

# Alkohol – Skadligt bruk och beroende

Fastställd maj 2025 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. maj 2027.

## Huvudbudskap

- ◉ Alkohol kan allvarligt skada den somatiska och psykiska hälsan samt ge sociala problem. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion
- ◉ Screening med AUDIT rekommenderas för att identifiera alkoholproblem
- ◉ Läkemedelsbehandling med naltrexon och akamprosat 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

## Bakgrund

Vid [alkoholbruk](#) kan successiv utveckling ske till riskbruk, skadligt bruk och beroende. Riskbruk definieras som en genomsnittlig veckokonsumtion oavsett kön om minst 10 standardglas eller 4 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle en gång i månaden eller oftare. Hög alkoholkonsumtion kan orsaka cancer, hjärt-kärlsjukdom och ökar risken för suicid. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion. Riskabel alkoholkonsumtion är vanligt förekommande i befolkningen. Tidig upptäckt av riskbruk kan förenkla och minimera många utredningar och behandlingar av en rad olika somatiska och psykiatriska sjukdomar. 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 recidiverande 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](#). Samtidigt bruk av flera substanser är vanligt och bör kartläggas genom skattning med [DUDIT-E](#). Vid samberoende med nikotin, se [Tobak – Vårdgivarwebben](#).

### Diagnos

Anamnesen kan kompletteras med den strukturerade intervjun [MINI](#). Diagnoser fastställs enligt ICD-10; F10.1 Skadligt bruk (när upprepat alkohol-

bruk 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 en specifik markör som är klinisk användbar för att identifiera och följa upp en individs alkoholkonsumtion. 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 p.g.a. alkohol, men har lägre sensitivitet och specificitet än CDT och PEth. ASAT/ALAT kan stiga p.g.a. 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.

## 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 alkoholkonsumtionen. Metoden bygger på MI, strukturerad kartläggning samt återkoppling av resultat från alkoholrelaterade labprover. 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 och akamprosat har god evidens, är säker och förskrivningen bör öka. Läkemedlen kan kombineras vid behov.

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.

*Akamprosat*: Dosering är 6 tabl./dag fördelat på 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 tabl. á 50 mg/dag. Vecka 1 kan ½ tabl./dag minska risken för 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 > 3 gånger övre referensvärdet (enl Fass) ska behandlingen avslutas. Patienten ska instrueras att genast ta kontakt med sjukvården vid klinisk misstanke om leverpåverkan, t.ex. ikterus.

**Nalmefen:** Dosering är 1 tabl. 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 p.g.a. 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 hjärnskador, epilepsi eller delirium. Bensodiazepiner är förstahandsmedel. Behandling ges enligt schema där startdos är tabl. Oxascand 15 mg x4 + 1–2 tabletter vid behov. Doseringen är individuell och nedtrappning sker under 3–5 dagar. Ge 250 mg tiamin i.m. i 5 dagar och därefter startas behandling med tabl. Beviplex forte 1x3 i en vecka och 1x2 så länge risk för återfall föreligger. Se även [Terapiråd Tiaminbehandling vid alkoholabstinens](#). 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](#). Sederande antihistaminer, alimemazin och propiomazin bör undvikas under abstinensbehandling p.g.a. ökad kramprisk.

**Abstinensbehandling i heldygnsvård.** Vid svår abstinens med puls > 100/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 och/eller långvarig alkoholkonsumtion är risken för komplikationer stor och abstinensbehandling bör ske ineliggande. Vid alkoholabstinens ses ofta övergående (1–2 veckor) depressionssymtom och suicidtankar, se [RMR Depression](#).

## Anmälan

### Anmälan vid oro för barn

Hälsa- och sjukvårdspersonal är enligt 14 kap. 1§ SoL (Socialtjänstlagen) skyldiga att lämna [oros-anmälan](#) till socialtjänsten om de misstänker att barn far illa på grund av närståendes skadliga bruk eller beroende. För barn och unga där det finns misstanke om detta är orosanmälan obligatorisk. Anmälningsskyldigheten gäller alla barn, även asylsökande, papperslösa och gömda, gäller dock ej ofödda barn. Vårdnadshavare ska informeras om att orosanmälan görs. Se även [RMR Barn som far illa eller riskerar att fara illa](#).

### Anmälan vid allvarligt skadligt bruk/beroende/(missbruk)

Om läkaren bedömer att tillfredsställande vård inte kan ges och individen bedöms ha ett skadligt bruk/beroendetilstånd med allvarliga konsekvenser har läkaren enligt 6 § Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) skyldighet att göra anmälan till socialnämnden för ställningstagande till vård. Läkare ska på begäran av socialnämnden utfärda intyg utifrån 9§ LVM.

Sekretessen kan, i synnerliga fall, enligt 25 kap 12§ Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) brytas och information ges till socialtjänsten om det behövs för att individen ska erhålla nödvändig vård eller annat stöd.

### Körkort

Om en läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att en patient är olämplig att inneha körkort av medicinska skäl (t.ex. missbruk eller beroende) ska läkaren anmäla det till [Transportstyrelsen](#). 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 överenskommen följs tills det inte föreligger medicinskt hinder för körkort.

### Uppföljning

Följ upp behandlingen med några täta besök till läkare eller sjuksköterska. Kontrollera [AUDIT](#), PEth och transaminaser inför besöken och diskutera med patienten. 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 bedömningsamtal. 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. Det finns ett flertal evidensbaserade behandlingssatser. 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 [Barnhälsövård](#). 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 beroendehet/specialistpsykiatrikliniken och till specialistmödravård.

## Äldre

Skadlig alkoholkonsumtion är vanligt hos äldre och kan få allvarigare konsekvenser då de har en ökad känslighet för alkohol. Alkoholkonsumtion kan påverka många sjukdomar negativt hos äldre.

Det finns begränsad kunskap av läkemedelsbehandling av äldre men klinisk erfarenhet visar att patientgruppen ofta har nytta av behandlingen.

## Vårdnivå

Såväl primärvårdsenheter som specialistenheter ska kunna utreda och behandla enligt denna riktlinje. Vid psykiatrisk samsjuklighet, se [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#) resp [BJUP](#).

- Egenvård: [Alkoholhjälpen](#) 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 allvarlig psykiatrisk samsjuklighet eller samtidigt bruk av flera substanser. Även uppföljning av stabilt substansfritt tillstånd
- Psykiatrisk heldygnsvård: Skadligt bruk och alkoholberoende med allvarlig psykiatrisk samsjuklighet och/eller samtidigt bruk av flera substanser
- Övrig specialiserad heldygnsvård: Vid svår abstinens och/eller allvarlig och akut somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet remitteras omgående för bedömning och behandling

### FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

### Referenser

[Nationella riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor – Socialstyrelsen](#)

[Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling](#)

### 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.