

Riktlinjer

för

Missbruks- & beroendevård

Avdelning 65

Falu Lasarett

Dessa riktlinjer utgör en beskrivning av abstinensbehandlingen på avdelning 65 och förtydligar vilka rutiner som gäller för det kliniska arbetet. Riktlinjerna är framförallt ett stöd och hjälpmedel för ny personal, vikarier, AT-läkare, elever, studenter etc, men också ett dokument som kan läsas av våra samarbetspartner inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten.

Dokumentet revideras och uppdateras kontinuerligt och utgör en del av verksamhetens kvalitetsmanual.

Falun 2010-05-24

Per Söderberg

Verksamhetschef
Allmänpsykiatriska Kliniken
Falun & Säter

Ulla Nygårds

Överläkare
Avdelning 65
Falun

Ronny Lundh

Avdelningsföreståndare
Avdelning 65

Inledning

Avdelning 65 har ett länsövergripande uppdrag att arbeta med missbruks- och beroendebehandling utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Verksamhetens huvuduppdrag är abstinens- och motivationsbehandling, vilket bedrivs i slutenvårdsform på avdelningen 65 i Falun. Som ett ytterligare uppdrag bedrivs en mottagningsverksamhet för underhållsbehandling vid opiatberoende och en mottagning för körkortsärenden i enlighet med vägverkets föreskrifter 2008:166. Avdelning 65 ingår också i samarbetsprojektet "SMADIT", där personer som ertappats för rattonykterhet erbjuds motivationssamtal på avdelningen. Sedan flera år tillbaka finns även ett samarbetsavtal med landstinget Gävleborg, vilket innebär att patienter från Gästrikland kan remitteras till avdelningen för abstinensbehandling.

Sedan den 1 september 2007 ingår avdelning 65 i den nya kliniken, allmänpsykiatriska kliniken Falun & Säter (APK), som ansvarar för länsgemensamma funktioner som allmänpsykiatrisk slutenvård, jour- och akutverksamhet och neuropsykiatriskt länsteam.

Dessa riktlinjer beskriver huvudsakligen abstinensbehandlingen på avdelning 65. Verksamhetens kring underhållsbehandlingen vid opiatberoende och utredningsarbetet vid körkortsärenden beskrivs i särskilda dokument.

Abstinensbehandling på avdelning 65

De patienter som söker till avdelning 65 lider ofta av ett brett spektrum av missbruksrelaterade, psykiska och somatiska åkommor. Behandlingen på avdelning 65 utgör en viktig del av vårdkedjan, där patienten får möjlighet att påbörja eller återuppta en behandling för sina missbruks- och beroendeproblem. Det är därför ytterst viktigt att det finns en planering vid behandlingens start, så avdelning 65 kan bli en startpunkt för vård och rehabilitering. Målet är att huvuddelen av patienterna som skrivs in på avdelningen har en vårdplanering som är förankrad inom socialtjänsten, psykiatrin eller primärvården.

Verksamhetens uppdrag är att bedöma patientens beroende- och missbruksproblem i ett medicinskt, somatiskt och psykiatriskt perspektiv, erbjuda abstinensbehandling och en initial motivationsbehandling. Eftervård planeras i samråd med kommunens socialtjänst och landstingets primärvård eller öppenvårdspsykiatri som har huvudansvaret för den fortsatta vård och behandlingen.

Avdelning 65 mottagning är öppen för jour- och bedömning av patienter med behov av abstinensbehandling under följande tider:

Vardagar 08.00 – 19.00

Helger 11.00 – 17.00

Rutiner vid bedömning och inskrivning

Inskrivningsindikationer

På avdelningen skall det alltid finnas plats för patienter med ett akut medicinskt vårdbehov för abstinensbehandling, t.ex.

- Patienter med svår abstinens som tidigare har haft eller riskerar få delirium tremens.
- Patienter som har allvarliga missbruks- och beroendeproblem och har symtom med psykotisk valör (OBS. patienter som är tvångsvårdsmässiga ska i första hand bedömas och vårdas på avdelning 90 i Säter).
- Patienter med missbruks- och beroendeproblem som är svårbedömda eller har en suicidriskproblematik (suicidriskbedömning är ofta svårt att göra hos påverkade patienter, varför indikation för inläggning kan finnas för tillnyktring och ny bedömning i nyktert tillstånd dagen efter).
- Patienter med allvarliga symtom på abstinens, såsom blodtrycksstegring, pulsstegring, motorisk oro, ångest, tremor och svettningar.
- Patienter med förekomst av eller överhängande risk för abstinenskramper.
- Patienter med missbruks- och beroendeproblem som är somatiskt nedgångna.
- Patienter under 18 år med behov av missbruks- och beroendevård kan bli aktuella, men ska först hänvisas till BUPs akutverksamhet i Falun.
- Unga patienter med blandmissbruk som har behov av en strukturerad vårdplanering och motivationsbehandling.
- Patienter med allvarliga abstinenssymtom av benzodiazepiner. För de patienter som vill ha en planerad utsättning av benzodiazepiner ska först kontakta den lokala missbruks- och beroendevården på sin hemort för en vårdplanering (*särskilt vårdprogram*).

Bedömning & inskrivning

Före bedömning skall tillgänglig dokumentation, remiss och journalanteckningar granskas. Vid behov skall kontakt tas med remittent eller med samarbetande socialförvaltning.

- Ansvarig för bedömningen och inskrivning av patienterna är tjänstgörande läkare på avdelningen alternativt jourhavande läkare. Det ska noteras att patienten ej är inskriven förrän tjänstgörande läkare så beslutat.
- Läkare genomför bedömnings- och inskrivningssamtal tillsammans med omvårdnadspersonal från avdelningen. Om omvårdnadspersonal inte kan delta vid inskrivningssamtalet, skall muntlig rapport ske omgående av tjänstgörande läkare.

- Vid inskrivningen tas en översiktlig anamnes över den aktuella situationen, i syfte att få underlag för bedömning av det akuta tillståndet och preliminär diagnos. I ett senare skede, när patienten har återhämtat sig något, görs en mer kompletterande anamnes.
- En somatisk och psykiatrisk bedömning kan ske i två steg, initialt bedöms vid inskrivningen;
 - allmäntillstånd
 - cirkulation
 - hjärtfrekvens
 - blodtryck
 - neurologi grovt sett,
 - lokalstatus vid skador
- Patienter som skrivs in på avdelning 65 skall erbjudas ett HIV- och hepatit - test, som en del av rutinprovtagningen enligt kvalitetsmanualens dokument, *5.5.A65.3 Rutiner screening av HIV & Hepatit*.
- Kontrollera om patienten;
 - haft kramper eller delirium,
 - lider av annan sjukdom t.ex. diabetes
 - har eller haft kontakt med socialförvaltning, psykiatri eller annan sjukvård.
- Avgiftningsschema bör följas enligt avdelningens riktlinjer om det inte föreligger andra medicinska skäl att frånga gällande rutiner (överläkare beslutar om alternativ behandling).
- Informationsbroschyren med förhållningsregler på avdelningen "*Välkommen till avdelning 65*" delas ut. Efter genomgång av förhållningsreglerna signerar patienten att man tagit del av informationen.
- Inskrivningssamtal inklusive somatisk undersökning dokumenteras i Melior (ev. diktat) och läkemedelsordination i läkemedelsmodulen.
- Mottagningspersonalen informerar patienten om rutiner kring "*förvaring av värdesaker*", enligt *rutinbeskrivning 5.9.A65.1*.

Det kan på kvällar och helger vara svårt att bedöma, om en patient ska läggas in eller inte. Verksamhetens policy är att det aldrig är fel att lägga in en patient för observation och eventuellt ge behovsmedicinering, tills slutlig bedömning kan ske dagen därpå.

Mer information finns i kvalitetsmanualen, dokument, *5.3.A65.2 Lokala rutiner för inskrivning på avdelning 65*

Bedömning och anmälningsansvar

Suicidriskbedömning

Många patienter som kommer till avdelning 65 befinner sig i en livssituation där risken för suicidhandlingar kan vara hög. En bedömning av patientens suicidrisk skall kontinuerligt göras och dokumenteras i journalen. Bedömningen skall göras tillsammans inom arbetslaget och diskuteras på rondmötena.

Till hjälp för suicidriskbedömningarna skall psykiatrins framtagna rutinbeskrivning användas, som finns i psykiatrins kvalitetsmanual, dokument *5.3.1 suicidbedömning*.

Som ytterligare stöd och hjälp skall psykiatrins vårdprogram "suicidnära patienter" användas. I vårdprogrammet finns fördjupade beskrivningar av vilka faktorer som är "varningsklockor" för suicidhandlingar och exempel på skattningsskalor som kan användas som stöd för riskbedömningar.

Vårdprogrammet finns på psykiatrin hemsida;

<http://web.ltdalarna.se/templates/Page.aspx?id=22134s>

Övriga skattningar och bedömningar

Alla inskrivna patienter skall bedömas med AUDIT och DUDIT, samt registreras enligt rutiner i det nationella kvalitetsregistret SBR (Sveriges Beroende Register). Patientens kontaktperson ansvarar för att administrera blanketten, samt att följa upp att bedömningarna och registreringarna är genomförda. Ansvarig läkare ställer diagnoser (ICD 10) och gör GAF skattningar, samt registrerar dessa på SBR blanketten (finns i den blåa mappen).

För patienter som skrivs in första gången och inte har kontakt med socialförvaltningen, görs en fördjupad bedömning med ADDIS.

Anmälan enligt körkortslagen

Om patienten har körkort och inte visar tillbörlig respekt och hörsamhet för alkohol/droger och trafik skall en anmälan göras till transportstyrelsen enligt körkortslagen (1998:488) 10 kapitlet. Det är läkarens uppgift att bedöma om patienten av medicinska skäl är uppenbart olämplig att inneha körkort.

Innan anmälan görs skall läkaren underrätta patienten och meddela att anmälan inte automatiskt innebär förlust av körkort men att vederbörande kan tvingas visa nykterhet genom provtagning under en period. För patienten kan körkortsinnehav respektive förlust av körkort ha en väsentlig funktion som motivation för att ta itu med sina problem. När det gäller andra droger som t.ex. hasch, amfetamin etc. betraktas allt innehav som missbruk och är anmälningspliktigt. Man skall motivera i journalen, varför man anmäler respektive inte anmäler till transportstyrelsen.

Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortsinnehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon. Vägledning för läkarens beslut om anmälan finnes i Vägverkets författningssamling, VVFS 2008:980. Innan en anmälan skickas ska den diskuteras med ansvarig överläkare.

Anmälan sker på fastställd blankett, finns på klinikens hemsida. Punkt C på blanketten, Medicinska förhållanden bör omfatta en summarisk sammanfattning, som omfattar diagnos, vårdtid och i vilken fas patienten befinner sig i utvecklingen av missbruks- och beroendetillstånd. Skickas en anmälan ska den diarieföras (sekretess) i klinikens diarium.

Övergripande information om körkortsärende finns i kvalitetsmanualen, dokument, *5.3.7 Riktlinjer för körkortsärenden inom vuxenpsykiatrien*.

Anmälan enligt vapenlagen

Om patienten som vårdas på avdelningen har en psykisk störning och bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen, skall den läkare som är ansvarig för den psykiatriska vården omedelbart anmäla förhållandet till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Skickas en anmälan ska den diarieföras (sekretess) i klinikens diarium.

Rutinbeskrivning och regelverk för anmälan enligt vapenlagen finns i psykiatrins kvalitetsmanual på intranätet; *dokument 5.3.3 Vapenlagen*
<http://web.ltdalarna.se/templates/Page.aspx?id=17082>

Anmälan enligt LVM

I vissa fall kan det bli aktuellt med en anmälan till socialförvaltningen enligt LVM. Syftet med anmälan är att förmedla viktig information till socialförvaltningen om patientens missbruks och beroendeproblem. Läkarna på avdelningen ansvarar för LVM anmälan (6 § LVM), blankett finns på kliniken hemsida under kvalitetssystem, 5.3A65.4

Blankett: *Anmälan till socialnämnden – behov av LVM vård.*

Denna anmälan får inte förväxlas med den mer utförliga blankett i LVM-ärenden, som görs på anmodan av socialförvaltningen och utgör en väsentlig del av den utredning som socialförvaltningen har att förelägga Förvaltningsrätten för att få till stånd ett tvångsomhändertagande. Blankett finns på klinikens hemsida; under kvalitetssystem, 5.3A65.4

Blankett; *Läkarundersökning enligt 9 § LVM.*

Om vårdbehovet kräver ett omedelbart omhändertagande enligt LVM skall anmälande läkare bistå socialtjänsten med ett särskilt läkarintyg, en blankett som finns på klinikens hemsida.

Blankett: *Läkarintyg för 13 § LVM-omhändertagande*

För en fördjupad information kring LVM finns ett dokument i kvalitetsmanualen; *5.3.A65.4 Rutiner vid LVM ärenden*

Anmälan enligt SoL - missförhållanden som rör barn

Personalen är skyldig att genast anmäla till socialnämnden om man får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Anmälan skall ske även om familjen redan är känd inom socialtjänsten. Exempel på situationer när ett barn riskerar att fara illa kan vara när barnet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller bristande omsorg. Skickas en anmälan ska den diarieföras (sekretess) i klinikens diarium.

Mer information om anmälan finns i psykiatrins kvalitetsmanual på intranätet; *5.3.8 Anmälnings skyldighet om missförhållanden som rör barn*

Behandling och rutiner på avdelningen

Patienterna som har stark abstinens, är påverkade av droger skrivs först in på ett akutrum, där patienten kontinuerligt kan observeras. Efter bedömning och så fort patienten återhämtat sig somatiskt flyttas han/hon till avdelningens motivationsenhet.

Morgonmöte

Läkarna, behandlingsteam och representanter från avdelningen har morgonmöte i konferensrummet klockan 8.30 varje vardag. Mötet sker via videokonferens utrustningen tillsammans med klinikens verksamheter i Säter. Det senaste dygnets inskrivningar, konsulter och överföringar av patienter rapporteras. Aktuella frågeställningar mellan jourmottagningen i Säter och avdelningarna avhandlas och eventuella planerade överföringar av patienter diskuteras.

Sittrond på avdelningen

På avdelningen sker alltid en sittrond varje dag klockan 9.00. Syftet är att gå igenom alla patienter på avdelningen och prioritera vilka insatser som ska ske. På sittronden deltar alltid läkarna och en ansvarig sjuksköterska.

Läkarsamtal med inskrivna patienter

Som rutin skall avdelningspersonal vara med vid läkarsamtalen med patienterna. Syftet med detta är att vårdplanering kan initieras omgående och att överenskommelser med patienten blir tydliggjorda tillsammans med flera parter så att missförstånd kan förebyggas.

Efter att patienten har återhämtat sig skall en fördjupad somatiskt och psykiatriskt bedömning genomföras.

Kontinuiteten av läkarsamtal kan variera, dels beroende på tillståndets art och grad och dels beroende på vilken behandlingsfas patienten befinner sig i. Ibland kan sittronden utgöra ett forum för läkarsamtal.

Kontaktmannaskap

Alla patienter som skrivs in på avdelningen får en kontaktman utsedd, en person som patienten i första hand kan vända sig till och diskutera sin planering med.

Kontakt med klinikkens behandlingsteam

Inom kliniken finns ett behandlingsteam med psykologer, kuratorer och arbetsterapeuter. Finns behov av en fördjupad psykologisk bedömning, familjeinterventioner, anhörig- och barnsamtal, särskilda frågeställningar kring socialtjänstens regelverk, familjerätt eller annan rättighetslagstiftning eller behov av arbetsterapeutisk bedömning och hjälpmedel kontaktas behandlingsteamet.

Provtagning.

Vid inskrivningen tas de prov som bedöms inte kunna anstå. Efter rondan dagen efter tas övriga rutinprov enligt följande lista:

Rutinprover:

- B-erythrocyter, B-EVF, Ery-MCV, B-trombocyter, B-leukocyter, SR.
- B-glukos
- S-Na, S -K, S-Ca, S-Ca korr, S-albumin
- S-krea
- S-ALAT, S-ASAT, S-ALP, S-GT, S-bilirubin, S-amylas,
- CRP och PK, Hb, B-EVF, ERY-MCV, B-Trombocyter, Leukocyter, P-glucos
- Drogsscreening (urinprov)
- CDT, tas enbart vid ordination men är obligatoriskt vid körkortsutredning och vid LVM utredningar

Journalföring

Journalföring sker enligt psykiatrins gemensamma fastslagna riktlinjer, som finns dokumenterade i psykiatrins kvalitetsmanual, dokument 5.1.1; *Dokumentation i patientjournalen*

Bakjour

Verksamheten har dygnet runt möjlighet att kontakta en psykiater som bakjour. Under vissa tider är bakjouren gemensam med akutpsykiatriska verksamheten i Säter. Ytterligare information om bakjourens uppdrag finns i kvalitetsmanualen, dokument 5.2.3.2 *Psykiatrins bakjoursverksamhet vid Falu lasarett*

Riktlinjer för abstinensbehandling

Tillnyktring & abstinensbehandling alkohol

Inskrivning av patienter sker initialt på "tillnyktringssidan" och medicineras enligt fastställt schema eller efter särskild ordination.

Alkoholabstinens är ett riskfyllt tillstånd som kan leda till allvarigare tillstånd som delirium tremens och krampanfall. Behandlas inte dessa tillstånd på ett adekvat sätt finns risk för dödlig utgång.

För patienter med initialt hög alkoholhalt i blodet bör inte medicinering påbörjas före mätbar halt sjunker ner till 0 promille. Beroende på tillståndets allvarlighetsgrad måste medicinering för vissa patienter påbörjas innan promillehalten har sjunkit till noll. Medicinering skall dock aldrig starta förrän tjänstgörande sjuksköterska har kontrollerat att alkoholpromillehalten är sjunkande.

Schema för abstinensbehandling

Det finns två olika scheman för abstinensbehandling, ett .k. "initialt schema" och ett "fortsättningsschema".

Initialt schema:

- Injektion **Neurobion** 3 ml x 1 i 3 dagar (förebygga risken för Korsakoffs syndrom). Observera att medicineringen alltid skall ges före patienten får mat och dryck.
- Efter injektionsbehandling kan tablett **Oralovite** (1x3) ges utifrån behovsbedömning.
- **Oxascand** 25 mg, 1-2 ges vid behov. Vid svår abstinens och när pulsen inte sjunker inom en timme skall dubbeldos ges (50 – 100 mg). Fortgår svår abstinens får **Diazepan** övervägas.
- **Nattmedicin – Theralen alternativ Propavan**
Vid abstinensbehandling är det viktigt med en god sömn, något som kan underlättas med nattmedicinering, Theralen 1-2 ml alternativt Propavan 25 mg, 1-2 tab. Nattmedicin ges alltid före klockan 24.00.

Fortsättningsschema

Fortsättningsschemat påbörjas vanligtvis dagen efter inskrivningen och består av ett **oxascand schema standard**.

Oxascand schema - standard					
<i>Dag</i>		<i>8.00</i>	<i>12.00</i>	<i>16.00</i>	<i>20.00</i>
Dag 1	10 mg	2	2	2	2
Dag 2	10 mg	2	2	2	2
Dag 3	10 mg	2	1	1	2
Dag 4	10 mg	1	0	1	2
Dag 5	10 mg	1	0	0	0

Under abstinensbehandlingen skall puls och blodtryck tas regelbundet och dokumenteras, samma tidpunkter som vid medicineringen 08.00 och 20.00. För patienter som registrerar hög puls, skall puls och blodtryck tas kontinuerligt under hela dagen.

Stort Oxascand schema

Vid allvarlig och svår abstinens, med kramper, hög puls, kraftigt förhöjt blodtryck och riskfaktorer för delirium kan ett "**stort Oxascand schema** användas". Detta schema beskriver "maxdoser" som inte ska överskridas.

Stort Oxascand schema					
<i>Dag</i>	<i>styrka</i>	<i>8.00</i>	<i>12.00</i>	<i>16.00</i>	<i>20.00</i>
Dag 1	25 mg	3	3	3	3
Dag 2	25 mg	3	2	2	3
Dag 3	25 mg	2	2	2	2
Dag 4	10 mg	4	4	4	4
Dag 5	10 mg	3	3	3	3
Dag 6	10 mg	2	2	2	2
Dag 7	10 mg	1	1	1	1
Dag 8	10 mg	1	0	1	1
Dag 9	10 mg	1	0	0	1

Krampförebyggande behandling

Oxascand har liksom andra benzodiazepiner en krampförebyggande effekt, något som är viktigt vid abstinensbehandling. För vissa patienter räcker inte den förebyggande effekten och en kompletterande medicineringen måste sättas in. Vid anamnes på tidigare abstinenskrampor skall **Tegretol** (Karbamazepin) sättas in enligt följande schema. Observera att Tegretol har många interaktioner (se FASS) och kombinationen Dexofen (smärtstillande läkemedel) bör helt undvikas.

Tegretolschema - tablett 200 mg			
<i>Dag</i>	<i>8.00</i>	<i>14.00</i>	<i>20.00</i>
Dag 1-2	1	1	1
Dag 3-4	1	0	1
Dag 5-6	0	0	1

Vid krampanfall ges **stesolid prefyll rektal** 10 mg (får uppreps efter 10 minuter 2ggr, sker ingen förbättring kontaktas medicinjouren).

Heminevrin - vid svår abstinens med predeliriösa tillstånd

Om abstinensbehandlingen med sobriilschema inte ger förväntad effekt och patienten utvecklar predeliriöst tillstånd med t.ex. hallucinationer, ges Heminevrin (Clometizol) 2-4 kapslar initialt. Om sedation inte erhålles innan 1-2 timmar kan ytterligare 1-2 kapslar ges. Denna dosering upprepas till sömn intrett, dock ges högst 8 kapslar inom en 1-2 timmarsperiod, därefter till uppgjort schema enligt nedan.

Innan schema sätts in skall en provdos ges första gången (obs, det systoliska blodtrycket skall vara över 100). Oxascand och Theralen sätts ut under tiden som Heminevrinet ges. Observera att Heminevrin ger ökad sekretion i andningsvägarna och kan försvåra andningen. Vid ordination av Heminevrin måste patientens absoluta alkoholvärde i blodet vara 0 ‰.

Heminevrinschema Kapsel 300 mg (1 kapsel= 6 ml mixtur)				
Dag	8.00	14.00	20.00	Till natten
Dag 1	2	2	2	4
Dag 2	2	2	2	4
Dag 3	1	2	2	3
Dag 4	1	1	2	2
Dag 5	1	1	1	2
Dag 6	0	0	1	2
Dag 7	0	0	0	2
Dag 8	0	0	0	1

Abstinensbehandling vid uttappning av benzodiazepin

Behandling vid benzodiazepinabstinens ska planeras under en längre period och skall förberedas i dialog med remitterande läkare. Med fördel kan abstinensbehandlingen påbörjas i öppenvården och avslutas på avdelningen. En individuell vårdplanering måste alltid ske före påbörjad behandling.

Vid abstinensbehandling på avdelning ska Oxascandschema läggas upp individuellt och i dialog med patienten. Vid uttappning av höga doser räknas dos i ekvivalent Oxascand. Man går in med 50 % av uppgiven dos och trappar ned med 10-20 % två gånger per vecka. Följande tabell beskriver preparatens Diazepam- ekvivalens och halveringstider.

Benzodiazepin-nyckel			
Generisk beteckning	Handelsnamn	Diazepam-ekvivalent	½-tid
1 mg klordiazepoxid	Librium, klopoxid	0,25 mg	
1 mg diazepam	Apozepam, Diazepam, Stesolid	1 mg	20-70 tim
1 mg lorazepam	Temesta	5 mg	12 tim
1 mg oxazepam	Oxascand, Serepax, Sobril	0,3 mg	10 tim
1 mg alprazolam	Xanor, Xanor depot, Alprazolam	10 mg	12 tim
1 mg nitrazepam	Apodorm, Nitrazepam	2 mg	18-36 tim
1 mg flunitrazepam	Rohypnol, Fluscand, Flunitrazepam	10 mg	13-19 tim
1 mg triazolam	Halcion, Triazolam	20 mg	2-4 tim
1 mg clonazepam	Iktorivil	20 mg	20-60 tim
1 mg midazolam	Dormicum	0,7 mg	1,5-3 tim

Exempel på beräkning:

Om patienten har konsumerat 2 mg Xanor och 10 mg Nitrazepam om dagen, kalkyleras motsvarande diazepamdos enligt följande:
 $2 \times 10 = 20$; $10 \times 2 = 20$; $20 + 20 = 40$

Följande tabell beskriver förhållandet mellan stesolid och sobril för olika doser.

Diazepam = Stesolid	Oxazepam = Sobril, Oxascand
1,0 mg	3,0 mg
3,3 mg	10,0 mg
5,0 mg	15,0 mg
6,6 mg	20,0 mg
10,0 mg	30,0 mg
12,5 mg	37,5 mg

Amfetamin, kokain, extacy och andra centralstimulantia

Vid abstinensbehandling av centralstimulantia är det i första hand omvårdnadsinsatser som skall erbjudas, ett vänligt och socialt bemötande. Hyperaktivitet och förhöjd sinnesstämning behandlas genom att man försöker bringa patienten i sömn och låta honom/henne sova ut.

I vissa fall kan medicin ordinerats för att lindra oro och ångest. Då ska icke beroendeframkallande medicin ordinerats, som antihistamin, prometazin, Lergigan (25 – 50 mg). Viktigt att observera att psykotiska och paranoida symtom ej skall behandlas med antipsykotikum som t.ex. Haldol. Dessa symtom skall uppfattas som ett tecken på pågående abstinens, vilket kommer att avta när patienten kommit till ro.

Hasch

Vid haschabstinens finns ingen farmakabehandling. Omvårdnadsbehandling skall kännetecknas av vänligt och socialt bemötande, men samtidigt vara gränssättande.

Missbruk av smärtlindrande läkemedel och opiater

Vid opiatabstinens ges Klonidin, Catapressan, dock ej till alkohol- och amfetaminmissbrukare. Börja med blodtryckskontroll. Vid lågt blodtryck (90/60) ge provdos 75 µg Catapressan. Efter 2 timmar en ny blodtryckskontroll. Om blodtrycket > 90/60, påbörja schemat. Mät blodtrycket dagligen när schemat pågår.

Catapressan-schema 75 µg			
Dag 1	1	1	2
Dag 2	1	1	2
Dag 3	1	1	1
Dag 4	1	1	1

Om blodtrycket < 90/60, må man – i brist på idag kända tillgängliga bättre alternativ - gå över till Dexofen-schema. Upp till 6 veckors abstinensbehandling genom att på samma sätt som ovan, när det gäller benzodiazepiner, frysa behandlingen och stanna kvar på *Dag 1, Dag 2* etc innan man går vidare. Det är en allmänt spridd missuppfattning att

heroinavgiftning är farligt på samma sätt som, att livshotande delirium kan uppträda vid alkoholabstinens. Man bör dock vara klar över, att vid heroin- eller annan opiatavgiftning inget somatiskt allvarligt händer. Det kan vara mycket plågsamt – men inte farligt! Kanske ska man därför låta det bero med reducerad Catapressan-medikation eller exspektans vid uppfattad bristande framgång med Catapressan.

Tidigare använd Dexofen-behandling har vid evidensprövning visat sig enligt Markus Heilig: *Beroendetillstånd, har ingen plats i abstinens-behandlingen pga. bristfällig dokumentation för effekt, och oacceptabel säkerhetsprofil.* Med klinisk erfarenhet i Falun används ändå Dexofen i vissa fall. Ordinerar Dexofen skall följa schema följas, vilket bara ges inom slutenvården.

Dexofenschema tablett 100 mg			
Dag	8.00	14.00	20.00
Dag 1	3	3	3
Dag 2	3	3	3
Dag 3	2	2	2
Dag 4	2	2	2
Dag 5	1	1	1
Dag 6	1	0	1
Dag 7	0	0	1

Behandling inför utskrivning

I syfte att minska risken för återfall skall en samordnad vårdplanering ske med socialförvaltningen, primärvården, öppenvårdspsykiatri och arbetsgivare. Viktigt att patienten har en planering inför utskrivningen. I förebyggande syfte finns även medicinsk behandling som kan kombineras med den psykosociala behandlingen.

Antabus (disulfiram)

Antabus är ett läkemedel som ger kroppsliga obehag vid intag av alkohol, som t.ex. ansiktsrodnad, illamående och hjärtklappning. Innan man beslutar om denna medicinering är det av största vikt att upprätta en plan för hur patienten skall hämta sin medicin, t.ex. hos distriktssköterskan, arbetsgivaren eller på en beroendeenheten. Vid utskrivning från avdelningen ges 400 mg som "uppladdning" före utskrivning, därefter 200-400 mg tre gånger per vecka.

Kontraindikation för antabus är höga levervärden (tre gånger referensvärdet). Medicineringen skall följas upp med leverprover efter tre veckor samt efter två månader, därefter var tredje till var fjärde månad eller vid misstanke om leverpåverkan.

Campral (akamprosät)

Medicinen Campral minskar suget efter alkohol, troligen beroende på att balansen mellan de hämmande transmittorerna GABA och den exciterande transmittorn Glutamat återställs. Medicineringen ger endast få biverkningar, vanligtvis gastrintestinala som brukar gå över.

Patient som väger över 60 kg ges 2+2+2 och patienter som väger mindre än 60 kg ges 2+1+1. Kontraindikation är serum kreatin > 120.

Revia (naltrexon)

Revia är en opioidantagonist och minskar den önskade positiva effekten av alkohol, t.ex. upprymdhet. Medicin ges i tablettform, 50 mg * 1 dagligen. Kontraindikation är om patienten använder opiater. Medicineringen skall följas upp med leverprover efter tre veckor samt efter två månader, därefter var tredje till var fjärde månad eller vid misstanke om leverpåverkan.

Ovanstående läkemedel kan kombineras fritt. Det finns vetenskapliga studier som visar att Campral och Revia genererar färre dryckesdagar och färre återfall i missbruk.

Akupunktur

Samtliga patienter kan under vårdperioden erbjudas NADA akupunktur i syfte att lättare hantera abstinenssymtom som oro och ångest.

Samsjuklighet

Flera patienter har en samsjuklighet, där patienten har både en missbruks- och beroendeproblematik och allvarliga psykiatrisk problem. Denna grupp av patienter har ofta mycket större behov av hjälp och kan erbjudas vård och behandling parallellt för båda problemområdena. Detta kan innebära att patienten skrivs in direkt på "motivationsbehandlingen" och får där ett individuellt vårdprogram. Patienter med samsjuklighet får på detta sätt en integrerad vård och behandling.

Patienter som har samsjuklighet vårdplaneras alltid tillsammans med öppenvård psykiatri och med kommunens missbruks- och beroendeverksamhet.

Motivationsbehandling

Om patienten bedöms var lämplig för fortsatt motivation och behandling efter den initiala abstinensbehandlingen t.ex. har planerad behandling via kommunens socialförvaltning överflyttas han/hon till avdelningens "motivationssida". Patienter som efter abstinensbehandlingen inte har någon färdig planering eller inte är motiverad för fortsatt missbruksbehandling skrivs ut från avdelningen (se rubrik utskrivning).

Syftet med motivationsbehandlingen är att omgående fortsätta med ett aktivt arbete med missbruks- och beroendeproblematiken. Detta måste ske i nära samarbete med socialtjänsten, öppenvårdspsykiatri, arbetsgivare, anhöriga eller andra samarbetspartner som t.ex. frivillighetsorganisationer. Avdelning 65 kan bara vara länken mellan den medicinska behandlingen och öppenvårdens mer långsiktiga arbete med beroendeproblematiken. För vissa kan en kort period på motivationssidan vara "dagarna" innan nästa steg i beroendebehandlingen startar upp på ett behandlingshem.

På "motivationssidan" finns krav på att patienten deltar i gruppaktiviteter, föreläsningar etc. samt medverkar till fortsatt planering med öppenvård, socialtjänst eller andra instanser, samtidigt som man trappar ut eventuell kvarstående abstinensbehandling.

Patienten får vid övergång till "motivationssidan" skriva på ett kontrakt, som han/hon har att följa, t.ex. tillåts patienten inte att utebli från de planerade aktiviteterna. Om patienten inte kan delta i aktiviteter, skall han/hon redogöra detta inför gruppen av medpatienter – undantagsvis avdelningspersonalen. Syftet med en redogörelse för gruppen är att missbrukare emellan har svårt att ljuga, så att man blir trodd. Det är även av betydelse, att det ska vara en viss tröskel för att kunna dra sig undan. Om någon ändå uteblir från att delta, ska detta med kraft påtalas av personalen/läkaren och utskrivning skall övervägas. Om inte dessa riktlinjer uppehålls på ett tydligt sätt, finns risk att motivationsbehandlingen "spårar ur".

Motivationsbehandlingen bygger på ett dagligt aktivt program, med morgonsamling i grupp, förmiddagsföreläsning, filmvisning och olika gruppaktiviteter.

Vårdplanering

För många patienter finns en vårdplanering vid inskrivningen, som i princip kan följas under vårdperioden och vid utskrivningen tar en ny fas vid t.ex. uppföljning i öppenvården, primärvården, behandlingshem eller i program inom kommunen. För de patienter som kommer in akut eller där det inte finns upprättade samarbetspartner, upprättas omgående kontakt med socialtjänsten, psykiatrins öppenvård eller primärvården. Målet är att få igång en vårdplanering under vårdperioden.

På avdelningen finns en utsedd vårdsamordnare, som organiserar, planerar och administrerar vårdplaneringsmöten.

Utskrivning

Alla utskrivningar skall ske planerat under dagtid, efter ett utskrivningssamtal. Inför utskrivningssamtalet skall dialog ske med kontaktperson och intagningsjournalen och sköterskornas anteckningar läsas igenom. Med denna information som underlag skall en ny bedömning göras. Checklista för planerad utskrivning skall användas, finns i kvalitetsmanualen *5.3.A65.5 Rutiner vid utskrivning från avdelning 65*.

- Patienten skrivs ut efter att vårdplanering har skett i samråd med socialtjänsten, vårdcentral, öppenvårdspsykiatri, anhöriga eller arbetsgivaren.
- Bedömning av psykiatriska symtom och behovet av psykiatrisk kontakt, med öppenvård eller primärvård dokumenteras.
- Bedömning av somatiska tillstånd och behov av vård för åkommorna dokumenteras.
- Bedömning av beroendeproblematikens djup och svårighetsgrad dokumenteras t.ex. resultat från bedömningsinstrumenten AUDIT, DUDIT eller ASI.
- Bedömning av resultatet av behandlingen på avdelningen dokumenteras.
- Om epikriska ska skickas till andra vårdgivare krävs patientens medgivande.
- Generellt sjukskrivs patienten under vårdtiden, men ej efter utskrivning.
- Patienter som har uttryckt suicidala eller aggressiva tankar vid inskrivningen ska bedömas av specialistläkare inom psykiatri före utskrivning.
- För diagnossättning kan *lathund* för ICD-10 användas, bilaga 1:
- KVÅ koder sammanställs efter utskrivningen

Om patient begär sig utskriven utan planering, skall riktlinjer för oplanerad utskrivning följas, *5.3.A65.5 Rutiner vid utskrivning från avdelning 65*.

Bilaga 1

<u>Alkoholberoende/missbruk</u>	
Alkoholberoende	F10.2
Alkoholmissbruk	F10.1
<u>Alkoholbetingade störningar</u>	
Alkoholintoxikation	F10.00
Alkoholabstinens	F10.3
Konfusion under alkoholintoxikation	F10.03
Konfusion under alkoholabstinens	F10.4
Alkoholbetingad varaktig demens	F10.73
Alkoholbetingad varaktig minnesstörning	F10.6
Alkoholbetingat psykotiskt syndrom, med vanföreställningar	F10.51
Alkoholbetingat psykotiskt syndrom, med hallucinationer	F10.52
<u>Amfetaminberoende/missbruk</u>	
Amfetaminberoende	F15.2
Amfetaminmissbruk	F15.1
<u>Amfetaminbetingade störningar</u>	
Amfetaminintoxikation	F15.00
Amfetaminabstinens	F15.3
Amfetaminbetingat psykotiskt syndrom, med vanföreställningar	F15.51
Amfetaminbetingat psykotiskt syndrom med hallucinationer	F15.52
<u>Cannabisberoende/missbruk</u>	
Cannabisberoende	F12.2
Cannabissmissbruk	F12.1
<u>Cannabisbetingade störningar</u>	
Cannabisintoxikation	F12.00
Konfusion under cannabisintoxikation	F12.03
Cannabisbetingat psykotiskt syndrom med vanföreställningar	F12.51
Cannabisbetingat psykotiskt syndrom med hallucinationer	F12.52
<u>Opiatberoende/missbruk</u>	
Opiatberoende	F11.2
Opiatmissbruk	F11.1
Beroende av sedativa, hypnotika eller anxiolytika	F13.2
Missbruk av sedativa, hypnotika eller anxiolytika	F13.1
<u>Blandberoende</u>	F19.2