Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg
Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg
Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2023-05-11
Giltig till: 2025-03-31

Regional medicinsk riktlinje

Centralstimulantia - skadligt bruk/beroende

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2023-00287) giltig till 2025-03-31

Utarbetad av Regionalt processteam beroende inom Regionalt programområde Psykisk hälsa.

Innehåll

Huvudbudskap 1
Syfte 2
Definitioner 2
Bakgrund 2
Diagnos 2
Utredning vuxna 2
Behandling vuxna 3
Barn och unga – utredning och behandling 4
Samverkan 4
Uppföljning av tillståndet 5
Vårdnivå 5
Uppföljning av denna riktlinje 5
Innehållsansvarig 6

Huvudbudskap

- Allt skadligt bruk och beroende av narkotika är psykiatriska tillstånd
- Uppmärksamma substansproblematik genom kliniskt samtal, bedömningsformulär och droganalys

- Beakta blandberoende och annan samsjuklighet och behandla psykiatriska tillstånd parallellt
- Skadligt bruk och beroende av centralstimulantia kan ge allvarliga psykiska komplikationer, till exempel substansutlösta psykoser som behöver behandlas.
- Det primära i behandlingen är att stödja individen till nedtrappning av alla substanser
- Psykologisk och psykosocial behandling bör erbjudas, till exempel återfallsprevention
- Då individ har behov av samtidig insats från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska SIP erbjudas

Syfte

Att skapa förutsättningar för god och jämlik vård i Västra Götalandsregionen. Målgrupp är individer som brukar eller är beroende av centralstimulantia.

Definitioner

Nationellt Programområde (NPO) psykisk hälsa anser att begrepp som ska används är ”skadligt bruk” och ”beroende”, begreppet ”missbruk” är på väg att fasas ut. Då text hänvisar till insats inom Socialtjänstlagen anges begreppet missbruk inom parentes.

Bakgrund

De vanligaste centralstimulerande preparaten är amfetamin och kokain, båda är beroendeframkallande och ger liknande effekter och skador. Kokain tillverkas av kokabuskens blad, amfetamin tillverkas på kemisk väg. Kokain är en uttalad partydrog och ger ett intensivt men kortvarigt rus. Amfetaminruset varar i flera timmar. Det finns ett stort antal komplikationer som rastlöshet, retlighet, sömnlöshet, misstänksamhet, ångest och psykossymptom. Substansernas effekter beror på kraftfull aktivering i det centrala och perifera nervsystemet, bland annat störningar i hjärnans dopaminsystem. I Sverige är amfetamin den näst mest använda illegala substansen efter cannabis.

Diagnos

Diagnoser fastställs enligt ICD-10 och kriterier enligt DSM-5 kan användas som stöd:
F 14.0 - F 14.9 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain
F 15.0 - F 15.9 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein

Utredning vuxna

Utredningsförfarandet kan delas in i tre faser: (1) Uppmärksamma, (2) Basutredning och (3) Fördjupad utredning (samsjuklighet och differentialdiagnostik).

1. Uppmärksamma problematik inom alla vårdnivåer. Ställ frågan om substansbruk och använd korta screeningformulär som Drug use disorders identification test (DUDIT).
2. Psykiatrins basutredning (se RMR basutredning) innebär 1-2 besök bestående av klinisk intervju, standardiserad intervju (MINI eller SCID 1), skattningsskalor (AUDIT, DUDIT och Whodas 2.0), droganalys, läkarbesök, beslut om behandling och upprättande av vårdplan. Erbjud möjlighet för närstående att vara delaktiga i processen. Beakta särskilt barnens behov.
3. Samsjuklighet med andra psykiska sjukdomar är vanligt förekommande. Dessutom brukas ofta flera substanser parallellt, se RMR Cannabis resp RMR Opioider. En

fördjupad utredning består av klinisk intervju, fördjupande skattningsformulär, till exempel DUDIT-E. Kartlägg och bedöm även social och psykisk funktionsnivå. Beakta risk för över- och underdiagnostik.
Individer med skadligt bruk/beroende lever ofta ett utsatt liv, erbjud därför provtagning gällande blodsmitta till exempel Hepatit C och HIV. Utred behov av vaccination och behandling. Undersök eventuella sår, tandstatus och allmänt hälsotillstånd.

Laboratorieprover
Utredning av skadligt bruk/beroende bör innefatta verifierade substansanalyser då blandberoendet är utbrett och det är väsentligt att få tydlig bild av beroendetillståndets karaktär. Det är av vikt att säkerställa att använt drogtest fångar aktuella droger. För att detektera ett bredare spektrum av substanser så rekommenderas drogpaket i saliv. Analys skiljer inte mellan legalt och illegalt amfetamin varför analys av kiralt amfetamin beställs separat. Kokain har en betydligt längre detektionstid i saliv än i urin. De mindre säkra urinstickorna bör användas mer sparsamt.

Behandling vuxna

Syftar till att hjälpa individen att trappa ned eller upphöra med bruk av centralstimulantia. Fast vårdkontakt, gott bemötande och nära stöd är centralt under hela behandlingsperioden. Ohälsosamma levnadsvanor och samsjuklighet bör behandlas parallellt enligt respektive RMR.

Akut intoxikation
Inläggning av individ med centralstimulantiaberoende är oftast inte akut eftersom risken för allvarliga komplikationer till följd av abstinens är låg. Vid höga doser kan en cirkulationskollaps inträffa. Vid akuta psykotiska symtom, oftast i kombination med agitation och uppvarvning, krävs vanligen heldygnsvård. Sömn och minskad oro/agitation är prioriterat behandlingsmässigt, där antipsykotiska läkemedel med sederande effekt och/eller sömnläkemedel rekommenderas. Bensodiazepiner krävs ofta i det akuta skedet.

Abstinensbehandling
Vanliga abstinenssymtom vid centralstimulantiaberoende är trötthet, nedstämdhet, ångest, motorisk oro, sömnsvårigheter. Mål för abstinensbehandling är att bryta det aktiva substansbruket, stabilisera allmäntillstånd och motivera inför fortsatta behandlingsinsatser. Det är viktigt att stödja till bra dygnsrytm och goda matrutiner. Mat- och vätskeintag är särskilt viktigt att prioritera då individen är undernärd. Vid farmakologisk behandling av oro och sömnstörning behöver man nästan alltid beakta neuroleptikas kramptröskelsänkande effekt eftersom isolerat centralstimulantiamissbruk är ovanligt och det vanligen rör sig om blandmissbruk. En stor restriktivitet bör gälla för beroendeframkallande psykofarmaka.

Läkemedelsbehandling
Evidens för substitutionsbehandling vid centralstimulantiaberoende är begränsad och ingen rekommendation gällande läkemedelsbehandling finns i nuläget.

Psykologisk och psykosocial behandling
Individen bör erbjudas psykologisk och psykosocial behandling. Initialt görs en bedömning så att insats som erbjuds motsvarar individens behov och problemets karaktär. Motiverande intervju (MI) är ofta första steget i behandling. Därefter bör kognitiv beteendeterapi (KBT) och/eller återfallsprevention (ÅP) erbjudas. I KBT arbetar individen med sitt beteende. ÅP

bygger på KBT-principer och syftar till att förebygga återfall i tidigare vanor. Community reinforcement approach (CRA) är en integrerad behandlingsmetod. Tolvstegsbehandling, som oftast ges via socialtjänsten, ger god effekt på drogfrihet. MATRIX är en öppenvårdsmodell som kombinerar olika behandlingsmetoder med gott utfall.

Graviditet och amning
Personal som möter gravida som intagit centralstimulantia senaste året bör omgående kontakta Haga mödrabarnhälsovårdsteam (Göteborg och Södra Bohuslän) eller resursteam inom mödrahälsovården (övriga regionen). Illegal centralstimulantia bör inte användas under graviditet. Amfetaminets potential att ge medfödda missbildningar, har diskuterats men ej verifierats i nyare undersökningar. Amfetaminexponerade barn kan ha dålig sugförmåga och skakighet i extremiteterna. För kokainexponerade barn beskrivs tillväxthämning och olika neurologiska symtom under nyföddhetstiden. Barn som utsätts för centralstimulantia kan riskera kognitiv påverkan i utvecklingen. Samverkan mellan behandlande läkare, ansvarig läkare inom mödravården och barnläkare inför förlossning bör ske för en tydlig vårdplanering. Beslut om amning sker individuellt, samråd mellan behandlande läkare och barnläkare.

Barn och unga – utredning och behandling

För barn och unga under 18 år bedöms bruk av centralstimulantia alltid som skadligt, oavsett mängd och frekvens i bruket. Vårdnadshavare ska involveras men utifrån individuell bedömning kan även individer som är underåriga själva råda över sekretess och samtycke till insatser. För stöd i denna bedömning se Socialstyrelsens kunskapsstöd "Bedöma barns mognad för delaktighet". Medicinsk bedömning och behandling ges i nära samverkan med elevhälsa/skola och socialtjänst. Riktlinjen för Västbus följs och gäller t.o.m. 20 år.

Det är viktigt med korta insatser, frågor om skadligt bruk och beroende bör ingå i varje bedömningssamtal, till exempel utifrån AUDIT, DUDIT och Ung-Dok. Utredning bör innefatta substansanalyser, var god se ovan.
MINI KID används för identifiering av eventuell psykiatrisk samsjuklighet. För personer 16 – 21 år med allvarligt beroendetillstånd och behov av heldygnsvård finns regional avdelning 363, Verksamhetsområde Beroende/Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Behandling bör alltid föregås av en bedömning av den unges mognadsnivå och problematik. Vid substansbruk bör man erbjuda Motivational Enhancement Therapy (MET), en motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT). Problematik inom flera livsområden tas om hand samtidigt och insatserna integreras. Ett exempel på integrerad insats är adolescent community reinforcement approach (ACRA).

Samverkan

Då individen har behov av insats från både sjukvård och socialtjänst ska samordnad individuell plan SIP erbjudas. Integrerad behandling, till exempel case management, rekommenderas. Insatser för anhöriga, till exempel Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) kan ges i samverkan med socialtjänst. Vid svag anknytning till arbetsmarknaden rekommenderas samverkan via SIP /utökad SIP dit andra huvudmän kan bjudas in, till exempel inför planering av Individual Placement and Support (IPS). Kontakt med civilsamhällets brukarorganisationer och stödfunktioner rekommenderas.

Anmälan vid oro för barn
Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt 14 kap 1§ Socialtjänstlagen (SoL) skyldiga att lämna orosanmälan till socialtjänsten om de misstänker att barn far illa på grund av närståendes beroende/(missbruk) av centralstimulantia. För barn och unga är orosanmälan obligatorisk då det finns misstanke om skadligt bruk/beroende/(missbruk) av amfetamin- eller kokain.

Anmälan vid allvarligt skadligt bruk/beroende/(missbruk)
Om inte frivillig vård har fungerat och individen bedöms ha ett mycket svårt skadligt bruk/beroendetillstånd/ (missbruk) med allvarliga konsekvenser ska anmälan göras till socialnämnden för ställningstagande till vård enligt 7§ Lagen om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM). 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, behandling eller annat stöd.

Körkort
Läkare har skyldighet att bedöma lämplighet att inneha körkort och vid behov anmäla till Transportstyrelsen.

Uppföljning av tillståndet

Utfall kan följas via timeline follow-back (TLFB) och övervakade substansanalyser. Uppföljning bör ske via SIP om individen har behov av och önskemål om det.

Vårdnivå

Primärvården: Uppmärksammar skadligt bruk eller beroende. Ansvarar för kontroll av relaterad somatisk hälsa samt ger råd angående levnadsvanor. Primärvården ska vid behov remittera till psykiatri, se RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna) respektive RMR Ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri.

Organiserad integrerad samverkan, tex Socialmedicinska mottagningar, MiniMaria eller motsvarande för ungdomar: Insatser sker på primärvårdsnivå och i samverkan med socialtjänst via SIP. Ansvarar för att uppmärksamma, ge råd och behandla vid riskbruk och skadligt bruk / (missbruk).

Psykiatri, barn/ungdom och vuxna: Psykiatri ansvarar för utredning och behandling av skadligt bruk/beroende med eller utan annan psykiatrisk samsjuklighet. Vid samsjuklighet bör samtliga tillstånd behandlas parallellt.

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten Regional vårdanalys för uppföljning och återkoppling till berörda samordningsråd, regionala programområden och regionala processteam minst en gång per år. Uppföljning av indikatorer sker via Svenskt beroenderegister (SBR) och Ung-Dok samt utifrån följande indikatorer:

Antal personer som vårdats med diagnoserna F14.1-F14.9 samt F15.1-F15.9 som fått nedanstående insatser vid detta vårdtillfälle eller någon gång inom 12 månader efter

vårdtillfället;
AU119 Strukturerade bedömning av alkohol- och drogvanor. Exempelvis AUDIT/DUDIT
DU119 Återfallsprevention
AU124 Samordnad individuell vårdplan

Innehållsansvarig

Regionalt processteam beroende under ledning av berörda samordningsråd med ansvar för regional kunskapsstyrning.
Kunskapsstöd för psykisk hälsa. E-post: kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Referens: Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-427

Version: 3.0

Giltig från: 2023-05-11

Giltig till: 2025-03-31