



Käypä hoito

Diaserie

Vård av personer med alkoholproblem

**Baserad på God medicinsk
praxisrekommendationen reviderad
den 21.4.2010**





Käypä hoito

Evidensgraderna i God medicinsk praxis -rekommendationerna

Kod	Evidensgrad	Förklaring
A	Stark evidens	Flera metodologiskt högklassiga ¹ studier med samstämmiga resultat
B	Måttligt stark evidens	Minst en metodologiskt högklassig studie eller flera tillräckligt goda ² studier
C	Svag evidens	Åtminstone en tillräckligt god studie
D	Evidens saknas	Experternas tolkning (bästa bedömning) av information som inte fyller kraven på forskningsbaserad evidens

¹ Metodologiskt högklassig = God studiedesign (kontrollerad undersökning eller god epidemiologisk studie) den undersökta befolkningen och undersökningsmetoden lämpar sig som grund för vådrekommandationens ställningstaganden.

² Tillräckligt god = Fyller minimikraven när det gäller de vetenskapliga metoderna; den undersökta befolkningen och undersökningsmetoden lämpar sig som grund för vådrekommandationens ställningstaganden.

Användningsvillkor

Diaserien får fritt utnyttjas för utbildning inom hälsovårdens offentliga förvaltning och vid läroanstalter.

Innehållet får inte ändras.

Om annat material inkluderas i presentationen, får God medicinsk praxis -diaunderlaget inte användas.



Det centrala budskapet

- Alkoholproblem är ett betydande hot mot hälsan i vårt samhälle.
- Kom ihåg hur vanligt det är med alkoholproblem!
- Sök aktivt efter alkoholproblem inom olika patientgrupper.
- Ett tidigt upptäckande av alkoholproblemet är en förutsättning för effektiv vård.
- Hela patientens livsmiljö är invecklad i alkoholproblemet, så vården måste också vara heltäckande.



Vad är nytt efter revideringen?

- Alkoholbruk bland unga och äldre
- Alkoholen och arbetslivet
- Avsnittet ”Alkohol och mental hälsa” har utvidgats
- Nya alternativ för läkemedelsbehandling
- Alternativen för psykosociala behandlingsmetoder har reviderats



Alkoholproblem i siffror

- Alkoholförbrukningen i Finland ligger på europeisk medelnivå, men ett centralt problem är riklig förbrukning på en gång.
- Alkohol är en betydande dödsorsak bland personer i arbetsför ålder.
- År 2007 dog i Finland sammanlagt 2 167 människor av alkoholrelaterade orsaker. Av dem var 1 796 i arbetsför ålder.
- I Finland finns uppskattningsvis 300 000–500 000 riskkonsumenter av alkohol (= personer vars alkoholbruk utgör en risk för hälsan).
- Cirka 10 % av de kvinnliga och cirka 20 % av de manliga patienterna inom hälsovården har problem med alkohol.



Identifiering av alkoholproblem

- Riskgränsen (= maximala mängden konsumerad alkohol per dygn som ännu inte ökar hälsoriskerna märkbart) är
 - för män 40 g/dygn
 - för kvinnor 20 g/dygn.
- Riskgränsen är inte samma sak som en trygg gräns.
- Vissa hälsorisker ökar i direkt proportion till konsumtionen utan något tryggt tröskelvärde.
- Berusningsdrickande kan orsaka problem, även om helhetskonsumtionen stannar under riskgränsen.

Identifiering av alkoholproblem

- Redan en konsumtionsmängd på 25 g/dygn ökar sjukdomsriskerna och påverkar följande:
 - helhetsdödlighet
 - blodtryck
 - levercirros
 - många cancerformer
 - hjärnblödning
 - kronisk inflammation i bukspottkörteln
 - trafikolyckor
 - andra olyckor
 - våld
 - problem i fosterutvecklingen



Identifiering av alkoholproblem och måttlig användning

- Alkoholkonsumtionsmängderna som patienterna uppger är vanligen mindre än i verkligheten.
- Jämsides med nackdelarna har man märkt att en måttlig alkoholkonsumtion också har positiva verkningar inom vissa befolkningsgrupper.
- Måttligt bruk av alkohol:
 - minskar risken för kranskärslsjukdom och gallsten
 - minskar risken för vuxendiabetes och möjligen demens.



Intervju

- Genomförs i en uppmuntrande och öppen atmosfär.
- Börja med en öppen fråga.
- Fortsätt med ledande frågor.
- Kom ihåg att blandmissbruk kan förekomma.
- Vid frågor om konsumtionsmängd, ge hellre stora än små alternativ.
- Utvidga till annat som har att göra med bruk av rusmedel.
- ”Har Ni tänkt att Ni borde dricka mindre?”



Käypä hoito

TABELL 1. De viktigaste sjukdomarna och hälsoproblemen som kan ha samband med riklig alkoholkonsumtion eller alkoholproblem.

Alkoholförgiftning	Nästan 600 personer dör i alkoholförgiftning varje år
Övervikt	Två stop öl per dag ökar vikten med 1,5–2 kilo per månad
Metaboliska verkningar	Hypoglykemi (i samband med fasta), hypertriglyceridemi, ökad urinsyrehalt och gikt
Bukspottkörtel-inflammation	60–80 % av fallen beror på alkohol
Alkohollevversjukdom	Den viktigaste gruppen leversjukdomar i Finland (ca 1000 dödsfall per år)
Cancersjukdomar	Risken för cancer i matsmältningskanalen ökar i direkt proportion till alkoholkonsumtionen och rökning ökar risken ytterligare Riklig alkoholkonsumtion ökar risken för bröstcancer märkbart
Diarré	Vanligt symtom bland alkoholmissbrukare
Alkoholepilepsi	De som är beroende av alkohol löper tio gånger större risk än andra att drabbas av epilepsi
Hjärnskador	Tre gånger vanligare hos dem som är beroende av alkohol än hos befolkningen i medeltal
Hjärnblödning	Dubbel risk i jämförelse med resten av befolkningen
Demens	Varannan som är beroende av alkohol har lindrig demens Risken för Wernickes sjukdom är 50 gånger större hos dem som är beroende av alkohol (tiaminbrist)
Atrofi i lilla hjärnan (ataxi) och polyneuropati	Vanliga bland dem som är beroende av alkohol
Hormonstörningar	Impotens, förtvinade testiklar, ofruktsamhet och gynekomasti är vanliga fynd hos personer som är beroende av alkohol Män feminiseras och kvinnor maskuliniseras som en följd av riklig alkoholkonsumtion
Sömnstörningar	60 % av dem som är beroende av alkohol har någon form av sömnstörning: kort sömnperiod, försämrad sömnkvalitet, oenhetlig morgonsömn, alkoholbruk förvärrar sömnapné och alkohol kan ökabenrörelserna under natten; om man dricker mer än två doser per dag är frekvensen hos kvinnor dubbel och hos män tre gånger större
Hudproblem	Rodnad, teleangiektasier och "flushing" Utslag är vanligar
Kardiomyopati	Hundrafaldig risk. Kardiomyopati förekommer hos 1–3 % av dem som är beroende av alkohol
Förmaksflimmer	2–4 portioner dagligen ökar takarytmierna 3–5 gånger vanligare hos alkoholmissbrukare än hos andra. Kan också orsakas av riklig konsumtion på en gång
Förhöjt blodtryck	1,6–4 gånger vanligare bland alkoholmissbrukare Alkoholmissbruk förklarar 5–10 % av blodtryckssjukdomsfallen bland män i västländerna
Mentala problem	10–30 % av depressionspatienterna har också alkoholproblem Av dem som är beroende av alkohol lider 30–60 % av kliniskt betydande depression. Siälvordsrisken är märkbart förhöjd hos personer med alkoholproblem



Strukturerade frågeinstrument

- Strukturerade frågor används som stöd för intervjun på mottagningen.
- Kom ihåg de strukturerade frågorna också vid hälsogranskningar.
- För en tidig upptäckt av storkonsumtion fungerar **AUDIT** med tio frågor bäst.



Status

Tabell 2. Kliniska fynd som kan ha samband med riklig förbrukning av alkohol. Källa: Päihdelääketiede. Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K (toim.) Kustannus Oy Duodecim 2003, s. 60

Snabb, oregelbunden puls

Förmaksflimmer (särskilt efter semester eller helg)

Högt blodtryck

Ångest ,oro, hyperkinesi, svettning

Benbrott

Skråmor, brännsår

Dåligt skött utslag

Svullna öronspottkörtlar

Söndrika tänder eller dålig munhygien





Laboratorieprov

- Laboratorieprov används som tillägg till och som stöd för intervjun:
 - Alkoholhalt i blodet eller utandningsluften
 - Glutamytransferas i serum (GT)
 - Röda blodkropparnas medelcellvolym (MCV)
 - Kolhydratfattigt transferrin i serum (carbohydrate deficient transferrin, CDT eller disialotransferrin, DST)



Mini-intervention

Tabell 3. Mini-interventionens innehåll; ramar (FRAMES)

Information (feedback)	Ge feedback och information om alkohol i relation till patientens besvär och symtom
Eget ansvar (responsibility)	Patienten måste själv besluta sig för att minska drickandet
Råd (advice)	Hjälp vid beslutet att minska eller sluta med drickandet
Instruktioner (menu)	Gör upp alternativa strategier för att minska drickandet
Medkänsla (empathy)	Varmt, reflekterande, empatiskt och förstående förhållningssätt
Mod (self efficacy)	Patienten inges mod och tro på att lyckas





Abstinenssymtom

- Abstinenssymtom uppkommer då nervsystemets adaptation till rusmedlet kvarstår och nervsystemet blir ”hyperaktivt”.
- Lindriga abstinenssymtom är
 - darrningar
 - oro
 - svettning
 - sömnlöshet och
 - irritation.
- Delirium tremens är ett svårt abstinenssyndrom som uppkommer inom 24–150 timmar efter att man slutat dricka alkohol.
- Dess symtom är
 - autonom och psykomotorisk hyperaktivitet
 - (svettning, takykardi, darrningar, oro)
 - talsvårigheter
 - desorientering och
 - hallucinationer.





Akut avvänjning

- Diazepam 10–20 mg med 1–2 timmars mellanrum i vätskeform (vid behov i.v.), tills patienten lugnar sig eller man uppnår mättnadsdos (200 mg).
 - Hos blandmissbrukare kan dosen vara större.
- Tiamin 250 mg x 1 i.m./i.v. i 3–5 dygn.
 - Om de kliniska fynden tyder på eventuell Wernickes encefalopati rekommenderas upp till 500 mg i 2–3 dagar.
- Som tillägg till diazepam (men inte enbart) vid svår upprördhet Haloperidol 5 mg per gång i.m. med 30–60 minuters mellanrum, tills patienten lugnar sig.
 - Maximidosen är 60 mg/dygn.
 - Uppföljning som vid intensivvård behövs.



Akut avvänjning

- Karbamazepin är inget förstahandsläkemedel vid alkoholavvänjning. Det tycks emellertid förhindra kramper effektivt och torde kunna användas om patienten tidigare haft avvänjningskramper.
- Vid avvänjning i öppna vården kan man vid lindriga och medelsvåra abstinenssymtom använda övervakad klordiazepoxidmedicinering (25–50 mg x 2–4), med minskande doser under 3–5 dygn.
- I vården av patienter som inte reagerar på bensodiazepiner används propofolinfusion.
- Dehydrering och saltbrist kan i lindriga fall behandlas med isoton sportdryck och fettfattig mjölk, i svåra fall med kalium- och magnesiuminfusion.



Läkemedelsbehandling av alkoholberoende

- Övervakad disulfirammedicinering (400 mg två gånger i veckan eller 200 mg/dygn) har gett märkbart bättre resultat än enbart psykosociala metoder vid behandling av alkoholberoende.
- Antabusavtal (se avtalsmodellen på dia nr 20).
- Uppföljning av levervärden i en månad i början av behandlingen.
- Ingen evidens finns för effekten av disulfiramkapsel.
- Opioidantagonister (naltrexon och nalmefen).
- Behandlingsdos 50 mg/dygn.
- Naltrexon eller nalmefen som tas i situationer där risken för återfall är stor (riktad medicinering) verkar minska alkoholkonsumtionen och öka antalet nyktra dagar.
- Taurinets kalciumsalt akamprosat (kräver specialtillstånd), särskilt för långvarig läkemedelsbehandling.
- Baklofen, ondansetron, quetiapin och topiramata för vissa grupper.





Antabusavtal (modell)

Antabusavtal (modell)

Med detta avtal kommer jag _____ överens om att följa läkarens instruktioner vid behandlingen av mitt alkoholproblem och börjar i dag en antabusbehandling, som varar i sex månader.

Medicineringen kan inte avslutas utan en läkares tillstånd före utsatt tid.

Medicinen tas två dagar i veckan (måndag och fredag), och dosen är två tabletter åt gången. Att jag tar medicinen övervakas av

(Stödpersonens namn)

Detta avtal finns i tre likadana exemplar, ett för varje avtalspart.

Plats Dag.månad.år

XX

Den vårdade

Telefon

ZZ

Vårdande läkaren

Telefon

YY

Stödperson

Telefon

Stödpersonen kan vara t.ex. kontaktpersonen på arbetsplatsen, en terapeut på A-kliniken, en sjukskötare eller hälsovårdare på hälsocentralen, en familjemedlem el.dyl.



Alkohol och mentala störningar

- Alkoholproblem är ofta sammanvävda med mentala problem.
- De psykiska symtomen såsom
 - sömnlöshet
 - ångest
 - depression
 - psykos eller
 - symptom som tyder på personlighetsstörning
 - skall diagnostiseras och behandlas omsorgsfullt.



Käypä hoito

Läkemedelsbehandling för patienter med dubbel diagnos

- Sömnmediciner bara kortvarigt.
- Läkemedelsbehandling mot ångest och depression minskar symtomen.
- Patienter med psykos eller personlighetsstörning av borderlinetyp vårdas integrerat inom specialsjukvården.



Blandmissbruk i siffror

- Bensodiazepiner används i Finland årligen av cirka 6 % av befolkningen, 44 % av dessa använder dem regelbundet eller långvarigt.
- År 1999 förekom bruk av läkemedel i berusande syfte hos 22 % av dem som sökte vård för rusmedelsproblem.

Prevention av blandmissbruk

- Ordination utan klar orsak av läkemedel som kan orsaka beroende bör undvikas.
- I journalsituationer bör bensodiazepiner i allmänhet inte skrivas ut.
- De bör ordineras högst för den tid avvänjningsbehandlingen tar.
- Långtidsbruk av bensodiazepiner är motiverad bara
 - om annan behandling inte hjälper mot patientens symtom och
 - en intensiv, långvarig och kontrollerad vårdkontakt är möjlig.
- I behandlingen bör undvikas snabbverkande och snabbt eliminerade bensodiazepiner.



Vård av blandmissbrukare

- Grunden för behandling av blandmissbruk är rätt diagnos och bedömning av tillståndets svårighetsgrad.
- Misstänk blandmissbruk om
 - en som konsumerar rikligt med alkohol eller är alkoholberoende är inriktad på att få mediciner
 - bensodiazepintolerans upptäcks under behandlingen
 - det uppstår abstinensbesvär då medicineringen minskas eller avslutas.
- Misstänk blandmissbruk på mottagningen om
 - patienten är både berusad och förvirrad
 - patienten har koordinations- eller minnesstörningar
 - patientens hämningar släpper eller
 - patienten är oberäknelig eller aggressiv.





Vård av blandmissbrukare

- På mottagningen ges behövlig första hjälp åt patienter som kan misstänkas för blandmissbruk.
- Bensodiazepinförgiftning (medvetslös patient) behandlas med flumazenil 0.25 mg i.v. upprepat ad 2 mg, sedan infusion 0.1–0.4 mg/h.
- Tillståndet bedöms och patienten skickas till jourpoliklinik, avgiftning eller tillnyktringsstation, den fortsatta vården tryggas.
- Rusmedelsbruket samt beroendena kartläggs.

Avvänningsbehandling

- Avvännning av blandmissbrukare som använt alkohol och bensodiazepiner torde kunna genomföras i öppenvård med intensiv uppföljning, om patienten är motiverad till avvännningen.
- Avgiftningen genomförs på avdelning om
 - patienten använder stora doser bensodiazepin
 - användningen är okontrollerad eller
 - tidigare avvänningsförsök i öppenvård har misslyckats.
- Om avvännningen misslyckas flera gånger, försöker man knyta patienten till övervakad vård.
- På mottagningen ges patienten som misstänks vara blandmissbrukare den behövliga förstahjälpen.



Käypä hoito

Arbetsgruppen som tillsatts av Finska Läkarföreningen Duodecim och Föreningen för beroendemedicin

Ordförande:

Hannu Alho, professor, forskningsprofessor; Helsingfors universitet och Institutet för hälsa och välfärd

Medlemmar:

Mauri Aalto, MD, docent, överläkare; Institutet för hälsa och välfärd

Kari Eskola, hälsocentralsläkare, specialläkare i allmänmedicin; Keuru hälsocentral

Antti Holopainen, överläkare; Träskända socialsjukhus

Juhani Juntonen, överläkare, professor, docent i försäkringsmedicin och neurotoxikologi, specialläkare i neurologi; Ömsesidiga Pensionsförsäkringsbolaget Etera och Sjömanspensionskassan

Olli Kampman, MD, docent i psykiatri, klinisk lärare; Institutionen för medicin vid Tammerfors universitet och Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt, psykiatriska verksamhetsområdet, (God medicinsk praxis - redaktör)

Rauno Mäkelä, MKD, docent i socialpsykiatri

Solja Niemelä, MD, specialläkare i psykiatri, klinisk lärare i missbrukarvård; Medicinska fakulteten vid Åbo universitet (psykiatri)

Kari Poikolainen, MKD, docent i folkhälsovetenskap, forskningschef; Stiftelsen för alkoholforskning

Kaija Seppä, professor, överläkare; Institutionen för medicin vid Tammerfors universitet och TAUS, psykiatri

Helena Vormaa, MD, biträdande överläkare; Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, HUCS, psykiatriska resultatenheten

Sakkunniga:

Ilona Autti-Rämö, MKD, docent i barnneurologi, forskningsprofessor, chef för hälsoforskningen; FPA:s forskningsavdelning

Satu Kivitie-Kallio, MKD, specialläkare i pediatrik och barnneurologi; HNS' barn- och ungdomssjukhus

Kimmo Kuoppasalmi, MKD, docent i psykiatri, överläkare; Institutet för hälsa och välfärd

Diaseriens sakinnehåll har reviderats av Hannu Alho, layouten av Marjo Lepistö och Kirsi Tarnanen
4.3.2011 till svenska är gjord av hälsovårdare Carina Loman

