell 1. Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel med beroendepotential
Bensodiazepiner:

Substans	Preparat	Maximal plasmakonc.	Halveringstid (timmar)	Anxiolytisk sederande ekvipotens	Aktiva metaboliter
midazolam	Dormicum, Midazolam	0,5 h (inj.)	1,5-2,5	2,5 mg	ja
triazolam	Halcion	1-2 h	2-4	0,50 mg	ja
oxazepam	Sobril, Oxascand	ca 2 h	10	25-30 mg	nej
alprazolam	Xanor, Xanor Depot, Alprazolam	1-2 h (5-11 h för depot)	12	1 mg	ja
lorazepam	Temesta	1-2 h	12	2 mg	nej
flunitrazepam	Rohypnol, Fluscand Flunitrazepam.	1–1,5 h	13-19	1 mg	ja
diazepam	Diazepam, Stesolid	0,5-1 h	20-70	10 mg	ja
klonazepam	Iktorivil	1,0-4,0	30-40	0,50 mg	nej
nitrazepam	Apodorm, Nitrazepam	ca 2 h	25	5 mg	ja

Övriga sedativa-hypnotiska läkemedel och antiepileptika med beroenderisk

Substans	Preparat	Maximal plasmakonc.	Halveringstid (timmar)	Aktiva metaboliter
zolpidem	Stilnoct	0,5-3 h	0,8-3,2	nej
zopiklon	Imovane, Zopiklon	1-2 h	4-6 (4-7 hos äldre)	nej
klometiazol	Heminevrin	1-1,5 h	4-9	i.u.
pregabalin	Lyrica	1 h	6	nej

Halveringstiden gäller peroral administrering där inget annat anges. Observera att den kliniska effekten ses snabbare än angivna tiden för maximal plasmakoncentration. (i.u.= ingen uppgift, h=timmar)

Abstinenssymtomen uppträder olika snabbt beroende på substansens nedbrytning och utsöndring. Vanligast symtomen vid BDZ-abstinens är ångest, oro, nedstämdhet, sömnstörning, svettningar, värk i muskler, överkänslighet för ljud och ljus. Observera att dessa symtom ofta liknar de ursprungliga besvären.

Vid bensodiazepinabstinens kan fenobarbital (Fenemal) användas för abstinens- och krampanfallprofylax. Patienten sätts på 600 mg Fenemal som sedan trappas ned med 50 mg/dagligen. Ingen vid behov bensodiazepin behövs under behandlingstid.

4.4 Analgetikaberoende

OPIATER BINDER SIG FRAMFÖRALLT TILL μ -opioida receptorer i centrala nervsystemet och leder till bland annat smärtdämpning, eufori och sedering. Trots att huvudindikationen är smärtlindring, blir ofta den lugnande effekten eftersträvsvärd för patienten och kan leda till önskemål om bibehållen

medicinering. Risken för beroende av opioider är relaterad till snabba förändringar i CNS/plasmakoncentrationen och ses framförallt hos preparat med snabbt tillslag och kort halveringstid samt vid injektion. Den uttalat snabba toleransutvecklingen uppstår vid såväl starka som svaga opioider och kan leda till häpnadsväckande doser. Missbruk av opioider i kombination med paracetamol (Alvedon, Pamol, med flera) och salicylsyra (Magnecyl, trombyl, med flera) kan ge livshotande skador, framför allt vid eventuellt återfall då den tidigare leverenzyminduktionen avstannat och patienten mycket snabbt kommer upp i sin tidigare höga beroendedos.

Tabell 2: Läkemedel av intresse vid analgetikaberoende

Substans	Preparat	Maximal effekt (timmar)	Effekt duration (timmar)	Analgetisk ekvipotens	Aktiva metaboliter
morfin	Dolocontin, Morfin	1-6	8-12	p.o. 30 mg i.v. 10 mg	ja
oxykodon	OxyNorm, OxyContin	1 3	6 12	p.o. 60 mg i.v. 10 mg	nej
ketobemidon	Ketogan Novum	10-30 min	3-5	p.o. 30 mg i.v. 10 mg	i.u.
dextro-propraxifen	Dexofen, Doloxone (avregistrerade)	0,5-1	6-8	p.o. 50–60 mg	ja
tramadol	Nobligan, Tradolan, Tramadol	1-2 5 h (retard)	Halveringstid: 6	p.o. 60 mg i.v. 30–50 mg	ja
kodein	Citodon, Panocod, Treo comp	0,5-1	Halveringstid: 2-3	p.o. 100 mg i.v. 40–60 mg	ja
karisoprodol	Somadril	0,5	4-6	Ingen uppgift	Ingen uppgift
fentanyl	Fentanyl (plåster)	12-24	72	0,1 mg	ja

Halveringstiden gäller peroral (p.o.) administrering. Observera att vid injektion (i.v. = intravenöst) sker tillslaget efter ungefär 0-30 min beroende på substans.

Vid okomplicerade fall sätts preparatet ut eller trappas ner. Rent tekniskt går det att trappa ner analgetika snabbare än BDZ. Många patienter är återställda från sin abstinens inom några veckor. Tidsförloppet för abstinensbesvären varierar beroende på det missbrukade medlets halveringstid (se tabell 2 ovan och avsnitt 1.2.4). Öronakupunktur enligt NADA (National Acupuncture Detoxification Association) har dokumenterad effekt vid opiatabstinens.

Gemensamt för BDZ och analgetika är att de vid utsättande ger abstinenssymtom i form av ångest och depressivitet, besvär som ibland kan vara långdragna. Symtomen är farmakologiskt svåråtkomliga och traditionella sedativa och antidepressiva läkemedel har endast marginella effekter.

4.4.1 Behandling av blandberoende

Vid okomplicerat blandberoende av läkemedel trappas företrädesvis analgetika ut först och BDZ sist.



5. Behandling av övriga droger

Inom vården kommer vi i kontakt med missbruk av ett flertal andra droger såsom amfetamin, cannabis, GHB och GBL, kokain, ecstasy, LSD med mera. Dessa droger ger sällan så långvarig eller svår abstinens att missbrukaren behöver vårdas inom den psykiatriska slutenvården annat än om missbruket lett till psykotiska symtom. Det kan även röra sig om att missbrukaren tagit för hög dos vilket i svårare fall kan vara ett livshotande tillstånd. I dessa fall skall missbrukaren omhändertas inom den medicinska akutsjukvården. Det är inte ovanligt att missbrukaren i dessa fall måste övervakas på IVA. Den värsta abstinensen klingar dock för det mesta av inom det första dygnet. Eventuellt kan det sedan bli aktuellt med övertagning till Beroendevården där en vårdplanering görs tillsammans med socialtjänsten. Vård enligt LVM bör i dessa fall övervägas.

5.1 Centralstimulantia

DET VANLIGAST CENTRALSTIMULERANDE MEDLET i Blekinge är amfetamin, i undantagsfall förekommer också kokain som dock framför allt är ett medel som används mer i storstäderna. Båda medlen ger en kortvarig initial euforisk ruseffekt och därefter en mer långvarig dysforisk komponent. Dysforin är både en direkteffekt av drogen och ett abstinenssymtom och kan anta psykotisk karaktär med hallucinationer och förföljelsetidéer. Ibland förekommer rent schizofrena symtom. Efter intag av höga doser kan också ett vegetativ excitationssyndrom uppträda.

Inläggning på psykiatrisk vårdavdelning är indicerat vid psykos och suicidalitet. Även vid förstagångskontakt med ny patient kan inläggning övervägas, även om strikt medicinsk indikation inte föreligger. Vården bör ske i ett tyst och mörkt rum. Rikligt med vätska ges. Vid oro och sömnsvårigheter ges som förstahandsval bensodiazepiner, till exempel diazepam (Stesolid) 5–10 mg 1–3 ggr dagligen eller oxazepam (Oxascand, Sobril) 5–15 mg 3 ggr dagligen. Vid psykos rekommenderas initialt preparat med liten risk för cirkulatorisk påverkan, till exempel haloperidol (Haldol) 2–5 mg högst var 4:e timme. Även detta medel kan ge cirkulatorisk påverkan och bör därför helst inte ges under det första dygnet efter sista amfetaminintaget. Om psykotiska symtom uppvisas flera dygn efter avslutat amfetaminintag kan olanzapin (Zyprexa) 5–15 mg/dygn användas.

Om intoxikation misstänks skall alltid behandlingen ske på intensivvårdsavdelning. Symtom på intoxikation är kraftig takykardi (puls upp emot 200 slag/minut kan förekomma), hypertoni och hypertermi. Dysautonomt syndrom kan förekomma med kollaps i det sympatiska nervsystemet. Detta leder framförallt till en intensiv ångest men hastigt blodtrycksfall kan följa. Hjärnblödning måste uteslutas, till exempel vid kraftig ensidig huvudvärk eller parestesier.

Uppföljande vård planeras alltid i samverkan med socialtjänsten. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot kvinnliga missbrukare eftersom missbruk under graviditet ökar risken för fostermissbildningar och perinatal död.

5.2 Cannabis

INTOXIKATIONER EFTER CANNABISBRUK är ovanligt. Aggressiva genombrott och förvirringstillstånd kan dock förekomma. En latent psykotisk störning kan också manifesteras. Denna kan vara flera veckor och präglas av hänsyftnings- och förföljelsetidéer. Schizofreniliknande symtom kan även uppträda mot en bakgrund av förvirring. Grundstämningen är då vanligen förhöjd. Tillstånd med depression kan även förekomma.

På grund av cannabis långa utsöndringstid kan abstinenssymtom finnas under flera veckor. Ofta ser man irritabilitet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter med mardrömmar, överklighetskänsla, ångest och depression som abstinenssymtom. Alimemazin (Theralen) och propiomazin (Propavan) ges som förstahandsmedel vid oro och sömnsvårigheter. Om dessa inte har en tillräcklig effekt kan en bensodiazepin (till exempel oxazepam 15–25 mg 1–3 ggr dagligen) ges som tillägg under några dagar.

Vid slutenvårdsbehandling av psykos kan haloperidol (Haldol) eller risperidon (Risperdal) ges i doserna 2–5 mg per dygn.

5.3 GHB, GBL och butandiol

Allmänt:

GHB (gamma-hydroxybutyrat) är en narkotikaklassad substans som i små mängder bildas i den mänskliga kroppen. Substansen syntetiseras illegalt. GHB kan enkelt framställa hemma i köket – syntesen är välbeskriven på internet. GHB kan syntetiseras i kroppen av GBL (gamma-butyrolakton), som dock också är narkotikaklassat. Således förekommer också missbruk och intoxication med GBL.

Butandiol är en alkohol och omvandlas i kroppen till GHB.

GHB och GBL intas i berusningssyfte, oftast peroralt. Har en fotogenliknande doft.

Det finns ingen antidot för GHB.

Missbruk av GHB ingår oftast i ett blandmissbruk/blandberoende. Ett rent GHB-beroende finns inte beskrivet i litteraturen. GHB har alkoholliknande ruseffekter och används ofta tillsammans med alkohol, bensodiazepiner eller istället för alkohol.

Farmakokinetik och toxicitet

Snabb absorption med påverkan efter 15 minuter och toppkoncentration inom 1,5–2 timmar. Passerar blod-hjärnbarriären. Metaboliseras i de flesta vävnader till koldioxid och vatten. En del kan även metaboliseras till GABA. Cirka 10% utsöndras ickemetaboliserat via urinen. Halveringstiden är cirka 30 minuter.

- 1 g GHB (1 kapsyl), lindrigt rus. Som varar cirka 1 timme.
- 2 g GHB leder till sömn inom 30 minuter.
- 3–4 g GHB orsakar koma, varaktighet 3–5 timmar.
- 5–6 g GHB orsakar djupt koma med risk för andnings- och cirkulationssvikt.

Klinisk bild

- CNS-depression, slöhet till djupt koma. Vanligen vaknar personen upp spontant och abrupt inom 1–2 timmar och har i regel inga symtom 4–8 timmar efter exponeringen.
- Minskad muskeltonus, kräkningar. Muskelryckningar kan förekomma.
- Risk för allvarlig andningsdepression. Cheyne-Stokes andning vanlig.
- Bradykardi med cirkulationspåverkan förekommer.
- Övergående hypokalemi och hypernatremi förekommer.
- Delirium vid avbruten hög (daglig) konsumtion.

Utredning - Provtagning

Blodgas. Elektrolyter. P-Glukos.

Behandling

- Symtomatisk, andningsövervakning. Ventrikeltömning och kol har begränsat värde på grund av snabb absorption.
- Atropin vid bradykardi. Vätska vid hypotension.
- Korrigera elektrolytrubbning (hypokalemi).
- Uppvaknandet är ofta abrupt och kan följas av förvirring samt hallucinos.
- Sederung med propofol vid behov.

Prognos och följder

Om adekvat symtomatisk behandling ges är prognosen mycket god. Inga primära organskador beskrivna.

Vård

Om intag av GHB misstänks (på grund av egenanamnes, kliniska symtom, uppgifter från sjukvårdspersonal, anhöriga eller ”kompisar”) ska följande ske:

Vid inskrivning:

- Noggrant somatisk status: framför allt vakenhet, (enligt RLS), hjärtrytm, andning (frekvens och djup), pupillreflexer, ögonmotorik, muskeltonus.
- Provtagning: blodgas, elektrolyter, glukos, urintoxikologisk screening (sticka eller dylikt). Vid behov fryses provet.

Utan tecken på andningsdepression, endast slöhet, trötthet och lätt sömn:

- Sängläge
- Kontroll av vakenhet, puls, blodtryck, saturation varje kvart
- Övervakning (grad 1)

Vid tecken på andningsdepression, arytm, djup sömn eller tecken på begynnande koma:

- Omedelbart: remiss till medicinska kliniken, eventuellt IVA.

Efter uppvaknande och när patienten inte längre är påverkad:

- Sedvanlig eftervård via socialtjänsten och/eller Beroendeenheten – enligt klinisk bild.
- Om patienten inte vill ha vård enligt HSL: anmälan enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) på samma sätt som vid opiatöverdoser.



6. Patienter med särskilda risker och behov

6.1 Kvinnor

6.1.1 Allmänt

Kvinnor med missbruk eller beroende är mycket mer utsatta för misshandel, sexuellt utnyttjande, olika sorters tvång från andra missbrukare men också för betydligt större risk för missbruksorsakade organskador och psykiska skador. Kvinnor upplever också större skam- och skuldkänslor än män när de utvecklar missbruk och beroende. Denna utsatthet och skam hindrar kvinnor att söka hjälp, framför allt de första gångerna. Kvinnor med barn fruktar också att deras barn ”ska tas ifrån dem”, vilket hindra dem att uppsöka socialtjänsten. Därför är de kvinnor, som kommer till missbruks- och beroendevården ofta i sämre psykiskt, socialt och kroppsligt skick än män i motsvarande ålder.

Kvinnor som söker hjälp för missbruk och beroende ska få hjälp så snabbt som det går. Inläggning till slutenvård skall ske på mer generös indikation eftersom kvinnor ofta är i sämre skick. När kvinnor bedöms av manlig läkare, skall en kvinnlig personal finnas med i rummet för att den kvinnliga patienten ska känna sig tryggare och mindre pressad. Patienten ska erbjudas stöd från till exempel kvinnojour, socialtjänst och de resurser, som kommun och landsting kan erbjuda.

6.1.2 Kvinnor i underhållsbehandling

Kvinnor som får underhållsbehandling med buprenorfin eller metadon ska erbjudas tid till barnmorska för preventivmedelsrådgivning eftersom underhållsbehandling kan återställa fertiliteten utan att en menstruation först inträffar och således är risk för en av kvinnan önskad graviditet stor.

Kvinnor som får underhållsbehandling träffar ofta andra medpatienter, som utsatt kvinnorna för tvång eller våld. Detta bör man beakta, framför allt för att undvika uppkomst av ångest. Man bör också observera att dessa kvinnor löper betydligt större risk för posttraumatiskt stressyndrom.

6.1.3. Kvinnor med ansvar för minderåriga

Det är betydligt vanligare att barn sammanbor med kvinnor med ett missbruk eller beroende än med män med ett missbruk eller ett beroende. Det är därför viktigt att fråga patienten om det vistas barn hos patienten, och att beakta, att **all sjukvårdspersonal är skyldig** att till socialtjänsten anmäla om man befarar att ett barn far illa (Socialtjänstlagen, 14 kap. § 1).

6.2 Unga vuxna

UNGA VUXNA (kvinnor och män i åldern 18–25 år) är mer utsatta för risker för komplikationer av missbruk och beroende än vuxna äldre än 25 år. Ofta söker unga vuxna hjälp för första gången. Det första vårdtillfället har stor betydelse för den motivationen för fortsatt vård. Det är därför viktigt att dessa unga vuxna erbjuds vård på mer generösa indikationer.

Samsjuklighet är mycket mer vanligt förekommande hos unga vuxna än hos äldre. Framför allt gäller detta neuropsykiatriska funktionshinder, förekomst av psykosjukdomar och bipolära tillstånd, men även personlighetsstörningar. Även substansbetingade psykoser och allvarliga depressioner med hög suicidrisk (till exempel orsakade av MDMA = ecstasy) är överrepresenterade.

I syfte att förkorta missbrukskarriären är det viktigt att behandlingsinsatser sker kraftfullt och att patienterna erbjuds alla de möjligheter som landsting, kommun och andra aktörer kan erbjuda. Därför är det viktigt för en noggrann vårdplanering, helst tillsammans med socialtjänst och andra.

Unga vuxna utan samtidig psykisk sjukdom har en bättre prognos för rehabilitering än alla andra.

6.3 Äldre och missbruk/beroende

UNDER DE SENASTE ÅREN har förekomst av missbruk och beroende hos äldre ökat. Detta gäller framför allt alkoholmissbruk och alkoholberoende, så kallad "lådvinsalkoholism". Eftersom de flesta av de äldre är pensionerade och har en relativt trygg ekonomi är många av de sociala kontrollmekanismerna satta ur spel och ett missbruk kan fortgå utan att det upptäcks.

När patienterna söker för diverse psykiska eller somatiska tillstånd, ses detta som ett uttryck för åldrandet och missbruket/beroendet blir oupptäckt, ofta under flera år. Det är därför viktigt att undersöka förekomst av högt alkoholintag eller alkoholrelaterade konsekvenser, till exempel med hjälp av AUDIT när en patient söker för följande tillstånd:

- Sömnbesvär
- Ångest, oro
- Depression
- Minnesproblem
- Ryggbesvär
- Hypertoni
- Diabetes
- Magsäcksproblem
- Oförklarlig trötthet
- Anemi
- Trombocytopeni
- Olycksbenägenhet
- Diffusa smärttillstånd
- Huvudvärk

6.4 Hemlösa

BLAND HEMLÖSA är missbruk/beroende snarare regel än undantag: mer än 95% av de hemlösa har samsjuklighet med missbruk/beroende med psykisk och/eller somatisk sjuklighet. Så gott som alla hemlösa har som minst somatisk sjuklighet, ofta orsakad av undernäring, utsatthet, bristande möjlighet för hygien och grundläggande vård. Det är därför mycket viktigt att, när dessa patienter söker hjälp, noggrant undersöka dem somatiskt och psykiatrisk, ta prover med generösa indikationer och under pågående vårdtid, noggrant och i samråd med patienten planera fortsatt vård.



7. Psykiatrisk samsjuklighet och allmänna åtgärder

7.1 Behandling av psykiatrisk samsjuklighet

I ENLIGHET MED GÄNGSE PSYKIATRISKT ARBETSSÄTT ställs genom anamnes och psykiskt status diagnos av eventuell comorbid psykisk sjukdom. Diagnosen ställs i enlighet med sedvanliga kriterier i ICD-10 och eventuellt även i DSM-IV. Vid behov kan utredningen kompletteras med psykolog- och/eller kuratorsbedömning.

Behandlingen av samsjuklighet, det vill säga psykisk sjukdom hos patient med missbruk eller beroende följer i princip gängse normer för behandling av den psykiska sjukdomen hos en patient som inte har samtidigt missbruk/beroende. De vanligaste psykiska sjukdomarna i samband med beroende är ångest och depressivitet, men också psykossjukdom förekommer. Den viktigaste skillnaden vid behandling av depression och ångest hos patienter med missbruk/beroende är att läkemedel med beroendepotential, framför allt bensodiazepiner, inte ska användas.

Viktigt är att samtidig psykisk sjukdom behandlas parallellt med beroendet. Behandling av psykisk sjukdom hos patient med beroendeproblem inleds, i de fall patienten är i behov av abstinensvård, på beroendeavdelningen för att sedan flyttas över till allmänpsykiatrisk avdelning alternativt skrivs ut för fortsatt kontakt med sektorsmottagning och eventuell mellanvård. I dessa fall är det också viktigt att patienten även har kontakt med kommunens missbruksvård. Vid välbehandlad psykisk sjukdom av lättare grad och när substansbruket inte är aktivt kan patienten i förekommande fall även remitteras för fortsatt vård inom primärvården.

Observeras bör, att behandling av ångest och depressiva tillstånd inte bör insättas i samband med alkoholabstinensbehandling. Patienten ångest- och depressionssymtom ska utvärderas 2–3 veckor efter avslutad abstinensbehandling och när patienten har varit alkoholfri, eftersom 70–80% av alkoholberoende patienter med depressionssymtom och ångest får tydligt minskade symtom efter 2–4 veckors alkoholfrihet.

7.2 Utredning och behandling av funktionshinder med tidig debut

DET ÄR INTE OVANLIGT ATT MISSBRUK och beroende förekommer tillsammans med funktionshinder med tidig debut. De två viktigaste diagnoserna som man bör utreda är ADHD och autismspektrumsstörningar, inklusive Aspergers syndrom. Behandlingen av patient med neuropsykologisk störning, till exempel ADHD och missbruksanamnes kan ske på sektorsmottagning. Detta förutsätter dock att patienten avhåller sig från missbruk. Samtidig kontakt med kommunens missbruksvård är viktig.

7.3 Allmänna åtgärder och tvångsåtgärder

GENOM SIN OFTA KRÄVANDE ATTITYD sätter missbrukare personalens tålamod på hårda prov. Diskussionen om medicin och doser sker ofta vid slutenvårdstillfällen och plötsliga önskningar om utskrivning i förtid förekommer. Det förekommer att patienter med missbruksproblem hör av sig till jourenheten och säger sig ha förlorat utskrivna recept eller tablettförpackningar och begär extra utdelning. Ett gemensamt och konsekvent förhållningssätt hos personal är mycket viktigt liksom att skriftliga rutiner finns som också följs. Medicinpåse med minsta möjliga mängd relevant medicin bör till exempel vara regel vid akutbesök.

Tvångsvård enligt LPT är inte tillämpligt vid bara missbruk eller beroende. Om däremot rus, intoxication eller abstinens präglas av konfusion, bristande verklighetsuppfattning och/eller psykotiska upplevelser ska tvångsvård enligt LPT användas. Detta kan till exempel gälla delirium tremens eller ett psykosgenombrott efter amfetaminmissbruk.

När alla möjligheter till frivillig vård för missbruk/beroende har uttömts och personen

- har ett fortgående missbruk/beroende,
- utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv,
- kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående

har läkare skyldighet att göra en anmälan till socialnämnden enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Anmälan bör ha föregåtts av en kontakt med socialtjänsten. Anmälan kräver inte någon standardiserat formulär utan det räcker med ett vanligt brev där anmälarens namn och tjänstställning framgår, vilken person det gäller och anledningen till LVM-anmälan. Vid akuta ärenden görs en anmälan om akut omhändertagande enligt LVM § 13. I detta fall måste ett fullständigt läkarintyg bifogas anmälan.



8. Handläggning av körkortsintyg

Enligt körkortslagen är ett pågående missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika inte förenligt med körkortsinnehav. Som regel görs ingen skillnad på yrkeschaufförer med högre körkortsbehörigheter eller innehav av endast B-behörighet i dessa avseenden.

Okomplicerade körkortsärenden (enbart missbruk eller beroende) handläggs inom primärvården. Patienter med samsjuklighet (missbruk/beroende och samtidig psykisk sjuklighet) handläggs på respektive psykiatrisk mottagning. Körkortsärenden ska inte handläggas inom slutenvården eller på akutmottagning.

Krav på läkarintyg ställs för att återfå ett körkort efter trafikbrott där alkohol eller narkotika varit inblandat, till exempel efter att ha kört rattonykter. Krav på läkarintyg kan även ställas på person som söker körkortstillstånd och har ett dokumenterat alkohol- eller narkotikamissbruk, till exempel då personen förekommer i polisens belastningsregister över begångna brott under alkohol- eller drogpåverkan. För en körkortsinnehavare där det framkommer misstanke på alkoholmissbruk /beroende eller narkotikamissbruk kan denne få körkortet ifrågasatt och krävas på läkarintyg för fortsatt körkortsinnehav. Polisen rapporterar regelmässigt brott som begås under alkohol- eller narkotikapåverkan och även innehav av narkotika till Transportstyrelsen. Således kan två omhändertagande enligt lagen om omhändertagande av berusad (LOB) inom samma 5-årsperiod indikera på alkoholmissbruk och leda till krav på läkarintyg. Vanligtvis krävs 3–6 månaders observationstid för att återfå ett körkort, därefter har Transportstyrelsen rätt att kvarhålla ett körkort under villkor i ytterligare 2 år. Regelmässigt krävs intyg var 6:e månad första året, därefter efter ytterligare 12 månader där de sista 6 månaderna skall kontrolleras.

Transportstyrelsen begär intyget och ställer formella krav, dels på intygsskrivande läkare, dels på omfattningen av tiden som personen skall stå under observation. Krav på specialläkare inom psykiatri ställs vanligen då det framkommer psykisk sjukdom eller vid mer avancerat beroende, framför allt vid blandmissbruk. I övriga fall är minimikravet legitimerad läkare, helst specialist och med god kännedom om missbruk och beroendesjukdomar. Läkarkontinuitet är ett krav, tillfälliga läkare, exempel hyrläkare ska inte utfärda dessa intyg.

Läkarintyget skall innehålla en prognosbedömning och styrka ett ”varaktigt nyktert levnadssätt”. Det är viktigt att avgöra om det föreligger en beroendesjukdom eller ett missbruk enligt DSM-IV. Kriterierna för dessa sjukdomstillstånd finns tydligt angivna på den förtryckta blankett som man kan använda och som man kan hämta på Transportstyrelsens körkortsportal. Kontinuerlig kontakt med intygsskrivande läkare krävs och under en 6-månaders observationstid minst 3 läkarbesök. Under observationstiden skall det ske kontinuerlig provtagning. Patienten kallas med kort varsel, det vill säga kallelse till provtagning bör ske per telefon med ett dygns varsel. Detta gäller framför allt vid narkotikamissbruk. Minst en provtagning per månad.

Läkaren informerar patienten vid första läkarbesöket vilka regler som gäller. Det är patientens ansvar att medverka för att underlätta provtagning genom att vara tillgänglig och att meddela förhinder till läkarbesök, uteblivna besök godtas inte. Även vid endast alkoholscreening kan det vara lämpligt att någon gång ta ett slumpmässigt urinprov. Informera om vilka läkemedel som inte får användas (kodein, etylmorfin, tramadol, oxykodon). Det är viktigt med kontroll av ID-kort på alla patienter som inte är kända. De alkoholmarkörer som används är GT-P, ALAT-P, ASAT-P, MCV samt CDT-S eller PEth-B. CDT-S har en god specificitet vid långvarig hög alkoholkonsumtion.

Narkotika och narkotikaklassade läkemedel spåras med hjälp av urinalyser. Provtagningsföreskrifterna vid narkotikascreening är mer omfattande än vid enbart blodprover för alkoholscreening. Provtagningen skall vara övervakad.



9. Kvalitetsindikationer och kvalitetsarbete

ett prioriterat område inom hälso- och sjukvården i landstinget Blekinge är att utveckla den evidensbaserade vården, att utvärdera given vård och att kontinuerligt arbeta med kvalitetsarbete. Detta gäller även missbruks och beroendevård som bedrivs inom landstinget.

9.1 Klienter i missbruksbehandling (KIM)

I SVERIGE HAR DET SEDAN drygt 10 år tillbaka bedrivits ett arbete med Socialstyrelsen som huvudman för att erhålla ett underlag för kontinuerlig rapportering av vårdtillfällen vid specialiserade enheter för behandling av alkohol och narkotikamissbruk. Beroendeenheten i Karlskrona är ansluten till detta rapporteringssystem och rapporterar löpande basuppgifter till Statistikenheten på Socialstyrelsen på samtliga patienter som påbörjar en vårdbehandling av sitt missbruk. Det finns en speciell 4-sidig blankett som används för detta ändamål och som kan beställas från Socialstyrelsen.



10. Kvalitetsindikatorer

INFÖR VARJE NYTT ÅR ska två kvalitetsindikatorer fastställas för uppföljning kommande år.



11. Bilagor

Bilaga 1: CIWA-AR	41
Bilaga 2: Rutiner för urinprovtagning	a) på mottagning 45
	b) vid inläggning 47
Bilaga 3: Riktlinjer och rutiner för underhållsbehandling med buprenorfin och metadon vid Underhållsmottagningen i Karlskrona	49
Bilaga 4: Vårdplan för läkemedelsassisterad underhållsbehandling	51
Bilaga 5: Blankett: LVM läkarintyg	55
Bilaga 6: Blankett: Läkares anmälan om medicinska olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation	57
Bilaga 7: Blankett: Anmälan enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen	59

Så här skriver du ut en blankett

Alla
 Aktuell vy
 Aktuell sida
 Sidor:
37

Klicka på knappen **PRINT**

Ska du endast skriva ut sidan du har på skärmen – välj **Aktuell sida**. Sidans nummer står i det vita fältet.

Alla
 Aktuell vy
 Aktuell sida
 Sidor:
37-45
Delmängd

Ska du skriva ut fler sidor – välj **Sidor**:
I det vita fältet skriver du in de sidor du vill skriva ut, t ex **37-45** för alla sidor mellan 37 och 45 eller **37,41,45** för enstaka sidor.



CIWA-AR

(Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised)

1. Illamående och kräkningar

Fråga: Är du illamående? Har du kräcks?

0. ej illamående/kräkning
1. lätt illamående
2. antydde taktila förändringar
3. måttligt illamående, med kväljning
4. konstant illamående, kväljningar och kräkningar

2. Tremor – utsträckta armar och särade fingrar

0. ingen tremor
1. måttlig tremor med utsträckta armar
2. kraftig tremor trots stöd för armarna

3. Svette

0. ingen svettning
1. fuktiga handflator
2. synliga svettdroppar på pannan
3. kroppen blöt och svett

4. Ängest

Fråga: Känner du dig orolig?

0. ingen ångest, lugn
1. mycket lätt ångest
2. måttlig ångest, eller spänd
3. panikkänsla, mycket stark ångest

5. Psykomotorisk oro

0. normal aktivitet
1. något förhöjd aktivitet
2. måttligt orolig och rastlös
3. kan inte sitta eller ligga alls



6. Taktila förändringar

Fråga: 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. måttliga taktila hallucinationer
4. kraftiga taktila hallucinationer
5. ständiga taktila hallucinationer

7. Hörsel förändringar

Fråga: Är dina hörselintryck förstärkta eller skrämmande? Hör du något som oroar dig?
Hör du saker som inte finns?

0. inga hörsel förändringar
1. antytt förstärkta hörselintryck
2. lätt förstärkta hörselintryck
3. måttligt förstärkta hörselintryck
4. lätta hörselhallucinationer
5. kraftiga hörselhallucinationer
6. mycket kraftiga hörselhallucinationer

8. Syn förändringar

Fråga: Känns ljusets styrka eller färg onormalt? Ser du något som oroar dig? Ser du saker som inte finns?

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

9. Huvudvärk

Fråga: Har du huvudvärk? Känns det som ett band runt pannan? Obs bedöm inte ev yrsel

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

Fråga: Vad är dagens datum? Var är vi någonstans? Vem är du?

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

Tillägg

0. Ingen anamnes på EP eller DT
5. Anamnes på tidigare EP eller DT

SUMMA: poäng

Personnummer:

Namn:

Läkare:

Datum:

Puls: / min

Blodtryck: /

Rutiner vid urinprovtagning på mottagningen

Provtagningen ska alltid vara övervakad av personal.

Urinprov skall som regel lämnas 3 gånger/vecka om ansvarig läkare inte har bestämt något annat.

Patienten ska tvätta händerna innan provtagning.

Det behövs ½ mugg. Helst ska första portionen kastas.

Urinprovet ska lämnas innan medicinintag.

Om man vägrar lämna urinprov räknas detta som positivt utfall. Ingen potentiellt beroendeframkallande medicin lämnas ut den dagen.

Ingen medicin lämnas ut förrän urinrovet är analyserat.

Vid positivt urinprov spara urinen. Informera ansvarig läkare. Vid behov skicka urinen till lab. för verifiering.

Den tid som är avsatt gäller. Kommer patienten mer än 20 min för sent utan att ha hört av sig så erhåller patienten ingen medicin den dagen.

Ingen utdelning av Suboxone, Subutex eller Metadon utanför mottagningens öppettider.

Vid uteblivet besök så kontaktas ansvarig läkare samt handläggaren vid kommunens missbruksvård.

Rutiner vid urinprovtagning på patient som läggs in på Beroendeenheten

På alla patienter som läggs in på Akutpsykiatriska avdelningen eller Beroendeavdelningen och där man misstänker att vederbörande har missbrukat narkotika ska drogscreening i urin göras.

Provtagningen ska alltid vara övervakad av personal.

Patienten ska tvätta händerna innan provtagning.

Det behövs ½ mugg. Helst ska första portionen kastas.

Urinprovet ska lämnas innan medicinintag.

Om man vägrar lämna urinprov räknas detta som positivt utfall. Ingen potentiellt beroendeframkallande medicin ges innan personen presterat ett urinprov.

Vid positivt urinprov spara urinen. Skicka urinen till lab. för verifiering. Informera ansvarig läkare.

Riktlinjer och rutiner för underhållsbehandling med buprenorfin och metadon vid substitutionsmottagningen i Karlskrona

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2009:27. Denna finns att läsa på Socialstyrelsens hemsida, www.socialstyrelsen.se
- Syftet med behandlingen är att patienten skall upphöra med sitt missbruk samt att få förbättrad hälsa och social situation.
- Underhållsbehandlingen skall samordnas med kommunens socialtjänst.
- Patienten ska för att komma ifråga ha fyllt 20 år och ha ett dokumenterat opiatberoende sedan minst ett år.
- Vårdplan skall upprättas tillsammans med patienten och kommunens socialtjänst.
- I vårdplanen återfinns de olika uteslutningskriterierna:
 - 1 Patienten har inte medverkat i uppjord behandlingsintervall, uteblivit från 2 utdelningstillfällen efter varandra.
 - 2 Patienten har ett påvisat sidomissbruk oavsett drog, alkohol inkluderat.
 - 3 Patienten har manipulerat urinprov/medicinintag.
 - 4 Patienten har utsatt patienter eller vårdpersonal för våld eller hot om våld.
- Uteslutning medför tre månaders spärrtid. Spärrtiden gäller för samtliga underhållsbehandlingsprogram i Sverige
- Patienten skall ge sitt samtycke till att relevanta uppgifter som behövs för planering lämnas ut mellan mottagningen och kommunens socialtjänst och polis samt vårdcentral och även skola eller arbetsgivare i berörda fall.

Utredning

- Innehåll i utredningen

Missbruksutredning, helst ASI.

- Utredningen skall visa att patienten har ett ettårigt dokumenterat heroinberoende. Det ska också dokumenteras huruvida patienten uteslutits från tidigare underhållsbehandling.
- Patienten skall för att komma ifråga för vår Underhållsbehandling vara skriven i någon av kommunerna i Blekinge.
- Behandlingskonferens med socialtjänsten. Den sociala planeringen skall vara tillräcklig avseende boende och sysselsättning.
- Teamdiskussion och därefter beslut av överläkare om underhållsbehandling,
- Hänsyn tages till vårdgarantilagen.

Individuell vårdplan

En individuell vårdplan enligt specificerad mall skall upprättas i samarbete mellan patient, sjukvård och socialtjänst så snart som möjligt. Sammanfattningen av denna infogas i datajournalen. Den ska utvärderas i samband med möte med berörda parter varje halvår.

Behandling

En viktig del av behandlingen är kontroll genom övervakade medicinintag och övervakade urinprovtagningar för testning av drogfrihet samt kontroll med alkometer. Vid lyckad behandling minskas medicindelningstillfällena successivt. Detta göres individuellt och i samband med vårdplanering. Förutsättningen för ytterligare utglesning av intervallet mer än 2 gånger i veckan förutsätter en fungerande sysselsättning. Vid återfall där det inte är aktuellt med uteslutning så skall kontaktfrekvensen ökas till varje dag.

Medicinställning

Medicinställning sker i första hand polikliniskt. Om ineliggande vård för initial abstinensbehandling och medicinställning bedöms vara nödvändig kan detta göras på Beroendevdelningen i Karlskrona. Lägsta effektiva dos eftersträvas.

Initialt sker daglig utdelning och övervakat intag på substitutionsmottagningen.

Kontroller

Urinprov lämnas övervakat initialt tre gånger per vecka. Patienten skall tvätta händerna innan provtagning. Positiva urinprover räknas som positiva oavsett orsak. Patienterna måste därför själva ansvara för att inte konsumera vallmofrön, Cocillana-etyfin, Treo-Comp eller andra kodeinpreparat samt andra opiater/opioider som kan ge positivt utslag för opiater. Detsamma gäller läkemedel som kan ge utslag för centralstimulantia till exempel efedrin. Vid komplikationsfritt förlopp kan urinprovstagningen glesas ut successivt, men kan då ske med kort förvarning (senast dagen efter begäran om det). Personalen på mottagningen kan också se patienter som de uppfattar som påverkade att lämna ett extra urinprov.

All medicin som skickas med hem, krossas.

Uttrappning

Varje patient som känner att han/hon är stabil i sin drogfrihet och väljer att prova ett liv utan underhållsbehandling kan göra detta val. Dock skall detta göras i samråd med sin läkare på mottagningen.

Den patient som frivilligt lyckats trappa ut sig och klarar av att vara drogfri under nedtrappningen har ett års "ängertid", d v s kan välja att komma tillbaka i programmet under detta år.

Generella rutiner

- När patienten förlorat en dos/ medicin, oavsett hur, ges som princip ingen extra dos/medicin. Gäller det flera doser ges erforderligt antal "nöddoser".
- Stulen dos/medicin ska polisanmälas av patienten. Kopia av anmälan skall lämnas till mottagningen.
- Observera att medicinen kan vara **livsfarlig** för annan person. Den ska förvaras så att ingen obehörig kommer åt den. Får någon annan än patienten den är tänkt få i sig medicinen ska ambulans tillkallas. **RING 112.**
- Inga mediciner ges retroaktivt. Har man missat en dagshämtning ges inte denna medicin ut i efterhand.
- Om patienten kommer till mottagningen i påverkat skick har personalen rätt att neka patienten medicin. Läkare ska konsulteras.
- Vid resor utomlands gäller att man skall ha varit med i programmet i minst ett år och att man skall ha varit skötsam under denna tid. Originalbiljett skall uppvisas. Kopia av biljetten läggs i pappersjournalen.
- Vid resor inom EU behövs ett Schengenintyg som utfärdas av apotek. Vid resor utanför EU behövs ett tullintyg utfärdat av läkare vid mottagningen.
- Mediciner som bensodiazepiner och insomningstabletter (till exempel zopiklon) skall undvikas. Förskrivning av dessa mediciner av annan läkare får inte förekomma.
- Även annan vård som kan interferera med underhållsbehandlingen (till exempel vid smärtproblematik) ska ske i samråd med substitutionsmottagningen.
- Behandling av övrig psykiatrisk problematik kan erbjudas inom sektorspsykiatrin.
- Vid ineliggande vård på psykiatrisk eller somatisk klinik ska beroendeteamet informeras. Om medicinsk kontraindikation ej föreligger bör underhållsbehandlingen fortgå.

Vårdplan för läkemedelsassisterad underhållsbehandling

Patientens namn:	
1. Syftet med underhållsbehandlingen och dess innehåll:	2. Datum för upprättande av planen:
3. Ansvarig läkare:	4. Ansvarig handläggare/kontaktperson inom social tjänsten:
5. Behov av medicinska åtgärder:	6. Mål och delmål för underhållsbehandlingen:
Personliga mål:	Delmål:

7. Beslutade och genomförda medicinska åtgärder:	8. Behov av omvårdnad:
9. Psykiatrisk bedömning när patienten varit drogfri:	10. Behov av sociala insatser:
11. Mål och delmål för de sociala insatserna:	12. Beslutade och genomförda sociala insatser:
13. Tidpunkt för utvärdering av planen:	14. Resultatet av utvärderingen av planen:

15. Patientens samtycke till utlämnande av uppgifter:	16. Beteenden som kan leda till att det inte finns förut sättningar att fortsätta underhållsbehandlingen:
---	--

.....
Patient

.....
Kontaktperson på Beroendeenheten

.....
Socialtjänsten

LÄKARINTYG enligt 9§ lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), SFS 1988/870		Personnr (år, mån, dag, nr) Namn	
Identiteten styrkt genom:			
Intygande läkare känt patienten sedan (år, mån, dag):	träffat patienten, antal gånger:	Personlig undersökning, plats:	Datum:

Anamnes

Tidigare sjukdomar och skador. För bedömning av vårdbehov i relation till missbruket, ange relevanta uppgifter angående tidigare sjukdomar och skador, tidigare psykiskt hälsotillstånd, tidigare sjukhusvård.

Aktuella psykiska och somatiska sjukdomar. Ange här om exempelvis diabetes, epilepsi, hypertoni och andra sjukdomar av betydelse föreligger.

Aktuellt missbruk. Ange aktuell konsumtion av alkohol, narkotika och/eller flyktiga lösningsmedel, aktuella sociala och medicinska följder av missbruket.

Somatisk status

Ange speciellt om det i status finns tecken på aktuell sjukdom eller skada till följd av missbruk. Ange ev. fysiska abstinenstecken. Ev. förekomst av stickmärken. Beskriv ev. handikapp.

Psykisk status

Ange tecken på ev. påverkan respektive abstinenssymtom av alkohol, narkotika och/eller flyktiga lösningsmedel, orientering till tid och rum. Ange förekomst av ångest, depression, vanföreställningar, hallucinationer. Finns tecken på psykisk nivåsjänkning?

Sammanfattande bedömning

Här skall läkaren redovisa om patienten utsätter sin fysiska och/eller psykiska hälsa för allvarlig fara till följd av missbruket. Vidare skall anges om behov av avgiftning på sjukhus föreligger och om eventuell vård enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall är aktuell.

Föreligger behov av somatisk eller psykiatrisk vård utöver avgiftning? Ja Nej

Om Ja, varför?

Underskrift

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens postadress (utdelningsadress, postnr och ortnamn)	Namnförtydligande	
	Befattning	Telefon (även riktnr)
🔗 Svensk läkarlegitimation 🔗 Specialistbehörighet i allmän psykiatri 🔗 Läkarexamen och utländsk läkare med förordnande i offentlig tjänst		

Läkares anmälan

enligt 10 kap. 2 § körkortslagen (1998:488) och 3 kap. 5 § yrkestrafiklagen (1998:490)
om medicinsk olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller
taxiförarlegitimation

Anmälan ska skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

A. Innehar förarbehörighet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AM A1 A B BE Traktor C CE D DE Taxi AM = moped klass 1, A1 = lätt motorcykel, A = motorcykel, B = personbil, lätt lastbil, lätt släpfordon, C = tung lastbil, D = buss, E = tungt släp, Traktor = traktorkort, Taxi = taxiförarlegitimation	B. (ååååmmddnnnn) Personnr: <input type="text"/> Namn: Adress: Telefon:
Identiteten styrkt genom: <input type="checkbox"/> ID-kort <input type="checkbox"/> Svenskt körkort <input type="checkbox"/> Svenskt pass <input type="checkbox"/> Personlig kännedom <input type="checkbox"/> Försäkrans enligt 18 kap. 4 § (se sid 2)	

C. Medicinska förhållanden som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk och som ligger till grund för anmälan.

Ange kapitel och paragraf (1 kap. 4 -5 §§ eller 2-15 kap.) i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19) som anmälan grundas på:

Undersökningsdatum ska anges: _____

På grunder som anges ovan bedömer jag att patienten är olämplig att inneha:

AM A1 A B BE Traktor C CE D DE Taxi

Ort och datum _____

Läkarens underskrift

Adress _____

Namnförtydligande

Telefon _____

Specialitet

Information om Transportstyrelsens beslut önskas.

Observera att den person som anmälan avser ska underrättas innan anmälan.



90200011

Bestämmelser om läkares anmälningsskyldighet m.m.

Körkortslagen (1998:488 ändrad genom 2011:580)

10 kap. 2 §

Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.

Om en läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och körkortshavaren motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, får läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen.

Första och andra styckena gäller även den som har traktorkort.

Yrkestrafiklagen (1998:490 ändrad genom 2011:1582)

3 kap. 5 §

Om en läkare vid undersökning av en innehavare av taxiförarlegitimation finner att denne av medicinska skäl är olämplig att inneha sådan legitimation, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan någon anmälan görs ska läkaren underrätta innehavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att innehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att föra ett fordon i sådan trafik som avses i 1 §.

Om en läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha taxiförarlegitimation och körkortshavaren motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, ska läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen.

Utdrag ur Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125, ändrade genom TSFS 2012:19) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.

1 kap. 2 §

Grupp I, II och III omfattar följande behörigheter:

- Grupp I: A, A1, AM, B och BE samt behörighet för traktor
- Grupp II: behörigheterna i grupp I samt C och CE
- Grupp III: behörigheterna i grupp I och II samt behörigheterna D och DE.

Samma krav som för behörigheterna i grupp III gäller även för innehav av taxiförarlegitimation om inte annat anges.

1 kap. 9 §

De grundläggande förutsättningarna för en anmälan enligt 10 kap. 2 § körkortslagen och 3 kap. 5 § yrkestrafiklagen anses föreligga om kraven i 1 - 15 kap. inte uppfylls av den som innehar körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation.

1 kap. 10 §

En anmälan från läkare ska vara skriftlig och innehålla de uppgifter om innehavarens hälsotillstånd som framkommit vid undersökningen och som har betydelse för frågan om innehav.

18 kap. 4 §

Om godtagbar identitetshandling saknas får försäkran om identiteten fastställas genom att en förälder, annan vårdnadshavare, make, maka eller sambo skriftligen försäkrar att lämnade uppgifter om sökandens identitet är riktiga. Den som lämnar en sådan försäkran ska vara närvarande vid identitetskontrollen och kunna styrka sin egen identitet.

Har du frågor?

Kontakta körkortsenheten på Transportstyrelsen, telefon 0771-81 81 81. Denna blankett och Transportstyrelsens föreskrifter kan hämtas på www.transportstyrelsen.se eller på www.korkortsportalen.se

ANMÄLAN

enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen (1996:67)

Till Polismyndigheten i*

Anmälan avser

Patientens efternamn och förnamn		Personnummer
Bostadsadress		
Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Folkbokföringsort (kommun)	

Patienten har informerats om anmälan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Datum då patienten blev informerad
--	------------------------------------

Vårdform

Patienten vårdas i sluten vård i öppen vård <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patienten vårdas enligt HSL <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV <input type="checkbox"/>	Planerad utskrivningsdag, i förekommande fall
Sjukvårdsinrättningens namn (vid slutenvård)		
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
C/o, om patientens vistelseadress är annan än bostadsadressen		
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	

Anmälande läkare

Läkarens efternamn och förnamn	Titel
Utdelningsadress (tjänsteställe)	
Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-postadress

Anmälande läkares bedömning

Jag bedömer att patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen.	
Ort och datum	Läkares underskrift



LANDSTINGET BLEKINGE

PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN

371 81 KARLSKRONA • TEL 0455 - 73 10 00
FAX 0455 - 802 50 • E-POST landstinget.blekinge@ltblekinge.se