

# Alkohol – Skadligt bruk och beroende

Fastställd december 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. juni 2025.

## Huvudbudskap

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

## Definition

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

## Bakgrund

I Sverige har ca 16% av männen och 10% av kvinnorna riskabla alkoholvanor. Riskbruk definieras som en genomsnittlig vecko-konsumtion om minst 14 standardglas för män och 9 glas för kvinnor (1 standardglas motsvarar: 15 cl bordsvin, 33 cl starköl, 8 cl dessertvin, knappt 4 cl sprit). Hög alkoholkonsumtion kan orsaka cancer, hjärt-kärlsjukdom och ökar risken för suicid. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion och det finns ingen säker lägsta nivå. Så många som en femtedel av primärvårdspatienter kan ha riskabel alkoholkonsumtion. Många utredningar och behandlingar av en rad olika somatiska och psykiatriska åkommor kan minimeras och förenklas om alkohol tidigt övervägs. Ca 5% av männen och 3% av kvinnorna har ett alkoholberoende. Skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende har god prognos vid upptäckt och aktiv behandling. Effekten av läkemedel är lika god som vid behandling av andra kroniska sjukdomar som diabetes, hypertoni och astma. I svårare fall av långvarigt alkoholberoende är sjukdomen att betrakta som ett kroniskt reciderande tillstånd, men många andra kan ha en period med skadligt bruk eller beroende och med hjälp av aktiv behandling tillfriskna helt.

## Diagnostik

### Screening

Screening bör genomföras för att uppmärksamma alkoholproblem, i första hand rekommenderas [AUDIT](#). Provtagning bör övervägas. Se [Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling](#). Bruk av olika

substanser, så kallat blandmissbruk, är vanligt förekommande och bör kartläggas med [DUDIT](#). Vid samberoende med nikotin, se [Tobak – Vård-givarwebben](#).

### Diagnos

Anamnesen kan kompletteras med den strukturerade intervjun [MINI](#).

Diagnoser fastställs enligt ICD-10.

F10.1 Skadligt bruk (när upprepat alkoholbruk leder till negativa sociala, fysiska, psykiska konsekvenser)

F10.2 Alkoholberoende (bl.a. kontrollförlust, toleransutveckling, negativa konsekvenser, stark upptagenhet, abstinens)

F10.3 Alkoholabstinens (pulsstegring, svettningar, obehagskänsla, förvirring)

### Laboratorieprover

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

*Alkometer* används för att påvisa etanol i utandningsluft.

*CDT* kan påvisa pågående konsumtion. Provet har en relativt hög specificitet men lägre sensitivitet. *GT* kan stiga pga. alkohol. Det har lägre sensitivitet och specificitet än *CDT* och *PEth*.

*ASAT/ALAT* kan stiga pga. alkohol. Normaliseras efter 1–2 alkoholfria veckor. *ALAT* anses inte lika känsligt för alkohol. *ASAT* och *ALAT* bör kontrolleras i samband med läkemedelsbehandling då förhöjda levervärden kan utgöra en kontraindikation.

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

## Behandling

### Psykologisk och psykosocial behandling

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

samt möjlighet att vara delaktiga. Beakta särskilt barnens situation.

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

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

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

### Samverkan

Samverkan med socialtjänsten bör ske vid behov av psykosociala stödinsatser. Då patienten har behov av insats från både sjukvård och socialtjänst upprättas en [samordnad individuell plan](#) (SIP).

### Farmakologisk behandling

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

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

*Naltrexon*: Dosering är 1 tablett å 50 mg/dag. Vecka 1 kan ½ tablett/dag minska risken för gastro-intestinala biverkningar. Minskar suget efter alkohol

och kan ge minskad alkoholkonsumtion och öka antalet alkoholfria dagar. Minskar risken för återfall i tunga alkoholperioder. Obs! Bör ej kombineras med opioidanalgetika då kombinationen kan ge akut opioidabstinens. Försiktighet vid nedsatt lever- och/eller njurfunktion. Leverprover bör följas före och under behandlingen.

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

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

### Behandling av alkoholabstinens

**Poliklinisk abstinensbehandling** bör erbjudas i primärvården i okomplicerade fall. Syftet är att avbryta en period av drickande utan risk för hjärnsador, epilepsi eller delirium. Bensodiazepiner är förstahandsmedel. Behandling ges med lätt schema där startdos är tabl. Oxascand 15 mg x 4 + 1–2 tabletter vid behov. Doseringen är individuell och nedtrappning sker under 3–5 dagar. Ge 100 mg tiamin i.m. i 3–5 dagar och därefter startas behandling med tablett Beviplex forte 1x3 i en vecka och 1x2 minst t.o.m. vecka 6. Mediciner för nedtrappning delas dagligen. Etanol i utandningsluft, puls, blodtryck, sömn och aptit följs. För sömnen kan zopiklon ges kortvarigt. Se [RMR Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning](#). Antihistaminer, alimemazin och propiomazin bör undvikas under abstinensbehandling pga. ökad kramprisk.

**Abstinensbehandling i heldygnsvård.** Vid svår abstinens med puls  $>100/\text{min}$ , påverkat AT, kraftigt illamående, svår tremor, konfusion, hallucinos eller misstanke om Wernicke-Korsakoffs syndrom ska patienten omgående remitteras till specialistvård. Det gäller också om patienten tidigare haft kramper eller delirium. Vid hög alkoholkonsumtion är risken för

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

### Anmälan

#### Orosanmälan

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt lag skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten om de i sitt arbete misstänker att ett barn far illa t.ex. pga. eget eller närståendes missbruk. [Orosanmälan](#) kan göras skriftligt eller muntligt (i akuta fall). Orosanmälan kan även lämnas gällande vuxna med skadligt bruk/beroende. Se även [RMR Barn under 18 år som far illa](#).

#### Lagen om vård av missbrukare (LVM)

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

#### Körkort

Om en läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att en patient är olämplig att inneha körkort av medicinska skäl ska läkaren anmäla det till [Transportstyrelsen](#). Transportstyrelsen menar att provtagning med CDT  $> 1.9\%$  eller Peth  $> 0.3 \mu\text{mol/L}$  vid två upprepade tillfällen med minst 5 veckor emellan utgör hinder för körkortsinnehav. Patienten ska informeras innan anmälan görs. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att patienten kommer att följa läkarens anvisning att avstå från att köra, samt medverkar till fortsatt undersökning och utredning. Läkaren har då ansvar att följa upp att överenskommelsen följs tills det inte föreligger medicinskt hinder för körkort.

### Uppföljning

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

### Barn och ungdomar

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

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

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

### Graviditet och amning

Alla gravida och ev. partner ska informeras om att alkohol är fosterskadande. Rekommendationen är att helt avstå från alkohol under graviditet. Se Rikshandboken [Barnhälsovård](#). Läkemedel mot beroende är vanligen ej aktuellt. Vid graviditet/amning och samtidigt skadligt bruk/beroende ska en [orosanmälan](#) göras. Vid svårigheter att avstå från alkohol vid graviditet ska remiss skickas till närmsta beroendeenhet/specialistpsykiatrikliniken och till specialistmödravård.

### Äldre

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

### Vårdnivå

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

- Egenvård: [Alkoholhjälp](#) finns för patienter som vill påverka sin alkoholkonsumtion på egen hand. För anhöriga finns [anhörigstodet.se](#).
- Primärvård: Upptäcka, utreda och behandla skadligt bruk och alkoholberoende utan allvarig psykiatrisk samsjuklighet eller blandberoende med narkotika
- Psykiatrisk heldygnsvård: Skadligt bruk och alkoholberoende med allvarig psykiatrisk samsjuklighet och/eller blandberoende med narkotika
- Övrig specialiserad heldygnsvård: Vid svår abstinens och/eller allvarig och akut somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet remitteras omgående för bedömning och behandling

#### FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

#### Referenser

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

#### Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp psykiatri  
Martin Hedeberg, martin.hedeberg@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
[www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.