Alkoholöverkonsumtion och abstinensbehandling på MAVA

Senast reviderat: 2026-06-09
Dokumentet gäller för: MAVA avd 90/91
Innehållsansvarig: Elisabeth Persson, VÖL
Granskad av: Emma Green, sjuksköterska
Godkänd av: Johan Lönnbro, sektionschef AKVM

Syfte

Förbättra handläggning av patienter med en förhöjd alkoholkonsumtion. Behandling av svårare alkoholabstinens samt dess möjliga komplikationer.

Bakgrund

Alkoholöverkonsumtion kan delas in i termerna *riskbruk*, *skadligt bruk* och *beroende*. Riskbruk är inte en diagnos men innebär på gruppnivå en konsumtion av alkohol som kan resultera i både somatiska och psykiska skador. Enligt Socialstyrelsens definition innebär det *10 standardglas/vecka eller 4 standardglas vid ett och samma tillfälle under en månads tid*. Man gör numera ingen skillnad på kön. Uppfyller man kriterier för ett riskbruk bör vi inom sjukvården erbjuda patienten stöd för att minska sin alkoholkonsumtion. Man kan läsa mer om hur man erbjuder stöd på Socialstyrelsens hemsida.

Skadligt bruk av alkohol (F10.1) innebär en konsumtion som leder till negativa sociala, fysiska och psykiska konsekvenser.

Alkoholberoende (F10.2) innebär en kontrollförlust, toleransutveckling, negativa konsekvenser och abstinens. Alkoholabstinens (F10.3), symtom som uppstår då ett långvarigt alkoholintag minskar hastigt. Kan uppstå något dygn efter avslutat alkoholintag men även tidigare när koncentrationen av alkohol är lägre än vad patienten är van vid. Alkoholabstinens kan ge svåra komplikationer, se nedan.

Arbetsbeskrivning

Provtagning

Leverprover – *ALAT/ASAT, gamma GT* kan kontrolleras vid misstanke om förhöjd alkoholkonsumtion. I dessa fallen kan man förvänta sig en stegring av ASAT och gamma GT primärt men proverna har en låg sensitivitet och specificitet då de kan stiga vid annan lever/gallvägssjukdom.

B-Peth (fosfatidyletanol) används som markör eftersom den kräver etanol för att bildasoch har hög sensitivitet. Koncentrationen stiger vid ökad alkoholkonsumtion och minskar vid avhållsamhet. Provet ska alltid tas när patienten är nykter. Värden under 0,05 micromol/l innebär låg eller sporadisk konsumtion och värden över 0,3 micromol/l bedöms som regelbunden/hög alkoholkonsumtion. Värdet speglar drygt 2- 4 veckors konsumtion.

Venös blodgas bör kontrolleras på samtliga patienter som läggs in för abstinensbehandling.

Alkoholabstinens och inneliggande behandling

Symtom

Grovvågig tremor, ångest, oro, svettningar, tackykardi (vid svår abstinens >120 slag/min), lätt hypertension, illamående, kräkningar, hypertermi, hyperreflexi, yrsel och sömnsvårigheter.

Abstinenskramper

Kan vara en konsekvens av svår abstinens och är oftast av tonisk-klonisk karaktär och uppstår vanligen mellan 6-48h efter avslutat intag.

Delierium tremens (DT)

DT är ett allvarligt tillstånd som uppstår något senare, efter 2-4 dygn. Det är en klinisk diagnos där en patient med långvarigt och högt alkoholintag uppträder med somatiska symtom på abstinens men även hallucinos och förvirring.

Wernicke- Korsakoffs syndrom (WKS)

Drabbar främst personer som dricker mycket alkohol över längre tid och befinner sig i abstinensfas, men kan även bero på malnutrition av andra orsaker. Det beror på en tiaminbrist (B1) till följd av malnutrition/malabsorption. Observera att WKS även kan vara iatrogent orsakat, dvs genom glukostillförsel till malnutrierade/personer med kronisk hög alkoholkonsumtion före tiaminadministration. Därför bör alltid tiamin administreras före glukos/TPN. Magnesiumbrist kan bidra och bör också substitueras.

De primära symtomen är konfusion/cerebral påverkan, ataxi och ögonsymtom så som abducenspares, eller vertikal/horisontell nystagmus i kombination med en misstanke om malnutrition/malabsorption. Patienten kan uppvisa ett eller flera av dessa symtom, alla krävs inte för diagnos. Man kan använda sig av de så kallade ”Caine kriterierna” för att ställa diagnos, men i praktiken bör behandling sättas in om stark misstanke finns.

Korsakoff demens är den kroniska/irreversibla formen av syndromet och karakteriseras av konfabulation och antegrad/retrograd amnesi samt symtom som tyder på demens.

Behandling

Det är viktigt att tidigt sätta in behandling för att undvika konsekvenser så som abstinenskramper, DT och WKS. Vid abstinenssymtom trots nedanstående behandling bör man vara frikostig med vid-behovs medicinering. Det är viktigt att dessa patienter får adekvat och snabb symtomlindring.

Se ordinationsmallar i Melior - schema väljs baserat på om abstinensen bedöms vara lätt, måttlig eller svår. Vid lätt till måttlig kan det vara lämpligt att börja med ett Oxazepamschema och ge Oxazepam frikostigt vid behov. Vid svårare abstinens ska vi börja med ett Diazepamschema. Observera att Oxazepam har en kort halveringstid och inga aktiva metaboliter medan Diazepam är mer potent och har mer långverkande metaboliter, vilket gör att man bör förvänta sig en mer ihållande effekt. Äldre patienter och de med en nedsatt leverfunktion tolererar därför högre doser sämre.

När behandling sätts in enligt en ordinationsmall i Melior måste det säkerställas att patienten får rätt dos första dygnet (om patienten t ex. sätts in på en ordinationsmall på kvällen får patienten en enstaka hög dos bensodiazepin, varför schemat behöver anpassas till dagen efter). Om patienten inte svarar på given dos Oxazepam och pulsen fortfarande är >100 slag/min efter 1 h så kan man ge ytterligare 50 – 100 mg Oxazepam förutsatt att man tar täta kontroller.

Vid utebliven effekt av Oxazepam kan man ge DIazepam. Detta gäller särskilt patienter med hög risk för eller som uppvisar symtom på delirium tremens och abstinenskramper. Doser bör upprepas till man ser en effekt och vid utebliven effekt trots höga doser kan man behöva kontakta narkosjouren för att värdera om patienten behöver sövas med Propofol.

Se (länk alkoholabstinens – psykiatri område 2) för rekommenderad dosering inom psykiatrin vid svår abstinens.

Tiaminbehandling

Vid misstanke om Wernicke-Korsakoffs syndrom ordinera injektion tiamin utan dröjsmål: Thiamin Sterop (125 mg/ml), 4ml x 3 under 3 dygn, därefter 2ml x1 i totalt 5 dygn.

Profylaxbehandling ska alltid sättas in i samband med abstinensbehandling, vilket innebär injektion Thiamin Sterop (125mg/ml) 2 ml x1 i 5 dagar. Efter utskrivning ska patienten fortsätta med Beviplex 2x2 i totalt en månads tid, därefter 1x3 så längre som risken för återfall föreligger.

Behandling vid abstinenskramper är primärt Diazepam 5-10mg IV/PR initialt, vilket kan upprepas om krampen inte bryts. Vid status epileptikus trots upprepade doser bör man ta kontakt med IVA.

Vid delirium tremens är höga doser diazepam intravenöst lämpligt. Kombinera med Haldol vid behov, vilket har en potentierande och lugnande effekt. I de här fallen kan det vara rimligt att sätta in extra vak. Djupare sedering kan vara aktuellt efter kontakt med IVA.

Tänk på i samband med utskrivning:

- Önskar patienten kontakt med Nordhemskliniken? Eller bör man remiss skickas till Beroendekliniken?
- Remiss/kopia på slutanteckning till vårdcentralen för kännedom.
- Körkort – transportstyrelsen
- Orosanmälan – SOL (om misstanke finns att barn far illa pga alkohol).
- Kontakt med socialtjänsten för eventuellt läkarintyg till LVM?

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor som arbetar på avdelning 90/91. Vårdenhetschef ansvarar för att rutinen är känd och efterföljs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetschef ansvarar för regelbunden uppföljning och utvärdering av verksamhetens rutiner.

Revideringsansvarig är innehållsansvarig eller dennes av Vårdenhetschef utsedd ersättare.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient.

Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.