



Medicinskt  
Program Arbete

Regionalt Vårdprogram

## Läkemedelsberoende

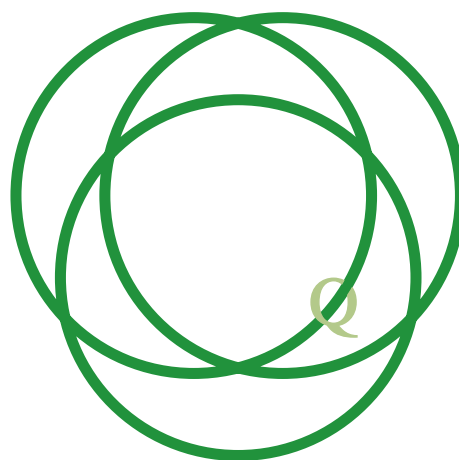
Lugnande mediciner,  
sömnmedel och smärtstillande  
läkemedel

Stockholms läns landsting

2004







Regionalt Vårdprogram

**Läkemedelsberoende**  
Lugnande mediciner  
sömnmedel och  
smärtstillande läkemedel

**Rapporten är framtagen av:**  
Britt Vikander

ISBN 91-85209-21-X



**Stockholms läns landsting**  
Beställarkontor vård



## **Förord**

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholm är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,8 miljoner invånare.

Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och utgöra grund för bättre beslut i vården.

Arbetet bedrivs gemensamt av producenter och beställare. Patientföreträdarna har en självklar plats i arbetet och medverkar i de olika grupper. Stockholms Medicinska Råd och 16 programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal Årsrapporter, Regionala vårdprogram och Fokusrapporter har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

De regionala vårdprogrammen skall vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. De regionala vårdprogrammen och de övriga rapporterna från MPA skall vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och kommer att utgöra en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Kaj Lindvall  
Projektledare  
Medicinskt Program Arbete

Anna Åberg-Wistedt  
Medicinskt Råd  
Medicinskt Program Arbete  
Programområde Psykiatri



## **Inledning**

Ångest, spänning, oro, sömnproblem eller smärta förekommer i människors liv. För de flesta är det kortvariga episoder men för andra kan det bli mer långvariga tillstånd. För en del människor kan tillstånden bli ingången till en långvarigt läkemedelsbruk som kan leda till beroende, ja t o m missbruk. Ofta sker en första medicinering i en situation då läkaren ansett att en farmakologisk lösning, ett recept krävs för att bemästra situationen. Läkemedelsberoende är ett dolt problem. Det beror dels på okunskap om symtom som leder till diagnos för läkemedelsberoende och bristande tidig upptäckt, dels att vissa lugnande medel och sömnmedel de s.k. bensodiazepinerna kan skapa beroende även vid låg eller normal dosering. (1, 2, 3, 4, 5). Daglig användning av smärtstillande läkemedel kan ha en paradoxal effekt, t ex på huvudvärk så att patienten kan utveckla en kronisk daglig huvudvärk (6).

Syftet med vårdprogrammet är att ge en översikt om bruket och beroendet av lugnande mediciner, sömnmedel och smärtstillande läkemedel. Syftet är vidare att få svar på frågor som - Hur uppstår beroende? Hur identifierar man läkemedelsberoende? När och hur ska läkemedelsberoende behandlas? Hur kan beroende förhindras? Att förmedla en praktisk behandlingsstrategi är ytterligare ett syfte. Syftet är även att stimulera till diskussion och förhållningssätt lokalt och bidra till ökad samverkan inom sjukvården, i vårdkedjan och mellan samhällets olika organ.

Det övergripande målet bör vara att minska beroendet och missbruket av lugnande medel, sömnmedel och smärtstillande läkemedel. Detta sker genom att:

- sprida kunskap om beroendets art och karaktär samt bidra med utbildning så att en god behandling kan erbjudas
- medverka till en medvetenhet och ett förhållningssätt så att en adekvat förskrivning av dessa läkemedel etableras
- tydliggöra patientgruppen som drabbas

Läkemedelsberoende angår alla, professionella som lekmän och samhällets olika organ som behöver samverka kring patienter med läkemedelsberoende. Vårdprogrammet riktar sig främst till hälso- och sjukvårdspersonal inom öppen och slutna vård som möter patienter med läkemedelsberoende. Vårdprogrammet är också tänkt att användas av tjänstemän i beställar- och pro-

duktionsorganisationen genom att innehållet bidrar med ökad kunskap och som underlag för beställningar.

## **Arbetsgrupp och förankring**

Det regionala vårdprogrammet om läkemedelsberoende har tagits fram inom ramen för programområdet för Psykiatri.

Arbetsgruppen har letts av Britt Vikander, specialist i allmän psykiatri med inriktning på beroendesjukdomar, överläkare och sektionschef på Beroendecentrum Stockholm, Magnus Huss sektionen, Karolinska sjukhuset. Verksamhetschef docent Stefan Borg på Beroendecentrum Stockholm har bistått med värdefulla råd och varit bollplank. Chefssjuksköterska Eva Biderstrand har varit ansvarig för omvårdnadsaspekter och anhörig-perspektivet och leg sjukgymnast Ingeborg Lönnquist har skrivit om sjukgymnastisk behandling vid läkemedelsberoende. Båda är verksamma vid Beroendecentrum Stockholm. Samråd har skett med dr Elisabeth Roger, specialist i allmänmedicin samt med dr Ewa Milerad, specialist i invärtesmedicin och anesthesiologi. Programmet har varit på remiss hos samtliga läkare inom Beroendecentrum Stockholm.

Vårdprogrammet är grundat på kliniska erfarenheter, Socialstyrelsens ”Allmänna råd” 1990 om beroendeframkallande psykofarmaka och riktlinjer utarbetade vid expertmöte om ”Användning av opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta” som publicerats i information från läkemedelsverket februari 2002.

Vårdprogrammet har förankrats i Psykiatrirådet, klientorganisationen RFHL-Riksföreningen för hjälp narkotika- och läkemedelsberoende samt diskuterat med patienter och deras anhöriga på TUB-mottagningen, Magnus Huss, Beroendecentrum.

Stockholms Medicinska Råd antog detta vårdprogram 29 oktober 2002.

## **Innehåll**

Förord .....	1
Inledning .....	3
Innehåll .....	5
Sammanfattning .....	7
Kartläggning och analys .....	9
Organisation och utbud .....	17
Riktlinjer för hälso- och sjukvård .....	19
Beroendeskapande läkemedel; lugnandemedel och sömnmedel (bensodiazepiner) .....	23
Smärtstillande läkemedel, s k analgetika .....	27
Hur ska de läkemedelsberoende patienterna tas om hand? .....	33
Behandling av läkemedelsberoende - bensodiazepiner och analgetika .....	35
Hur skall ”vårdkedjan” se ut - landsting; kommun m fl .....	47
Kan läkemedelsberoende förebyggas och i så fall hur? .....	48
Kvalitetsindikatorer .....	50
Utvecklingsområden .....	50
Att vara patient .....	51
Referenser .....	53
<b>Bilaga 1</b>	
Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende .....	63



## **Sammanfattning**

Varje år blir ett antal människor i Sverige beroende av läkemedel som de fått legalt utskrivna genom sjukvården. Antalet läkemedelsberoende i vårt land kan uppskattas till mellan 80 000 och 200 000. Dessa siffror hänvisar till beroendeframkallande lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner) och är oprecisa därför att en stor del av problemet är dolt. De flesta skäms och berättar inte ens för anhöriga och vänner att de inte kan sluta med sina tabletter, än mindre för sin läkare. I Sverige förekommer bensodiazepiner på recept vid ca tre miljoner recepttillfällen per år. Uppgifter om användning av bensodiazepiner baseras på försäljningsstatistik vilken inte är en säker indikator på konsumtionen. Av den totala förskrivningen av bensodiazepiner sker endast 10% inom den slutna vården. Psykiatriker står för ca 20% och allmänläkare förskriver ca 70%. Enligt Apoteksbolaget förskrivs bensodiazepiner framför allt till patienter med lättare psykiska besvär som depressioner och sömnstörning, i samband med krisreaktioner och som muskelavslappande. Kvinnor dominerar konsumtionen, vilket kanske till viss del kan förklaras att kvinnors liv innehåller perioder med psykisk belastning och traditionell kvinnlig könsroll. Kvinnor söker i högre omfattning än män hjälp för ångest, oro och sömnsvårigheter och kvinnor har, genom sin livscykel, oftare anledning att söka läkare. Bensodiazepiner förskrivs till alla åldersgrupper men framförallt till äldre. Användningen av sömnmedel ökar och förskrivs i ökande grad till yngre. Eftersom bensodiazepinerna är receptbelagda bidrar läkarens förskrivningsmönster och val av behandlingsstrategi till att läkemedelsberoende kan uppstå.

Allt fler människor lider av svår långvarig smärta. Smärta orsakar stort lidande hos den drabbade individen samtidigt som vårdkostnader och långvariga sjukskrivningar medför stora samhällsekonomiska kostnader. En studie från Riksförsäkringsverket publicerad 2003 visar att sjukskrivna använder betydligt mer starkare smärtstillande (analgetika) och sömn- eller lugnande läkemedel (bensodiazepiner) än andra. Användningen av starka opioider i Sverige vid såväl cancer som vid icke-cancerrelaterade smärttillstånd har ökat sedan 1997. Inom primärvården omfattar långvariga smärttillstånd som föranleder någon medicinsk åtgärd ca 20-30% av patienterna. Nästan 40% av dessa har smärta som varat längre än tre månader. Medelåldern har rapporterats ligga omkring 56 år men samtliga åldersgrupper är representerade.

Att ständigt behöva se till att få nya tabletter upplevs som förnedrande. De psykiska symtomen på läkemedelsberoende kan också misstolkas som psykisk sjukdom eller personlighetsstörning, vilket kan minska möjligheten att få adekvat vård. Inte sällan erbjuds i stället mera läkemedel. Behovet av klara, enhetliga och mera restriktiva förskrivningsråd framstår allt tydligare.

Tidigare var prognosen vid läkemedelsberoende dyster och det var svårt för patienterna att få adekvat vård. Emellertid visar senare erfarenheter att prognosen för läkemedelsberoende patienter avsevärt förbättrats genom en integrerad behandling med långsam individuellt anpassad nedtrappning, psykosocialt stöd och hjälp till rehabilitering. På ett flertal ställen finns numer hjälp att få och inom Stockholms läns landsting erbjuds behandling vid särskilda enheter. Samverkan såväl inom sjukvården och i vårdkedjan bör vara naturlig. Även andra samarbetspartners som försäkringskassan, ev. arbetsgivare och socialtjänsten kan vara aktuella.

Erfarenheter från patienter är viktig och bör ske i ständig dialog, individuellt och via klientorganisationer.

## Kartläggning och analys

### Lugnande medel och sömnmedel s k bensodiazepiner (bdz)

Läkemedelsberoende/missbruk är psykiatrins ”dolda kamera”. Varje år blir ett antal människor beroende av legalt förskrivna läkemedel. Uppgifter om användning av bdz baseras på förskrivningsstatistik och kan inte helt säkert betraktas som uppgifter om konsumtion (7)

Bensodiazepiner givna kontinuerligt och enligt FASS- dos kan ge ett fysiskt beroende med ett successivt utvecklande av abstinenssymtom d v s lågdosberoende särskilt efter längre tids bruk (3, 4, 8–10). Detta beräknas utvecklas hos 15-50% av patienterna och kan uppkomma redan efter en kort tids medicinering. Abstinensreaktionen riskerar att bli feltolkade som recidiv av patientens oro och ångest och detta kan tas som intäkt för fortsatt medicinering.

Trots den nu långvariga debatten om beroende och missbruk av bdz finns förvånansvärt sparsam dokumentation rörande prevalens som incidens av beroende och missbruk. Man saknar också kunskap om riskfaktorer bakom dessa tillstånd. I en svensk studie följdes en kohort av 561 bdz-patienter: 42% av dem som fått ett bdz blev långtidsanvändare och 10% fortsatte med bdz upp till 10 år. (11)

### Incidens och prevalens vid missbruk/beroende av bensodiazepiner

- Utbredningen okänd, endast indirekta uppskattningar föreligger
- Enligt Jämtlandsstudien är ca 2,5% av befolkningen regelbundna konsumenter (12)
- Av de som första gången fick ett recept hade
  - cirka 15% ett regelbundet uttag med konventionell dosering fem år senare
  - 1% ett regelbundet uttag med förhöjd dosering fem år senare

En NEPI-rapport (13) genomförd i samverkan med Läkemedelskommittén i Jönköpings läns landsting och Läkemedelsrådet i Skåne beträffande omfattningen av beroende av bdz och deras analoger studerades via en enkät till patienter med förnyade recept på dessa läkemedel. 3 av 4 patienter uppgav sig ha stått på sådan medicin i mer än ett år och var tredje i över fem år. Fler-talet av dem hade försökt avsluta behandlingen utan att lyckas. Fler än hälften ansåg sig vara beroende, och uppkomsten av beroende syntes främst betingas av själva användningen av medlen och längden härav, snarare än av individuella karaktäristika eller socioekonomiska faktorer. Studien ger stöd för följande slutsatser:

- Risken för uppkomst av beroende av bdz och – analoger är stor så snart medicineringen är annat än tillfällig.
- Den väsentliga styrfaktorn för uppkomsten av beroende är själva medicineringen och dess längd

### **Några kliniska förhållanden hos patienter med isolerat bensodiazepinmissbruk (14, 15)**

<i>Kliniska förhållanden</i>	<i>Överrepresentation</i>
Kvinnor	+
Medelålders	+
Yttre sociala störningar	-
God utbildning	+
God yrkesnivå	+
Ensamstående	+
Isolering	+
Passivitet	+
Långvarig psykisk störningsbild	+
Specifik personlighet	+
Hjärnskadeprofil vid psykometriska test	+
Hög somatisk sjuklighet	+

## **Genusperspektiv**

Genusforskningen rör sig sakta framåt och ett gott exempel är Läkartidningens genusserie under våren 2001 (16, 17) Begreppet kön avser biologiska skillnader mellan män och kvinnor som olikheter i hormoner och reproduktiva organ medan genus beskriver hur manligt och kvinnligt skapas och tolkas i olika sociala och kulturella sammanhang”. Genus tydliggör att könsskillnader inte är konstanta och opåverkbara. Sedan de första könsspecifika data presenterades har stora skillnader mellan könen i mortalitet och morbiditet förekommit. Kvinnor är sjukare men överlever männen, den s k könsparadoxen.

Enligt Murray m fl finns det ett samband mellan fysisk ohälsa och användandet av lugnande mediciner och sömnmedel de s k bensodiazepinerna (2). Kvinnor har en betydligt högre konsumtion av bensodiazepiner och värkmediciner än män. De flesta av dessa läkemedel är receptbelagda, varför läkares förskrivningsmönster och val av behandlingsmetod bidrar till att kvinnor blir beroende. Man kan reflektera utifrån två hypoteser; lugnande mediciner passar bra till den traditionella kvinnorollen, där kvinnan är passiv och i sista hand tar hänsyn till sig själv. Begreppet ”tvingande lyhörddhet” presenteras av läkarna Forssén och Carlstedt och beskriver en uppövad lyhörddhet som format kvinnors sätt att vara. Det kan betecknas som ”en skada” som uppstått när kraven blivit för stora och skadan består i att kvinnorna i ökande grad sätter andras behov i fokus och inte förmår att sätta gränser för sina egna insatser. Följden blir fysisk och psykisk överansträngning och ohälsa (15–21).

## **Ordineras fler kvinnor än män bensodiazepiner?**

Av läkemedelsstatistiken framgår att fler recept skrivs ut till kvinnor i fertil ålder än till män i motsvarande ålder. Detta gäller även sedan p-piller och andra könshormoner exkluderats (22). Det finns få epidemiologiska befolkningsdata i Sverige liksom internationellt om läkemedelsmissbrukets omfattning (11, 23). Vanligt är att man skäms för att man inte kan sluta och att man t o m kanske har framställt sig som sjukare inför läkaren därför att man är så rädd att inte få receptet förnyat.

Vid starten av TUB-mottagningen i Stockholm 1984 var 72% kvinnor

En prevalensstudie genomfördes i Stockholm 1986 då över 6 000 stockholmare fick besvara frågan om de under de senaste två veckorna använt lugnande medel eller sömnmedel. Aktuellt bruk av lugnande läkemedel uppgav 19% av kvinnorna och 13% av männen. Även i åldersgruppen 75 år och äldre dominerade kvinnorna (52%) jämfört med männen (41%). En regelbunden användning fanns hos 4% av männen och 5% av kvinnorna.

1994 genomfördes en studie utifrån Folkhälsoenkäten i Stockholms län som visade att 9% av kvinnorna och 6% av männen svarade att de använt lugnande medel de senaste två veckorna (13, 21, 22).

Kvinnor söker läkare oftare än män. Kvinnor söker läkare/sjukvård inte alltid för egna problem utan också för sina barn, gamla föräldrar eller sin make.

Från Oslo rapporterades i början på 90-talet, att en överraskande hög andel tonåringar, 10 procent, använt lugnande medel och sömnmedel under det senaste året (24). Flertalet hade inte fått läkemedlet av läkare utan av föräldrarna, speciellt mödrarna. Detta ger anledning till oro, eftersom förbrukningen inte sker under kontroll av läkare, och då den illustrerar en icke önskvärd social inlärning när det gäller unga människors hanterande av ångest, depression, sömnsvårigheter och reaktioner på negativa livshändelser. Könsskillnaderna börjar redan i tonåren. Bland unga kvinnor (16–39 år) hade fysisk ohälsa större betydelse för användandet av bensodiazepiner än mental ohälsa. Andra faktorer som ökade bruket var ensamboende, hög alkoholkonsumtion och sjukpension. Däremot hade inte socioekonomisk ställning, dubbelarbete eller arbetslöshet i sig betydelse (25).

Den finska forskaren E Riska (26) brukar nämna två förklaringar när kvinnors och mäns olika förhållanden till psykofarmaka diskuteras. ”Women are expressive” - hypotesen d v s att kvinnor av naturen skulle vara mer uttrycksfulla t ex vid läkarbesök än män och därför lättare få recept vid störningar som uppfattas som känslomässiga. Den andra hypotesen är ”substitutionshypotesen” - att män dricker alkohol i stället för att ta lugnande mediciner.

Motkrafter behövs, exempelvis hälsofrämjande och självförtroendehöjande strategier för kvinnor, samt att öka kunskapen om beroendeframkallande läkemedel..

## **Hur mycket av beroendet skapas av legal förskrivning?**

I de allra flesta fall skapas ett läkemedelsberoende via en legal ofta långvarig förskrivning (26–30). Majoriteten av patienter som söker till TUB-mottagningen, Beroendecentrum Stockholm har fått sina läkemedel via legal förskrivning. Det är vanligt att patienter som överförbrukar läkemedel har flera förskrivare. Gränsen mellan bruk, beroende och missbruk när det gäller läkemedel är ofta oskarp. Terapeutisk dos kan innebära beroende (31, 32). Det kan vara klokt att använda termen beroende och att man undviker termen missbruk i dialogen med patienten om detta ej är uppenbart. Även till den illegala marknaden sker ett läckage av ”legalt” förskrivna läkemedel. I oktober 2001 rapporterades från Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö (RTM) ett flertal ärenden där vissa läkare förskrivit stora mängder bdz, framför allt, Rohypnol men även kodeinhaltiga värktabletter och att läkemedlen var förskrivna i mängder och på indikationer, som inte är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

## **Hur mycket beror på illegal införsel och handel? – Rohypnol och värkmediciner**

En del narkotikaklassade läkemedel säljs billigt på den svarta marknaden. Det vanligaste läkemedlet är sömnmedlet Rohypnol (flunitrazepam) som tillsammans med andra bensodiazepiner populärt kallas ”flödder” av missbrukarna. Särskilt populärt hos unga är blandmissbruk då sömnmedel som

Rohypnol blandas med alkohol (33, 34). Blandningen med smeknamnet ”Turbo” förstärker rusupplevelsen. Dessa blandningar kan vara mycket farliga, det finns exempel på förgiftningstillstånd som lett till döden.

Rohypnol används i neddrogningssyfte och kan ge minnesluckor (35). Rohypnol kan liksom andra bensodiazepiner ha en paradoxal effekt för patienter med våldsbeteende relaterat till låg arousal, då kontrollen över beteendet sänks. Bensodiazepiner används praktiskt taget av alla narkotikamissbrukare för att förstärka effekten av till exempel heroin eller hasch, eller som en ersättning när det inte finns tillgång till annat för att dämpa abstinensbesvär.

Illegalt införs till landet 100 000-tals tabletter, piratkopierade och illegalt tillverkade bl a från Tjeckien varje år. Den legala förskrivningen har mins-

kat. Under tre månader år 2001 har 475 personer som häktats i Göteborg och Stockholm tillfrågats om sin användning av bensodiazepiner. Dessutom tillfrågades 600 personer som genomgått §7-undersökning. Sammanlagt svarade 35% att de använt bdz regelbundet, ofta 10–30 tabletter dagligen. Majoriteten av de häktade angav de fått preparaten på illegal väg. Av 60 män i åldrarna 16 till 35 år, som 1997–1998 genomgick rättspsykiatrisk undersökning, missbrukade närmare 1/3 Rohypnol.

Flunitrazepam (Rohypnol och synonymer) klassades upp från förteckning IV till II under år 2001. De receptbelagda värktabletterna som innehåller kodein eller morfin kan vara vanebildande och förekommer på den illegala marknaden eftersom en blandning med alkohol kan ge en ruseffekt. Heroinister kan ”tända av” med värktabletter.

Värktabletter innehållande acetylsalicylsyra t ex Treo comp kan orsaka svåra magblödningar och värktabletter innehållande dextropropoxifen t ex Distalgescic kan ge svåra förgiftningar, akuta leverskador och död (36).

#### ***Några karaktäristiska förhållanden avseende läkemedel som missbrukas***

- Preparatval följer den allmänna konsumtionen
- Vanligt att växla mellan många olika preparat
- Preparat med snabbt insättande effekter anses öka missbruksrisken
- Inga ”säkra” preparat bland bensodiazepinerna

## **Smärtstillande läkemedel s.k. analgetika**

Allt fler människor lider av svår långvarig smärta. Smärtan orsakar stort lidande hos den drabbade samtidigt som vårdkostnader och långvariga sjukskrivningar medför stora samhällskostnader. En studie från Riksförsäkringsverket RFV (37) visar att sjukskrivna använder betydligt mer starka smärtstillande-, sömn- eller lugnande läkemedel än andra. Vanligast är läkemedel som verkar mot smärta centralt i hjärnan, d v s förmår att aktivera opiatreceptorer. Kodein är klassiskt och ingår i värktabletter som Citodon, Treo comp, och dextropropoxifen medför stor risk för toxicitet särskilt om det blandas med alkohol. Tramadol som finns i Nobligan och har en mycket svag bindningsreceptor motsvarande 1/6000 av morfin. Metaboliten binder något bättre men fortfarande är opioideffekten underordnad i jämförelse med noradrenalin och serotonin effekter (se [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se), Kloka listan (38,

39)). Läkemedlet lanserades främst som en hämmare av serotonin- och noradrealinåterupptag, men har en betydande opioid aktivitet, via en aktiv metabolit och har därför en missbrukspotential. Karisoprodol (Somadril, Somadril comp) metaboliseras till barbituratsläktingen meprobamat och har därmed en mycket hög beroendeproblematik.

En tredjedel av de sjukskrivna som fått ett vanebildande läkemedel utvecklar ett beroende som kan göra det svårt att gå tillbaka till arbetet. RFV beräknar att 100 000 svenskar i arbetsför ålder är läkemedelsberoende och att en fjärdedel av dem är sjukskrivna. Studien visar också att oavsett om de sjukskrivna var beroende eller inte mår de som använde vanebildande läkemedel sämre och hade en mörkare framtidstro än de andra sjukskrivna. De trodde också själva att chansen för att kunna börja jobba igen var lägre. Användningen av *smärtstillande läkemedel och starka opioider* i Sverige vid såväl cancer som vid icke- cancerrelaterade smärttillstånd har ökat under perioden 1997 och framåt. Inom primärvården omfattar långvariga smärttillstånd som föranleder någon medicinsk åtgärd ca 20-30% av patienterna. Nästan 40% av dessa har smärta som varat längre än tre månader. Medelåldern har rapporterats ligga omkring 56 år men samtliga åldersgrupper är representerade.

Morfin är det läkemedel som dominerar idag inom gruppen starka opioider. Inom gruppen *svaga opioider* har förbrukningen varit relativt konstant under samma period. Här dominerar dextropropoxifen och kodein även om det finns en trend till minskad försäljning av dextropropoxifen och ökad försäljning av tramadol. För att lyckas i behandlingen och rehabiliteringen av smärtpatienter är det nödvändigt att se patienten ur ett helhetsperspektiv där kroppsliga och själsliga symtom kopplas samman. Alltför många smärtpatienter utvecklar ett läkemedelsberoende som individen har svårt att bryta. Beroende och missbruk av opioider är välkänt och finns definierat bland annat i det psykiatriska klassifikationssystemet DSM IV (40). Missbruk vidmakthålls främst genom behovet att uppnå eufori och vällust medan beroende främst betingas av abstinensbesvären.

Risken för beroende hos den enskilda patienten måste värderas före behandlingsstart och risken för beroende bör fortlöpande beaktas under behandlingens gång. Om ett läkemedelsberoende uppstått skall adekvata behandlingsprinciper initieras och följas. Ett liv som beroende kan vara ett liv i trötthet och känslöstumhet, ofta med ångest och fobier som kan leda till isolering och passivitet.

Regelbundet bruk och överbruk av smärtstillande läkemedel, analgetika, är vanligare än man tror, särskilt bland kvinnor, visar bl a Apoteksbolagets statistik (7). Detta gäller både receptfria och receptbelagda läkemedel, de flesta av dessa är kombinationspreparat. Könsskillnaderna börjar göra sig gällande redan i åldersgrupperna 20-24 år och fortsätter stadigt upp i åldrarna. Bruket kan starta på grund av tillfällig värk men kan övergå i slentrianmässig intag, i värsta fall missbruk. När det gäller opioiderna börjar könsskillnaderna göra sig gällande redan i åldersgruppen 20-24 år och fortsätter stadigt upp i åldrarna. Den sammanlagda skillnaden i försäljning till kvinnor och män var 1996 ungefär 3:2, vilket är ungefär samma skillnad som man ser i Sverige vad gäller bensodiazepinerna. Kvinnor i vården är den grupp som idag ökar mest när det gäller sjukskrivningar. Det handlar om sjukdomar i rörelseorganen (nacke, axlar, rygg), psykiska besvär och så kallad utbrändhet (37). Hälsomässiga och sociala konsekvenser är svåra att beräkna p g a bristen på data avseende förekomst och utbredning.

Beträffande förekomsten av beroende/missbruk av analgetika finns det inga prevalenssiffror i Skandinavien. Prevalensen tycks korrelerad till förskrivningens omfattning i befolkningen. Utländska studier bl a amerikanska visar att missbruk/beroende är ett avsevärt kliniskt problem (41–45). Erfarenheter från de svenska enheterna inom den specialiserade beroendevården talar för att bland analgetika är kodein det mest förekommande preparatet. 2002 sökte över 400 nya patienter till TUB, Beroendecentrum Stockholm, av dessa angav 65% problem med analgetika. De flesta hade initialt smärtproblem, belastningsskador som värk i nacke, axlar och rygg. Via en tillfällig ordination har så småningom ett beroende utvecklats. En växande grupp är unga vuxna födda på 70- och 80-talet som via en fysisk skada fått smärtmedicin och ”uppskattat” det inre lugn medicinerna givit dem.

## **Blandmissbruk**

Blandmissbruk är vanligt förekommande och väl känt av alla inom beroendesjukvård. Däremot finns i litteraturen inga referenser och få undersökningar. Toxicitetsproblem vid kombination av alkohol och värkmedicinen dextropropoxifen har uppmärksammats. Vanliga kombinationer bland missbrukare är:

- olika sorters narkotika
- värkmedicin
- androgena steroider
- alkohol och bensodiazepiner

### **Varför blandmissbruk?**

- Förstärker berusningseffekter

Alkoholens kraftiga potentiering av bdz är välkänd. Om alkohol och värktabletter blandas så fördröjer värktabletterna nedbrytningen av alkoholen i levern, vilket ger högre koncentration av alkohol. Man uppnår en ”billig fylla”.

Denna kombination kan även ge personlighetsförändringar, t ex aggressivitet utbrott. Kortverkande bdz kan utlösa aggressionsutbrott och våldshandlingar (46). Särskilt ger Flunitrazepam (Rohypnol) en anterograd amnesi d v s minnesförlust. Flunitrazepam förstärker effekterna av heroin. Läkemedlet har en mycket snabb absorption.

- Själv behandlar sin eventuella abstinens från alkohol eller narkotika

Bensodiazepiner kan kupera abstinenssymtom såsom sömnsvårigheter, oro och muskelryckningar. Reaktionen av abstinens efter alkoholmissbruk kan undertryckas med bensodiazepiner. De flesta droger ger muskelspänningar i abstinensen och det leder till värk. Då kan ett blandmissbruk med värktabletter finnas med.

## **Organisation och utbud**

Inom Stockholms läns landsting erbjuds behandling vid särskilda enheter inom den högspecialiserade beroendesjukvården som TUB- enheten, och vid lokala stadsdels- och kommun mottagningar inom Beroendecentrum Stockholm. Maria Beroendecentrum AB på Södermalm har behandling för läkemedelsberoende. Erstagårdskliniken har behandling d v s avgiftning från smärtstillande läkemedel vid kronisk huvudvärk. Vissa vårdcentraler och smärtmottagningar är intresserade och har kompetens.

### **TUB-enheten - en läns gemensam spetskompetens**

TUB- mottagningen (Terapi Utvärdering Beroendeframkallande läkemedel) startade som ett projekt på S:t Görans sjukhus och har numera sin verksamhet förlagd till Magnus Huss på Karolinska sjukhuset. TUB är en landstingsgemensam resurs för läkemedelsberoende patienter i länet. TUB har förutom

en öppenvårdsmottagning även en vårdavdelning M 43, som är en veckoavdelning med 10 vårdplatser.

Patienterna remitteras från primärvården, allmänpsykiatri, smärtmottagningar och andra specialister samt i enstaka fall från sociala myndigheter, försäkringskassa och företagshälsovård. 1/3 av patienterna tar själva kontakt. Remiss är inte nödvändig.

### **Behandling och utredning vid TUB**

- Ett första bedömnings-/och informationssamtal sker hos sjuksköterska eller mentalsköterska.
- Psykiatrisk specialistbedömning med utredning av patientens funktionsnivå och bedömning av patientens beroende.
- Individuell vårdplanering
- Avgiftning i öppen eller sluten vård
- Uppföljnings- och behandlingstid ca 1 år.

### **Avdelning M 43**

Flertalet av patienterna som har behov av sluten vård har beroende av såväl bensodiazepiner som smärtstillande läkemedel. Medelvårdtiden är tre veckor.

### **Klientorganisationer**

Erfarenheter från patienter är viktig och bör ske i ständig dialog, individuellt och t ex via klientorganisationer. Som stöd för läkemedelsberoende i Stockholm finns klientorganisationer t ex RFHL (Riksföreningen För Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare, bilaga 1) och Kilen (Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa, [www.kilen.org](http://www.kilen.org)). Inom AA (Anonyma Alkoholister) och NA (Anonyma Narkomaner) är det möjligt för läkemedelsberoende människor att få hjälp.

## Riktlinjer för hälso- och sjukvård

### Kliniska riktlinjer - Övergripande mål med behandlingen

#### Mål

Att genomföra nedtrappning i samråd med patienten, informera om och underlätta ev abstinensbesvär, erbjuda stöd och uppföljning samt förhindra återfall.

#### Behandlingsmål vid läkemedelsberoende

- Nedtrappning och abstinensbehandling.
- Målet med abstinensbehandling är att patienten skall uppnå läkemedelsfrihet, stabiliseras och få möjlighet att klara fortsatta behandlingsinsatser.
- Minskad smärtintensitet, kan skattas med VAS-skalan (47)
- Förbättrad nattsömn.
- Förbättrad fysisk och psykisk funktion och ökad social aktivitet.
- Ökad livskvalitet kan skattas enl SCL -90 (48, 49)

#### Diagnostik läkemedelsberoende

Bland bruket av lugnande och sömngivande läkemedel intar bensodiazepinerna (bdz) en särskild klass med tanke på god klinisk effekt och låg toxicitet. De viktigaste farmakologiska effekterna är anxiolys, sedation, muskelrelaxation och antikonvulsion. Tillgänglig information tyder på risk för tillvänjning vid långvarigt regelbundet bruk och skärpta krav ställs därför på behandlande läkare beträffande insättning av preparaten, förmåga att upptäcka pågående beroende eller missbruk och kunna erbjuda hjälp även vid dessa tillstånd (29, 30, 50).

### **ICD-10 systemet**

ICD-10 (51), WHO; en basklassifikation. Liksom DSM-systemet revideras ICD regelbundet och ICD finns nu i sin 10:e version.

### **DSM-IV systemet**

Den Amerikanska Psykiatriska Föreningen har utarbetat ett psykiatriskt diagnossystem DSM -IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder). (40) Diagnossystemet kan beskrivas som deskriptivt, ateoretiskt, multiaxialt och hierarkiskt. Jämfört med ICD-10 är DSM multiaxialt.

### **DSM-IV axlar**

Axel I: Kliniska syndrom

Axel II: Personlighetsstörningar

Axel III: Somatisk sjukdom/skada

Axel IV: Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomsändigheter

Axel V : Global skattning av funktionsförmåga (GAF)

#### **Diagnostiska kriterier för missbruk enligt DSM- V**

Ett eller flera av nedan kriterier ska vara uppfyllda, upprepat eller varaktigt under en och samma 12-månaders period

1. Upprepad droganvändning som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hem (trött och okoncentrerat på arbete, dåliga prestationer, hög frånvaro)
2. Upprepad användning av drogen i situationer som medför risk för fysisk skada (t ex bilkörning, arbete vid maskin)
3. Upprepade kontakter med rättvisan
4. Fortsatt användning trots pågående eller återkommande problem.

### Diagnostiska kriterier för beroende enligt DSM-IV

Tre eller flera kriterier ska vara uppfyllda under samma 12-månaders period

1. **Tolerans.** Ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt.  
Påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
2. **Abstinens.** Abstinenssymtom som är karaktäristiska för substansen.  
Samma substans intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom.
3. Substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs, kontrollförlust.
4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen eller hämta sig från substansbrukets effekter.
6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.
7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen.

### Lågdos- och högdosberoende

Dessa begrepp brukas ibland för att förstå läkemedelsberoende och detta innebär att patienten kan få abstinenssymtom vid utsättande av låga eller terapeutiska doser iaktogs redan av Covi (8). Man beräknar att *lågdosberoende* utvecklas hos 15–50% av patienterna och att det kan uppstå redan efter en kort tids medicinering d v s 4–6 veckors bruk (3). Bdz kan ge ett fysiskt beroende vilket definitionsmässigt förutsätter dosökning, dessa abstinensreaktioner riskerar att feltolkas av behandlande läkare som recidiv av patientens oro och ångest och kan felaktigt tas som intäkt för fortsatt me-

dicinering. Flera av patienterna som utvecklar ett lågdosberoende ökar efter hand sin tabletdos.

En dosökning hjälper tillfälligt mot symtomen. Bensodiazepinerna är psykologiskt beroendeskapande och kan ge upphov till en fixering till medlet. Individens oförmåga att leva sitt liv utan tillgång till medlet har också hänförs till det psykologiska beroendet. *Högdosberoende* skulle då definieras som beroende av läkemedel i doser över rekommenderad terapeutisk dos (52).

### **Tecken på begynnande beroende**

- Effekten av medicinen på symtomen blir svagare eller är kortvarigare.
- Utsättningssymtom uppträder när medicinen minskas eller avslutas.

Eftersom tidiga tecken på läkemedelsberoende är som vid andra beroenden svåra att ringa in kan det därför vara hjälp med följande frågor:

### ***Några praktiska frågor för att ringa in ev beroende:***

- Har patienten överskridit ordinerad dos eller överskridit doseringsintervall?
- Finns det tecken på ett parallellt alkoholmissbruk eller annat drogintag?
- Har patientens liv påverkats på något sätt? Finns tecken på ökad isolering, nedstämdhet eller sömnsvårigheter, personlighetsförändring?
- Har patienten känt utsättningssymtom om den ”vanliga dosen” inte tillförts.
- Fråga om patienten har sökt läkare för olika psykosomatiska besvär, det kan vara tecken på toleransutveckling eller abstinens vid beroende.
- Missbruks- och beroendeutveckling, debutpreparat, orsak till varför patienten fick läkemedlet utskrivet, från vilken ålder regelbundet bruk? Finns tecken på överdosering? Förekommer flera förskrivande läkare? Tidigare behandlingsförsök? Om fler droger finns parallellt- försök identifiera huvuddrogen. Efterfråga patientens egen upplevelse av ev missbruksidentitet.

Vid fler än två ja finns anledning att överväga fortsatt rådgivning.

### **Toxikologisk screening**

I vissa fall kan koncentrationsbestämning i urin eller serum användas även som ett terapeutiskt inslag och inte bara som en diagnostiskt eller kontrollmetod. Observera att en standardiserad provtagningsrutin med avseende på tid sedan sista tablettintag, måltid och fysisk aktivitet krävs. Det föreligger individuella variationer i serumkoncentrationer mellan individer som intar samma dos. Långvarigt bruk av bdz ger en betydande upplagring i fett- och proteindepåer. Dessa depåer töms snabbare vid muskelarbete och fasta, med stegrade serumnivåer som följd.

### **Fördjupad diagnostik**

Efter avslutad abstinensbehandling och vid indikation på psykiatrisk komorbidity kan vidare diagnostisk utredning. För skattning av problemtynghden kan ASI (53) användas.

## **Beroendeskapande läkemedel; lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner)**

**Bensodiazepiner:** Apozepam, Diazepam, Stesolid, Oxascand, Sobril, Temesta, Alprazolam, Xanor, Nitrazepam, Apodorm, Flunitrazepam, Fluscand, Rohypnol, Halcion, Triazolam, Dormicum, Midazolam

**Bensodiazepinliknande substans:** Imovane, Zopiklone, Stilnoct

**Övriga:** Heminevrin, Iktorivil, som är ett medel mot epilepsi, men som ibland ordineras som lugnande medel.

### **Bensodiazepinernas verkningsmekanism**

Bensodiazepinerna binds till speciella receptorstrukturer på nervcellerna och påverkar därvid funktioner som kan relateras till transmittorn GABA (gam-

ma-aminosmörtsyra). GABA utövar en hämmande effekt. De viktigaste farmakodynamiska effekterna av bensodiazepinerna är:

- ångestlindring
- muskelrelaxation
- sederig
- antikonvulsiv (kramplösande)

Medlen har en mycket stor terapeutisk bredd och är ur intoxicationssynpunkt mycket säkra. Dödsfall efter överdosering ses i stort sett endast vid blandintoxikationer, men har emellertid börjat rapporteras i samband med isolerad överdosering av vissa ”kortverkande” bensodiazepiner.

Olika bensodiazepinpreparat marknadsförs för olika indikationer, men det farmakodynamiska underlaget för denna urskiljning i olika indikationsområden är bristfälligt. Således har preparat som marknadsförs som sömnmedel (bl a nitrazepam och flunitrazepam) effekter som är tämligen likartade de som erhålles vid behandling med preparat som marknadsförs som ångestlindrande (bl a diazepam, alprazolam och oxazepam). Medlen skiljer sig främst genom sina farmakokinetiska egenskaper (d v s omsättning i kroppen). Medel som används som sömnmedel har oftast en snabbare insättande effekt. En snabbt insättande effekt har associerats med en ökad risk för beroende p g a eufori.

Det är dokumenterat att bdz särskild vid långtidsbruk nedsätter kognitiva funktioner som bl a minnet och koncentrationen (54–57). Omfattningen av dessa problem är dock inte utredda. Preparatens effekt vid ångest/oro har huvudsakligen dokumenterats på psykiatriska patientklientel i korttidsstudier. Man har därför ifrågasatt bensodiazepinernas bruk vid lättare symtom, sådana man behandlar främst inom allmänmedicinen.

### **Farmakokinetik**

Det som skiljer de olika preparaten inom gruppen bensodiazepiner är framför allt deras olika farmakokinetik.

**Absorption.** Ju snabbare absorption, desto kortare tid tills effekttillslag uppnås. Diazepam absorberas långsamt vid tillförsel i form av suppositorier, men mycket snabbt – jämförbart med i.v. – efter tillförsel med klysma. Efter i. m. tillförsel är absorptionen långsam, då en depåeffekt i muskulaturen uppnås.

**Clearence** minskar för flera preparat med stigande ålder. Detta är naturligtvis kliniskt intressant, liksom att **distributionsvolymen** ökar med åldersbetingad ökad fetthalt.

**Aktiva metaboliter** bildas av alprazolam, midazolam, diazepam, dikaliumlorazepat och flunitrazepam. De flesta av dessa metaboliter har längre eliminationshalveringstid än moderssubstanten. Lorazepam, nitrazepam och oxazepam bildar inte några aktiva metaboliter.

#### Fördelar och nackdelar med bensodiazepiner

+ God effekt	- Vanebildande
+ Få interaktioner	- Neuropsykologisk funktionsnedsättning
+ Ringa risk för biverkningar	- Toleransutveckling
	- Abstinenssymtom vid utsättning

#### Kliniska symtom vid bensodiazepinabstinens (*Grad I evidens*)

Abstinenssymtomen uppträder olika snabbt beroende på läkemedlets eliminationskinetik. För kortsverkande bdz insätter symtomen oftast inom 12 timmar och för långverkande kan det dröja upp till ett par dygn innan abstinenssymtom uppträder. Vanliga abstinenssymtom enligt DSM-IV är:

Ångest	Minnes o koncentrationsstörning	Muskelryckningar
Oro	Ostadighet	Skakningar
Nedstämdhet	Svettningar	Perspektivförskjutningar
Sömnstörning	Aptitlöshet	Överkänslighet för ljud o ljus
	Värk i muskler	

Vid abrupt utsättande, särskilt vid höga doser, föreligger risk för allvarliga biverkningar som epilepsianfall typ grand mal. Krampanfall kan uppträda inom tre dygn men risk finns under en vecka. Även partiella, komplexa an-

fall kan förekomma. En ovanlig men allvarlig komplikation vid bdz abstinens är delirium med desorientering och hallucinos och som kan utvecklas efter några dagars/en veckas abstinens. Utsättningssymtom eller abstinens uppträder i lindriga fall som en accentuering av de ursprungliga besvären som oro eller sömnsvårigheter. I mer uttalade fall tillkommer ångest, nedstämdhet, förändrade sinnesintryck mm. Besvären kan uppträda redan efter någon vecka efter det att medicinen satts ut. Varaktigheten varierar från några dagar till ett år (3-5, 8,9,57-64).

## Smärtstillande läkemedel, s k analgetika

### Några exempel på centralt verkande och perifert verkande opioider

**Morfin:** Dolcontin, Morfin

**Kodein:** Ardinex, Citodon, Kodein, Codyl, Panacod och Treo Comp

**Dextropropoxifen:** Dexofen, Distalgetic, Doleron, Doloxene, Paraflex comp

**Meproamat:** Anervan

**Tramadol:** Nobligan, Tradolan, Tiparol

För såväl starka som svaga opioider föreligger risk för varierande grad av toleransutveckling. Tillgängliga data talar för att de olika preparaten har olika beroendepotential. Det föreligger som om risken för psykologisk beroende är relaterat till snabba förändringar i CNS/plasmakoncentrationen. Sådana snabba förändringar ses hos preparat med snabb anslagstid och kort  $t_{1/2}$  samt vid intermittent parenteral administrering. Användning av starka opioider vid behandling av långvariga icke-cancer relaterade tillstånd är förenade med icke obetydliga risker t ex beroendutveckling och missbruk.

### Icke receptbelagda smärtstillande läkemedel

Regelbundet bruk och överkonsumtion av receptfria värktabletter, s k OTC-läkemedel ("over the counter") är vanligt förekommande. Dosen kan ibland bli livshotande hög, särskilt när det gäller läkemedel som innehåller acetylsalicylsyra (ASA). Det vanligaste överförbrukade preparaten vid huvudvärk är perifert verkande ASA samt paracetamol. Risken för betydande förändringar i syrabalansen och blödningskomplikationer är uppenbar. För patienter med hög salicylatdos inträffar inga abstinenssymtom vid avslutad konsumtion. Kroppsliga obehag försvinner snabbt.

Treo innehåller koffein och ett abrupt utsättande av koffein orsakar abstinens i form av huvudvärk, trötthet, ångest, nedstämdhet och nedsatt arbetsförmåga. Koffeinabstinensen kan ses efter så låg konsumtion som 100 mg/dag. Koffeinabstinens kräver ingen farmakologisk behandling.

## **Riktlinjer för val av opioider**

Vid förskrivning av opioider skall man noga överväga terapeutiska fördelar och nackdelar. På svenska marknaden finns fyra registrerade preparat som kan karakteriseras som svaga opioider. Det finns inga data som talar för att den ena skulle vara att föredra framför den andra ur analgetisk synpunkt. Däremot föreligger specifika problem ur biverkningssynpunkt för de skilda preparaten. Kodein har sannolikt större beroendepotential jämfört med tramadol och dextropropoxifen. Riskerna för potentiering av dextropropoxifens kardiella toxicitet vid samtidigt alkoholintag bör beaktas. Tramadol har en hög serotonerg frekvens av exempelvis GI-biverkningar vid terapeutiska doser av och interaktionspotentialen. Användningen av starka opioider vid behandling av långvariga icke-cancerrelaterade smärttillstånd är förenad med icke obetydliga risker som beroende.

Opioiderna kan användas för att lindra smärta men missbrukaren kan få en positiv kick, dvs ett euforiskt rus av läkemedlet. Analgetika påverkar hjärnans "belöningssystem" och ger känsla av tillfredställelse och välbehag. Snabbt uppstår tolerans, i vart fall till den euforiska effekten av kodein. Toleransutveckling kan innebära att man kan ta upp till 100 ggr av den ursprungliga dosen efter en tids morfinanvändning. Toleransen varierar från individ till individ men även hos samma individ beroende på tidigare exponering (65).

<b>ANALGETIKA - Biverkningar och effekter av långtidsanvändning</b>				
	<b>Kodein</b>	<b>Dextropropoxifen</b>	<b>ASA</b>	<b>Paracetamol</b>
<b>Biverkningar</b>	Dåsighet Illamående Obstipation Gallvägs dyskinesier Yrsel Ångest Leverpåverkan Exantem Nedsatt koncentrationsförmåga	Dåsighet Huvudvärk Yrsel Sedation Illamående Buksmärtor Obstipation Kräkningar Eufori Dysfori Synpåverkan Hallucinationer Gallvägsdyskinesi Leverskada Ikterus Miktionssvårigheter Muskelsvaghet Efter kronisk överdosering smärtsam myopati	Dyspepsi Halsbränna Illamående Ökad blödningsbenägenhet Trötthet Allergiska reaktioner (urtikaria rinit, astma) Ulcus Yrsel Öronsusningar Förvirring Svettningar Trombocytopeni GI-blödningar Transaminasstegringar Andningsdepression	Få biverkningar Enstaka allergiska reaktioner Vid överdosering: Svår lever-skada som debuterar med illamående, kräkningar och diarré efter några dygn Njurskada efter 1-3 dygn
<b>Effekter av långtids användning</b>	Affektlabilitet Förstopning Sänkt libido Mensbesvär Rastlöshet Pupillkonstriktion Muskelspänningar Muskelryckningar	Tremor Sömnstörningar Svettningar Agitation Förhöjt blodtryck Förhöjd puls Buk- och muskel-kramp Illamående och kräkningar		

<b>ANALGETIKA - Biverkningar och effekter av långtidsanvändning</b>			
120 mg kodein har samma analgetiska effekt som 10 mg morfin vid subkutan injektion. Analgetisk effekt uppnås först vid ca 60 mg kodein po.			
	<b>Substans</b>	<b>Styrka &amp; Innehåll</b>	<b>Max dygnsdos</b>
<b>Citodon</b>	Para Kodein	Para 500 mg Kodein 30 mg	8 tabl
<b>Panacod</b>	Para Kodein	Para 500 mg Kodein 30 mg	8 tabl
<b>Codyl</b>	ASA kodein	ASA 500 mg Kodein 30 mg	8 tabl
<b>Treo Comp</b>	ASA Kodein Koffein	ASA 500 mg Kodein 30 mg Koffein 50 mg	8 tabl
<b>Distalgetic</b>	Para Dextro	Para 325 mg Dextro 32,5 mg	8 tabl
<b>Doleron</b>	ASA Dextro	ASA 350 mg Dextro 100 mg	6 tabl
<b>Dolotard</b>	Dextro	350 mg	450 mg (3 kapslar)
<b>Doloxen</b>	Dextro	50 mg och 100 mg	400 mg
<b>Dexofen</b>	Dextro	50 mg och 100 mg	400 mg
ASA = Acetylsalicylsyra Dextro = Dextropropoxifen Para = Paracetamol			

### Identifiering av riskpatienter

Många patienter som blir beroende avviker till en början inte från den vanliga ångest eller smärtpatienten. Här nedan redovisas och identifieras enskilda riskfaktorer hos patienten och riskförhållande i behandlingsprocessen.

### Risikfaktorer vid förskrivning av opioider

- Tidigare eller aktuellt missbruk eller beroende av alkohol och/eller illegal narkotika eller övriga beroendeframkallande läkemedel.
- Personlighetsstörningar (omogen personlighet, patienter med asocialt kriminellt beteende).
- Patienter i utsatta och komplicerade livssituationer.
- Aktuell eller tidigare användning av opioider på icke godkänd indikation.

### Signaler att beakta vid opioidbehandling

- Hög dos-ryckighet i användning-tätare och oplanerade återbesök.
- Låg struktur- brist på behandlingsplan, uppföljning saknas, låg compliance.
- Enbart farmakologisk behandling utan andra rehabiliterande insatser.
- Dosökning.
- Utveckling av rebound eller abstinenssymtom.
- Tillkomst av nya besvär såsom allmänpåverkan, uttalad muntorrhet, ataxi, sluddrigt tal, affektlabilitet.
- ”Drug-seeking behaviour”- förlorat recept, preparatfixering, ritualisering. Försämring av patientens psykiska funktionsnivå såsom försämrat minne, koncentrationssvårigheter.
- Injektionsbehandling.
- Insatt på opioider med kort halveringstid.

<b>Opiatabstinens - tidsförlopp och intensitet</b>			
<b>&lt; 6 timmar</b>	<b>upp till 24 timmar</b>	<b>1–21 dagar</b>	<b>1–7 månader</b>
Sekretion Gäspningar Svettningar Rinnande näsa	Sömnstörning Viktnedgång Irritabilitet Gåshud Ökad puls och ökat blodtryck	Illamående Kräkningar Diarré Buksmärtor Svagheter, benvärk Sömnstörning	Depression Initiativlös Apatisk

<b>Intensitet av abstinenssymtomen enligt Himmelsbach * Evidensgrad Grad 1</b>			
<b>Mild (+)</b>	<b>Måttlig (++)</b>	<b>Betydande (+++)</b>	<b>Svår (++++)</b>
Om dessa symtom finns: Gäspningar Tårflöde Näsan rinner Nysningar	Om dessa symtom tillkommer: Aptitförlust Vidgade pupiller Darrningar Gåshud	Om dessa symtom tillkommer: Djupa andetag Fever Rastlöshet Sömlöshet	Om dessa symtom tillkommer: Kräkningar Diarré Viktörlust
<i>Himmelsbach 1941 (66)</i>			

## **Hur ska de läkemedelsberoende patienterna tas om hand?**

### **Vilken utredning bör ske inom primärvården? (67, 68)**

- Det beroendeframkallande läkemedlets roll i behandlingen bör kontinuerligt utvärderas, minst var tredje månad.
- Föreligger indikation för fortsatt behandling?
- Vid misstanke på beroende eller missbruk ska förskrivningen ifrågasättas och diagnosen granskas.
- Urin- och/eller serumanalys kan komplettera anamnesen.
- Kan det beroendeframkallande läkemedlet eller medlen seponeras och annan behandling erbjudas?
- I samråd med patienten och i ständig dialog kan nedtrappning påbörjas.

### **När ska specialist kopplas in?**

Om behandlingen visar sig svår att genomföra eller behandlingsresultaten är otillfredsställande, kan man rådgöra med eller remittera patienten till beroendespecialist. Om avgiftning är aktuell för patienter med injektionsbehandling av opioider, bör behandlas av beroendespecialist eller intresserad kollega med tillgång till vårdavdelning. Patienter med ett pågående eller tidigare missbruk av alkohol eller narkotika löper större risk att recidivera i detta missbruk och kan lämpligen remitteras till beroendespecialist. Likaså patienter med tidigare negativa erfarenheter av utsättningssymtom/abstinens eller vid riskabstinens som EP-anfall eller tidigare delirium. Patienter med komplicerande diagnoser av såväl somatisk som psykiatrisk art kan lämpligen remitteras till specialist eller behandling ske i samråd med specialist.

## **När remittera till beroendespecialist?**

- Injektionsbehandling av opioider
- Upprepade eller tidigare försök i öppen vård som misslyckats
- Blandberoende/missbruk
- Psykiatrisk komorbiditet av dignitet sk dubbeldiagnoser
- Behandlingskrävande abstinenssymtom
- Grav social instabilitet
- Graviditet
- Om man överväger metadonbehandling eller buprenorfinbehandling

## **Graviditet och läkemedelsberoende/missbruk**

Det finns fortfarande en viss osäkerhet om bruk av beroendeframkallande läkemedel och graviditet med tanke på påverkan på fostret. (69) Att bensodiazepiner hos gravida kan ge teratogena skador på fostret rapporterades av Liv Laegreid 1992. (70, 71). Att bl a bensodiazepiner som intogs under graviditeten kan ge ”floppy infant syndrom” och abstinenssymtom hos det nyfödda barnet har E Nordlie visat (72). Det är väl känd att opiater i samband med graviditet kan ge följdtilstånd som prematur födelse, ökad abortrisk och svåra abstinensreaktioner hos barnet (73).

Vid graviditet hos läkemedelsberoende patienter är det viktigt att samarbeta med expertis inom mödrahälsovården och obstetiken samt eventuellt pediatriken. I Stockholm finns Familjesociala enheten, Beroendecentrum Stockholm, på Huddinge sjukhus.

## **Vilka patienter bör inte trappas ut?**

- Äldre symptomfria patienter
- Patienter som behandlas p g a epilepsi

## **Se upp vid följande tillstånd vid långvarig användning**

Äldre somatiskt sjuka patienter, patienter med spasticitet eller epilepsi; bensodiazepiner oftast förskrivet av icke psykiatriker men sällan dosökning. Se upp vid eventuella subtila, kognitiva förändringar som kan förekomma. Då kan dosreduktion eller utsättning av bdz övervägas.

## **Inläggningsindikation**

- Patienter med psykiatrisk diagnos såsom svår ångest, panikattacker eller fobier.
- Psykiatriska patienter med återkommande nedstämdhet.
- Patienter med kronisk sömnstörning.
- Suicidrisk
- Graviditet
- Allvarlig intoxikation/upprepade intoxikationer.
- Svåra abstinensreaktioner och flertal tidigare nedtrappningsförsök i öppenvård som misslyckats.
- Psykossjukdom
- Annan allvarlig psykisk sjukdom och/eller svår personlighetsstörning.



## Behandling av läkemedelsberoende (bensodiazepiner och analgetika)

### Kan man avgifta i öppen vård och hur går det till?

Ja, absolut om intresse och kunskap finns. Att man som läkare måste ta ansvar för utredning och ev medicinsk behandling är självklar men läkaren behöver inte själv stå för alla personliga besök. Man kan utse kontaktperson och glöm inte bort utbildad socialtjänstpersonal. Motivationssamtal med patienter bör kunna genomföras av personal på olika nivåer. Beslut om utsättning av läkemedel skall alltid ske i samråd med läkare. Avgiftning och rehabilitering av patienter med ett primärt läkemedelsberoende kan ske effektivt i öppen vård (74–77).

### Behandling av bensodiazepinberoende

Den modell som är utvärderad och replikerad inom Sverige och Norden är den s k TUB-modellen som nu prövats med framgång sedan 1984. Modellen innebär en långsam nedtrappning av det/de preparat som patienten använt. En gradvis dosreduktion innebär att man eftersträvar att abstinensbesvären ej blir svårare än att de kan uthärdas. Om patienten har olika typer av bdz med olika  $t_{1/2}$  (halveringstid), rekommenderas nedtrappning av medel med kort duration i första hand. Det är vanligt att patienter med mycket höga doser tar huvuddelen av dosen under förmiddagen. Dessa patienter kan ha hjälp att man initialt fördelar läkemedelsdoserna jämnt under dagen först, därefter påbörjas nedtrappning.

Man börjar med att göra upp ett schema med antalet tabletter fördelade över dagen. Detta är ofta nödvändigt då det visat sig att patienter överdoserar och tar sitt/sina läkemedel oregelbundet och patienten kan behöva en stabiliseringsperiod på någon vecka med detta schema. Patienten upplever ofta detta positivt och känner att de återfått ”kontrollen” över sitt medicinintag. Serumkoncentrationen jämnas ut och patienten hinner inte känna abstinens mellan medicinintagen. Om fler beroendeframkallande läkemedel förekommer trappas ett i taget ut. Takten på nedtrappningen sker i samråd med patienten. En nedtrappad dos höjes aldrig (74–78)

**Nedtrappningsschema- bensodiazepiner - Förslag i öppen vård  
t ex T Stesolid 1 tablett á 5 mg x 3 (15mg)**

vecka 1	4 mg + 4mg + 4 mg	(12mg)
vecka 2	4 mg + 2 mg + 4 mg	(10mg)
vecka 3	4 mg + 2mg + 2 mg	(8mg)
vecka 4	2 mg + 2mg + 2 mg	(6mg)
vecka 5	2 mg + 0 mg + 2 mg	(4mg)
vecka 6	2 mg + 0 mg + 0 mg	(2mg)
vecka 7	0 mg	

### **Antikonvulsiv behandling**

Tillägg av antikonvulsiv behandling för att förebygga epileptiska anfall avgöres individuellt. Dokumentation för karbamazepin föreligger vad gäller god krappofylaktisk effekt, specifik reduktion av BDZ- abstinenssymtom. Rekommendation att carbamazepin ges till patienter med anamnes på tidigare abstinenskramper eller andra riskfaktorer som t ex blandmissbruk eller extremt höga bensodiazepindoser. Rekommenderad dos är Carbamazepin 200 mg x 3/dag. Vid tecken på ataxi minskas dosen. Carbamazepin utsätts inom 3 veckor, då kramprisken är över.

### **Neuroleptika**

Neuroleptika bör inte användas i behandlingen av bdz-abstinens, eftersom det sänker kramptröskeln.

### **Antihistaminer**

Vid behov av anxiolys och sedation kan antihistaminer ordineras, men de flesta patienter har svårt att fördrå andra läkemedel än bdz och mår sämre av antihistaminer varför restriktivitet rekommenderas.

## **Behandling av analgetikaberoende**

Avgiftning i öppen vård kan inledas vid opiatavgiftningar men vid injektionsbehandling rekommenderas inläggning initialt. Första steget är att övergå till peroral behandling i ekvivalent dos. Vid övergång mellan parenteral

och peroral tillförsel kan man räkna med att 10 mg morfin parenteralt motsvarar ca 20-30 mg peroralt. Spridningen är dock stor- enstaka patienter behöver 40–50 mg, medan andra klarar sig på 15–20 mg. Nästa steg är att lära patienten ta medicinen regelbundet och jämt fördelat över dagen. Redan denna stabilisering kan ha en positiv effekt med minskad smärta och ångest. Patienten upplever att hon får kontroll över tablettorna.

**Nedtrappningsschema - läkemedel innehållande kodein, t ex T Citodon eller T Treo comp i öppen vård**

T ex utgångsdos 18 tabletter - fördela jämnt över dygnet

vecka 1 måndag	4 + 4 + 4 + 4 + 2	(18)
vecka 1 torsdag	4 + 4 + 2 + 4 + 2	(16)
vecka 2 måndag	4 + 2 + 2 + 4 + 2	(14)
vecka 2 torsdag	4 + 2 + 2 + 2 + 2	(12)
vecka 3 måndag	2 + 2 + 2 + 2 + 2	(10)
vecka 3 torsdag	2 + 0 + 2 + 2 + 2	(8)
vecka 4 måndag	2 + 0 + 2 + 0 + 2	(6)
vecka 4 torsdag	2 + 0 + 0 + 0 + 2	(4)
vecka 5 måndag	1+0+1 0	
vecka 5 torsdag	0	

### Klonidin

Klonidin är ett icke kors-tolerant medel utan beroendepotential. Klonidin är en alfa-2-adrenerg agonist som lindrar vegetativa symtom som illamående, kräkningar, svettningar, magkramper och diarré (79, 80). För att lindra abstinensen kan klonidin (Catapresan) i låg dos under 1-2 veckor vara värdefull. I ovan nedtrappningsschema i vecka 5 kan klonidin (Catapresan®) insättas t ex 75 mikrogram 1 x 1–4 (kl. 8.00, 14.00, 20.00 samt 22.00) i 7–10 dagar eller så länge som patienten har symptom.

Ibland kan en högre dos och längre behandlingstid vara indicerad. Vi har använt klonidin i öppenvård efter en blodtrycks kontroll och en testdos. Om patienten reagerar med lågt blodtryck (<90/60) har vi inte använt klonidin. Klonidin har en stressdämpande effekt och tycks även hämma ”suget”, vilket sannolikt beror på klonidinetts effekt på det nervösa katekolsystemet. Det

kraftiga ”suget” utsätter patienten för risk för återfall under flera månader. Klonidin är inte verksamt mot den psykologiska komponenten av abstinensen och inte heller mot muskelvärk eller sömnstörning. Vi kombinerar därför gärna behandlingen med öronakupunktur enligt NADA.

Råd och tips för omvårdnad såsom varma bad, lagom motion, kostråd (äta på regelbundna tider, skonkost, stoppkost) är uppskattade inslag i behandlingen.

### **Vid behov av anxiolys**

Undvik helst vid behov-medicinering, ordinera hellre under en kort period fast maximerad dosering t ex (hydroxizin) t ex Atarax 25–100 mg.

### **Vid benvärk**

Ketoprofen-gel kan prövas.

### **Vid sömnstörning**

Vid sömnstörning kan amitryptilin 10–25 mg prövas.

### **Vid smärta**

Vid uttalat smärttillstånd kan NSAID preparat ges t ex T Ibuprofen 400 mg 1 x 3 (obs! ulcusanamnes) med tillägg av paracetamol 500 mg 1–2 x 3.

### **Vid illamående**

Mot illamående kan tietylperazin användas i suppositorieform.

### **Vid diarréer**

Kapsel Loperamid 2 mg kan vara till hjälp vid dessa tillstånd.

### **Öronakupunktur enligt NADA**

En annan intressant metod särskilt vid opiatavgiftning är öronakupunktur enligt NADA (National Acupuncture Detoxification Association) (81, 82), som har en dokumenterad effekt vid opiatabstinens. Flera mekanismer är inblandade bl a endorfinsystemet, noradrenalin och serotonin. Nervus vagus stimuleras vid öronakupunktur. Metoden har snabbt blivit populär och används flitigt inom beroende sjukvården även uti i landet. Metoden är lätt att lära, inte personalkrävande och inte beroendeframkallande. Konkret och icke-verbal,

men framförallt uppskattad av patienterna. Ca 80% av våra patienter har svarat på öronakupunktur.

### **Specialistbehandling. Metadon och buprenorfin**

Farmakologisk behandling som metadon och buprenorfin för att lindra abstinenssymtom kan övervägas men bör då handläggas av specialist inom beroendesjukdomar.

#### **Metadonbehandling**

Hos patienter med svåra smärttillstånd som utvecklat ett beroende av parenterala opioider eller som behandlats med höga doser av perorala preparat kan metadonbehandling övervägas som ett alternativ för behandling av både smärta och beroendesymtom. Vid övergång bör patienten vara ineliggande på sjukhus. I Uppsalas Metadonprogram har 25 patienter följts upp med avseende på smärtlindring och livskvalitet enligt EORTC-QLQ 30. Tjugoen av dessa patienter var nöjda med sin smärtlindring och 18 angav en rimlig eller god livskvalitet (83).

#### **Buprenorfin (Subutex)**

En ny behandlingsmöjlighet för smärtpatienter med beroende av perorala opioider bjuder sig i behandling med Subutex. I Uppsala pågår försöksverksamhet med denna metodik. Vid svår till måttlig opiatabstinens som vid heroinavgiftning avvaktas abstinenssymtom. Därefter ges en grunddosering och ett behandlingsschema upprättas.

#### **Nedtrappning av bensodiazepiner i kombination med analgetika**

När det gäller analgetika i kombination med bdz rekommenderas att börja trappa ut analgetika först. Det kan ofta ske i snabbare takt jmf med bdz. Det är ingen vinst att trappa analgetika långsamt då abstinensen är besvärlig och att tablettorna ger ett ”sug”.

Farmakologisk behandling vid beroendetillstånd är endast en del av det adekvata omhändertagandet. Patientens oro inför avgiftningen bör hanteras med empati och respekt samt adekvat information om utsättningssymtom. Långsiktigt regelbundet stöd är av betydelse för ett gott utfall d v s uppnå stabilitet och undvika återfall. Återigen betonas vikten av ett individuellt bemötande och behandling med hänsyn till patientens personlighetsstruktur i kombination med läkemedelsberoendets orsak och omfattning.

Regelbunden kontroll av urinprov för att säkerställa drogfrihet och behandling bör ingå som en naturlig del. Ett strukturerat samarbete inom sjukvården och med andra samverkanspartners kan vara av värdet ex vid behandling av smärtpatienter och/eller patienter med komplicerande diagnoser.

### **Behandling av blandmissbruk**

- Stabilisera nykterhet och uppnå drogfrihet från eventuella illegala droger.
- Trappa ut analgetika, d v s smärtmediciner först.
- Trappa ned bensodiazepiner sist.

Allmänt kan man råda att börja med att trappa ut den drog som går snabbast ur kroppen. Om alkohol är den dominerande drogen kan en alkoholavgiftning initieras. Därefter sker en uttrappning av värktabletterna enligt tidigare anvisning och sist bensodiazepiner. Abstinensen efter bensodiazepiner är den mest komplicerade.

### **Ytterligare diagnostik och behandling**

ASI-intervju kan utföras vid behov för skattning av graden av patientens problemtynghet och hjälpbehov på olika områden (53).

DSM IV-psykiatrisk diagnostik t ex med hjälp av SCID-intervju kan utföras efter ca tre månader när de akuta abstinenssymtom avklingat. Det finns ett flertal behandlingar vid beroendetillstånd som har vetenskapligt stöd för god effekt.

Motiverande samtal – en motivationshöjande teknik (MI) (84).

Kognitivt inriktad behandling

Återfallsprevention

Social färdighetsträning

Sjukgymnastik i form av stresshantering, avslappningsövningar, mjukmassage och kroppskänedom är uppskattade inslag under behandlingen.

### **Sjukgymnastisk behandling vid läkemedelsberoende**

Den sjukgymnastiska behandlingen vid utsättning av beroendeframkallande läkemedel sker i flera steg. Inriktningen är främst att hjälpa patienter med spänningstillstånd, bristande kroppsmotvetenhet, huvudvärk och smärttillstånd i rörelseapparaten, sömnsvårigheter samt mycket nedsatt rörelseförmåga.

Då patienten är **inlagd på avdelning** kan stödjande, omhändertagande behandling med värmeinpackningar och mjuk massage vara ett sätt att hjälpa patienten att lindra spänningar och smärta och därmed bättre klara av nedtrappningen. Muskelspänningar är vanligt förekommande, och kan förvärras under nedtrappningen. Enkla och korta avspännings- och kroppsmedvetenhetsövningar, individuellt eller i grupp är lämpliga. Längre och mer ingripande avspänningsövningar är inte att rekommendera under nedtrappning på avdelning då många patienter har lättväckt ångest. Råd och uppmuntran till enkla rörelseprogram och promenader är viktigt då många patienter gärna ligger i sängen under dagtid. Vissa patienter som varit stillasittande under lång tid före inläggningen kan behöva särskild träning för att orka röra sig utanför hemmet. Patienter med långvariga spännings- och smärttillstånd behöver oftast fortsatt sjukgymnastisk behandling efter vistelsen på avdelningen.

**Vid nedtrappning i öppenvård** kan stödjande, symtomlindrande behandling med värmeinpackningar och mjuk massage vara aktuellt initialt. Så snart möjligt bör behandlingen inriktas på inläring av kroppsmedvetenhetsövningar och avspänningsteknik så att patienten får redskap och möjlighet att själv uppmärksamma och påverka muskelspänningar och därav följande symptom och besvär. Patienten kan också få råd att använda värmeinpackningar hemma, samt duscha eller bada varmt.

Det är mycket viktigt att göra patienten medveten om muskelspänningsfunktion som försvar mot ångest. För att minska de negativa effekterna av muskelspänningar; främst huvudvärk och muskelsmärter får patienten lära sig att ”släppa lagom”, för att inte provocera fram ångest. Korta, enkla avspänningsövningar som kan användas i vardagen, i hemmet, på bussen eller varhelst patienten befinner sig är mycket användbara. Att röra sig regelbundet är också ett sätt att normalisera spänningsbalansen i kroppen. Promenader, simning och att cykla är lämplig nivå på träningen.

**Efter nedtrappning** kan patienter med långvariga spännings- och smärtbesvär behöva fortsatt behandling. Om patienten har förökad spänning i viss muskulatur och förminskad spänning i andra delar kroppen kan särskild behandling med massage och övningar hjälpa patienten till en normaliserad spänningsbalans. Om patienten har stora besvär med spänningar i kroppen är andningsmönstret troligen påverkat. Att medvetandegöra och förändra detta är ett arbete som måste göras försiktigt, och under längre tid; veckor eller kanske månader.

Vid **sömnproblem** rekommenderas ”sömnhygieniska” råd, samt att utveckla avspänningsbehandlingen med övningar att ta till på natten.

**Sammanfattningsvis** poängteras vikten av att få patienten införstådd och medveten om sin egen roll i uppkomsten av muskulära spänningar. Detta ger en möjlighet för patienten att undvika framtida besvär och medicinberoende. Att motivera patienterna till förändring och egen delaktighet är en stor del i behandlingen.

### **Omvårdnadsaspekter - Terapeutiskt förhållningssätt**

Behandlingen av läkemedelsberoende patienter är ofta långsiktig och patienterna bör erbjudas kontakt under ca ett år. Viktigt är att bygga upp ett förtroende och en trygghet som initialt kan bestå av täta återbesök eller telefonkontakt. Tillgänglighet bör vara en självklarhet och uppskattas av patienterna som under nedtrappningen behöver uppmuntran och information. Abstinensfasen kan vara långdragen med symtom som ökad ångest, oro, sömnproblem, nedstämdhet och/eller smärtor. Erfarenheten visar att det är betydelsefullt att ha en stödkontakt även efter det att de akuta abstinenssymtomen klingat av (75). Särskilt viktigt är samtal utifrån nya erfarenheter att leva utan påverkan av beroendeframkallande läkemedel. Sinnesintryck och upplevelser blir nu ofta starkare än tidigare, ibland skrämmande, och dessa erfarenheter behöver patienten dela med en erfaren behandlare med dessa kunskaper. Eftersom patienterna är försämrade i vissa kognitiva funktioner som minnet, koncentrationen, begreppsbildningen och abstraktionsförmågan under och efter läkemedlets utsättning är det viktigt att upprepa informationen och ibland ge skriftliga besked .

Man kan föreslå att patienten för dagboksanteckningar för att se på reaktioner vid tablettintag och symtom däremellan.

- Ge täta och regelbundna återbesök. Varje besök behöver inte ta så lång tid.
- Ge en adekvat information om abstinensen. Berätta att symtomen inte är farliga i sig men kan upplevas skrämmande. Patienten behöver försäkranden om att de symtom som dyker upp tillsvidare är att betrakta som abstinens och att de är övergående.
- Gör patienten medveten om tablett-suget som är särskilt uttalat efter opiatutsättning och som kan kvarstå i månader. Tala med patienten om situationer när ”suget” blir tydligt och ställ frågan, vilken funktion har läkemedlet fyllt för patienten? Och hur behöver livet förändras för att lusten att ta tabletter ska motverkas?

- Ge råd och information av pedagogisk karaktär, undervisning om strategier vid ångestattacker, panik eller fobier.
- Jag- stärkande tekniker.
- Tänk på att för patienten är Du ofta ett identifikationsobjekt och en modell för hur problem kan hanteras.
- Ge känslomässigt stöd till patienten.
- Erbjud vid behov stöd och informationssamtal till anhöriga.

### **Smärtpatienter**

Analgetika behöver inte alltid bara användas vid smärta som har sin bakgrund i fysisk smärta. Analgetika kan även användas för att dämpa eller döva psykisk smärta, ångest och oro. Man bryr sig mindre om vad man upplevt eller tvingas stå ut med, och orkar mer.

Patientens möjlighet att psykologiskt anpassa sig till smärtan förbättras vanligen när de centralt verkande läkemedlet har satts ut. Nu kan patienten oftast bättre tillgodogöra sig kognitiv terapi för att lära sig bryta de onda cirklar som ett långvarigt smärttillstånd kan leda till.

Patienten kan ha en kvarstående smärta och då är det viktigt att fortsätta samarbeta med smärtspecialist.

### **Anhöriga**

Anhöriga kan utgöra en viktig resursgrupp i motivations- och behandlingsarbetet. Anhöriga har ofta tidigt blivit uppmärksamma på tecken av trötthet, oengagemang, initiativlöshet, nedstämdhet, minnessvårigheter hos patienten. Anhöriga kan vara de som först märker tecken på överdosering eftersom de upplever patienten som kraftigt påverkad med symtom som yrsel, muntorrhet. Ibland har tablettorna kommit att bli en ersättning för delaktighet och mänskligt umgänge. Anhöriga bör beredas samtal tillsammans med behandlande läkare och med patienten. Mycket uppskattat har varit anhörigträffar och anhörigutbildning. Anhöriga till beroendepatienter vid Beroendecentrum Stockholm erbjuds delta i anhörigskola. Ett flertal frivilliga organisationer t ex AA/NA har särskilda möten för anhöriga.



## Hur skall ”vårdkedjan” se ut - lands- ting; kommun m fl

Samhällets olika organ som kan bli aktuella i samverkan har olika mål, befogenhet och kompetens likaså ansvar och sekretess. Personer med olika kompetens och ”språk” har svårt att förstå varandra. Sekretess används ibland som en anledning till att inte behöva samarbeta i gemensamma ärenden. Särskilt när det gäller missbruk har berörda parter ofta ett revirtänkande som inte gagnar någon. Olika syn på samarbete förekommer ofta. Avsikten är att samarbeta – inte utföra samma arbete.

*Sjukvården* ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för avgiftning och medicinsk rehabilitering, inkluderande behandling av psykiatrisk och psykologisk karaktär, om medicinskt motiverad. *Socialtjänsten* ansvarar enligt socialtjänstlagen för sociala åtgärder, d v s insatser inriktade på social rehabilitering. *Försäkringskassan* har enligt lagen om allmän försäkring ansvar för yrkesrehabiliterande åtgärder och tillika ansvar för samordning av och tillsyn över behövliga hjälpinsatser. *Arbetsgivaren* har formellt ett ansvar att bidra till arbetslivsinriktade åtgärder på arbetsplatsen. Om patienten ger sitt samtycke kan man samla dessa ansvarsområden i en flerpartssamverkan där utredning, diagnostik, riktade behandlingsinsatser kan komma till stånd. En tanke är att underlätta kommunikationen mellan olika myndigheters skilda kulturer, rutiner och lagrum.

### Vårdkedjan vid analgetikaberoende/missbruk

- Samverkan mellan inremitterande läkare eller och beroendespecialist under vårdtiden
- Fortsatt samverkan mellan beroendespecialist och mottagande läkare, t ex återremittering eller fortsatt uppföljning hos allmänläkare alt smärtspecialist
- Kontinuerlig läkarkontakt i primärvården är att föredra
- Omprövning av behandlingsindikation och behandlingseffekt regelbundet

## Kan läkemedelsberoende förebyggas och i så fall hur?

Socialstyrelsen utfärdade 1990 riktlinjer för förskrivning av lugnande medel och sömnmedel (85) men det behövs omfattande och kontinuerliga informationsinsatser.

Myndigheterna spelar otvetydigt en stor roll då det gäller att förebygga läkemedelsberoende. Beträffande *tillgång* sker denna dels genom sjukvården och dels utanför, den illegala. När det gäller sjukvården kan konstateras stora geografiska skillnader beträffande förskrivningsmönstren i Sverige (22, 85).

Den illegala tillgången kan påverkas genom samverkan mellan tull, polis, socialtjänst. Socialstyrelsen kan vara aktiv mot förskrivare som inte har ett seriöst förhållningssätt till sin ansvarsfulla förskrivningsrätt. Ett lagförslag finns om ett receptregister d v s att de enskilda läkarnas förskrivning av narkotikaklassade läkemedel ska samlas in och registreras, inte de enskilda patienternas läkemedelsinköp!

Vi har i Sverige en internationellt strikt *attityd* till droger. Genom att delta i den offentliga debatten kan vi inom sjukvården forma allmänhetens och samhällets syn, inte bara på droger och läkemedel utan även på sjukdomsbegrepp. Våra attityder påverkar även *vårdkulturen* som är viktig t ex bemötande; att skapa en dialog, engagera sig och inte slentrianmässigt skriva ut ett recept.

Arbetsgivaren har en lagstadgad skyldighet att upprätta ett *policyprogram* beträffande droger på arbetet. Policyn bör vara inriktad på att förebygga, tidigt identifiera, initiera behandling och rehabilitera.

Prevention omfattar åtgärder för att tillförsäkra att förskrivningen av bdz och opioider är adekvat och baserad på korrekt diagnostik, aktiv och holistisk behandling, noggrann och regelbunden uppföljning samt åtgärder mot beroendeutveckling. Särskilt vid användning av opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta talar kliniska erfarenheter för en tydlig organisation med kompetent personal som arbetar enligt en aktiv behandlingsprocess som integrerar och inkluderar patientens närmiljö. Risken för beroende hos den enskilda patienten måste värderas före behandlingsstart. Patienten bör informeras ingående muntligen och skriftligen om konsekvenserna av långvarig behandling med beroendeframkallande läkemedel.

Det övergripande målet bör vara att minska beroendet och missbruket genom att via information inte bara öka den enskilda människans insikter utan framförallt läkares kunskaper. Hälso- och sjukvården har ett särskilt ansvar när det gäller prevention och har bl a via Socialstyrelsen utarbetat allmänna råd för att informera och motverka och förebygga samt att ge råd om behandling (85).

### **Allmänna rekommendationer vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel**

- Innan läkemedel förskrivs bör läkaren känna patientens identitet och noga sätta sig in i dennes symtom och problem.
- Endast kliniskt betydelsefulla symtom bör behandlas.
- Förskrivningen bör lämpligen ej ske vid första kontakten med patienten, som i stället ägnas åt undersökning och förklaring av sjukdomsbilden för patienten ”det goda samtalet”.
- Bensodiazepiner bör vara ett andrahandspreparat.
- Försök håll dosen låg och korttidsbehandla.
- Tidigare beroende av alkohol eller narkotika eller tidigare läkemedelsberoende måste beaktas som en kontraindikation eller i varje fall kräva särskild vaksamhet.
- Iakttag särskild försiktighet vid förskrivning av flunitrazepam till personer med tidigare missbruk, personlighetsstörningar och allvarliga psykiska störningar.
- Doseringen bör vara intermitterande för att inte beroendet och ackumulation ska uppstå.
- Beroendenaspekten bör kontinuerligt beaktas under behandlingens gång.
- Den läkare som initierar behandlingen bör se till att behandlingsplan finns och följs.
- Den läkare som ordinerar ett beroendeframkallande läkemedel har behandlingsansvaret tills annan kollega tar över.
- Använd gärna antidepressiva vid inslag av depressivitet och ångest.
- Undvik i v opiatillförsel och opiater med kort halveringstid.

Ovanstående råd avser de situationer där såväl läkare som patient är överens att läkemedlet har blivit ett problem och utsättning bör ske, och självklart skall inte de patienter oroas som har god effekt och lindring av sitt läkemedel.

## **Kvalitetsindikatorer**

- Identifiera patienter med risk att utveckla ett beroende av bensodiazepiner och/eller analgetika- oavsett vårdnivå.
- Äga kännedom om diagnostiska kriterier vid beroende och missbruk.
- Mål vid behandling - läkemedlet helt seponerat eller eftersträva lägsta möjliga effektiva dos.
- Finns stödkontakt.
- Finns kunskap om symtom och duration av abstinenssymtom hos behandlande personal.
- Kunskap att bedöma Livskvalitet enligt EQ-5 D, EQ VAS, SCL-90.
- Antal återfall.
- Förbättrad GAF-poäng.

## **Utvecklingsområden**

Kliniska erfarenheter talar för att en tydlig organisation med kompetent personal som arbetar enligt en aktiv behandlingsprocess som integrerar och inkluderar patientens närmiljö och sker i samverkan med andra samverkanspartners är viktiga för en god behandling och i det förebyggande arbetet. Likaså behövs insatser för att kunna sprida kunskap om de allmänna rekommendationer vid förskrivning av bensodiazepiner rekommenderade av Socialstyrelsen och smärtstillande mediciner rekommenderade av Läkemedelsverket.

En fortlöpande utbildning bör ske till blivande studenter inom medicinsk fakultet och till specialister. Ökad upplysning, ”konsumentupplysning” via förskrivande läkare och Apoteket till konsumenten dvs patienten om riskerna för vanebildning och läkemedelsanvändarna måste informeras om riskerna att hamna i ett beroende.

Det finns ett stort behov av fortsatta studier som belyser prevalens och incidens av läkemedelsberoende och missbruk samt riskfaktorer bakom dessa tillstånd.

## **Att vara patient**

### **Erik 46 år**

Erik har fått remiss från företagsläkaren. Erik har vuxit upp i fullständig familj och har en teknisk utbildning. Erik är gift och har två barn. Ekonomin är god. Erik har lätt för att stressa och har alltid varit högpresterande. I samband med en semesterresa fick han ångest, ja, nästan panik och sömnrubbingar. Erik fick lugnande mediciner och sömnmedel så som bensodiazepiner av sin läkare, mediciner som hjälpte bra. Efter ett tag märkte Erik att medicinen inte ”tog lika bra” utan han fick höja dosen. Efter ett par år ville inte läkaren höja mer och Erik vågade inte sluta, för när han prövat att vara utan medicinen kunde han inte gå till arbetet och vågade knappt gå ut, ångesten kom tillbaka och han fick en massa konstiga nya symtom. Läkaren förstod att det var abstinens och skrev en remiss.

Erik fick hjälp och nedtrappningen av medicinerna klarade han under två månader. Han arbetade ½-tid under behandlingen. Efteråt fick Erik hjälp med stödsamtal och råd av sjukgymnast hur han kunde slappna av. Under en period fick Erik hjälp av ett icke-beroendeframkallande sömnmedel.

### **Annika 36 år**

Annika arbetar som servitris. Hon är ensamstående och bor med sin lilla son. Annika är sliten och det är svårt att klara hem, ekonomi och arbete. Sedan tre år tar Annika smärtmediciner, just nu är det Treo Comp som hon fått för att klara av värken i axlar och rygg. Hon har dessutom haft migrän sedan tonåren och är van att ta värktabletter. Men snart hjälpte inte vanliga receptfria Treo längre. Läkaren har ordinerat max 8 tabletter Treo Comp per dygn vid behov, men Annika tycker att behovet finns dagligen. Hon har märkt att medicinen gör det lättare att sova och det känns mindre jobbigt att städa, ja, om hon tar några extra tabletter så kan hon känna sig riktigt uppåt. Annikas läkare vill inte skriva ut mer än 100 tabletter per månad så Annika ber nu både sin gynekolog och sin ortoped om recept. Så småningom började Anni-

ka få magkatarr, humörsvängningar och blir irriterad om hon inte tog tabletterna i tid.

Annika läser om värktabletterna i kvällspressen och känner igen sig med de biverkningar som nämnts. Dessförinnan har hon fått remiss till en smärtmottagning som föreslog att hon skulle trappa ut smärttabletterna innan en ny bedömning av hennes smärtproblem skulle ske.

Annika kände sig verkligen sjuk under nedtrappningen ”det kändes som om jag hade influensa men utan feber”. Hon var heltidssjukskriven under behandlingen och behövde vara inlagd tre veckor. Mormor hjälpte till att ta hand om sonen. Idag klarar sig Annika utan starka värktabletter. Hon har börjat på Friskis & Svettis.

## Referenser

1. Mathalon, A. et al. Chronic use of hypnotics in family practice. Patients reluctance to stop treatment. *Family Practice*, 1990;7:258-260.
2. Murray, Dunne, Tarnopolsky. Factors affecting the consumption of psychotropic drug use. *Physiological Medicine*, 1981,11:1981 ss.
3. Smith, D, E (1979) Valium and low dose withdrawal symptoms after six weeks treatment with diazepam. *Lancet* 1984; Dec 15:1389
4. Winokur et al: Withdrawal reaction from long-term, low dosage administration of diazepam. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37, 101-105.
5. Busto U, Sellers EM, Naranjo C A, Cappell H, Sanchez-Craig M, Sykora A. Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines. *N Engl J Med* 1986; 315: 854-9
6. Läkemedelsavgiftning - ett behandlingsalternativ vid daglig huvudvärk. Svenska Migränsällskapet. Swedish Migrain Society.
7. Apoteksbolaget -Svensk läkemedelsstatistik. Årlig utgåva.
8. Covi L., Lipman, RS., Pattison, J. H., Derogatis, L.R., Uhlenhuth, E. H. Length of treatment with anxiolytic sedatives and response to their sudden withdrawal. *Acta Psych Scand*. 1973,49:51-64.
9. Livingston, M-G. Benzodiazepine, dependence, *British Journal of Hospital Medicine* 1994;51:281-286
10. Roche Product Limited. Summary of Products Characteristics – Vallium 1999.
11. Isacson, D. Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time – a 13-year follow up in a Swedish Community. *Social Science & Medicine* 1997; 44:1871-1880.
12. Boethius, G. & Westerholm, B. Hur mycket kan vi veta om psykofarmakaförbrukning? *Läkartidningen*, 1979;76:41-01.
13. NEPI-rapport, Apotekarsocietetens förlag. Arne Melander
14. Blennow, G. Romelsjö, A. Leifman, H et al. Sedatives and hypnotics in Stockholm: Social factors and kinds of use. *Am J Publ Health*, 1994,84 242-246.
15. Allgulander, Christer. ”Dependence on Sedative and Hypnotic Drugs - A Comparative Clinical and Social study”. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, supp. 270 Munksgaard Copenhagen 1979.
16. Forseén, A. & Carlstedt, G. ”Kvinnors ansvarstagande kan leda till ohälsa”. *Läkartidningen* Nr 16, 2001, Volym 98, s 1930-1933.

17. "Levnadsvanor 1- rapport från arbetsgruppen Levnadsvanor 1 till Nationella folhälsokommittén Underlagsrapport". Nr 7, 1999, Läkartidningen Nr 11, 2001, volym 98.
18. Popay, J. "My health is alright but I'm just tired all the time. Women's experience of ill health." In: Roberts H, ed. Women's Health Matters. London: Routledge, 1992.
19. Verbrugge, Gender & Health. An update on hypothesis and evidence. Journ of Health and Social Behaviour, 1985;26:156-182.
20. Ashton, H., Psychotropic-drug prescribing for women. Br J Psych. 1991, 158: 30-35.
21. SOU. "Jämställd vård olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande utredning om bemötande av kvinnor och män i Stockholm." Socialdepartementet; Hälso- och sjukvården. Report number 13 1996 133
22. Wessling, et al. "On the difference in psychotropic drug use between the three major urban areas in Sweden." Ingår i avhandlingen The national prescription survey 1990. Klin farm inst, Karolinska Institutet, Huddinge sjukhus
23. NEPI-rapport. Apterkarosocietens förlag. Gunnar Lindberg
24. Rusmidler i Norge-statistik (2000). Rusmiddeldirektoratet/SIFA, Oslo.
25. Pedersen & Lavik. Adolescents and benzodiazepines: Prescribed use, self-medication and intoxication. Acta Psychiatry Scand, 1991;84:94-98.
26. Riska, E. Advertisement for tranquillizers and hypnotics - sedatives in Denmark, Finland and Sweden. Pp 113-131.
27. Barter, G. and Cormack, M. The long-term use of benzodiazepines: patients' views account and experiences. Family Practice 1996;13:491-497
28. Harris, C. M.- and Dajda, R. The scale of repeat prescribing British Journal of General Practice 1996;46:649-653
29. Zermansky, A. G. Who controls repeats? British Journal of General Practice 1996;46:643-647
30. Buetow, S.A., Sibbald, B. Cantrill, J.A., and Halliwell, S. Prevalence of potentially inappropriate long-term prescribing in general practice in the United Kingdom, 1980-95: systematic literature review. BMJ 1996;313:1371-1374.
31. Rickels, K., Case, W.G., Schweizer, E.E., Swensson, C. and Fridman, R. B., Low-dose dependence in chronic benzodiazepine users: a preliminary report on 190 patients. Psychofarmacology Bulletin 1986;22:407-415.
32. Rickels, K., Schweizer, E. Case, W.G., and Greenblatt, D.J. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Archives and General Psychiatry 1990;47:899-907.

- 33 .Dåderman, A., Lidberg L. "Flunitrazepam (Rohypnol) Abuse in combination with alcohol causes premediated, grievous violence in male juvenile offenders". J American Academy Psychiatry Law, 1999;27:1-17.
- 34 Yu, Ho IK. Effects of acute barbiturate administration, tolerance and dependence on brain GABA system: Comparisation to alcohol and benzodiazepines. Alcohol 1990, 7 (3) 261-72.
- 35 Georgie, K.A. & Dundee, J.W. Relative amnesic actions of Diazepam, Flunitrazepam and Lorazepam in man. Br J Clin Pharmac, 1977;4:45-50.
- 36 Thorell, E., Irestedt, B., Persson, H. & Sjöberg, G. Analgetikaförgiftningar; paracetamol och dextropropoxifen dominerar och ger i 3 års material de svåraste symtomen. Läkartidningen, vol 93.No 20. 1996. s 1955-1958.
- 37 Riksförsäkringsverket 4:e sept. Undersökningen av pågående sjukskrivningar. En jämförelse mellan 1998 och 1999. Rapport. RFV, 1999.
- 38 Stiller C-O Expertutlåtande "Analgetisk effect av tramadol – randomiserade kliniska studier" [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)
- 39 Expertgruppen smärta och reumatologiska sjukdomar, [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se), Kloka listan
- 40 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DSM): American Psychiatric Association; 1994.
- 41 Rust G S, Hatch R, Gums J G. Carisoprodol as a drug of abuse. Arch Fam Med 1993 Apr; 2(4): 429-32.
- 42 Joranson, D. Ryan, K. Gibson, A. & Dahl, J. "Trends in medical use and abuse of opioid analgesics." JAMA 2000;283:171-186.
- 43 Portenoy R, Foley K. "Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases". Pain 25 1986;171-86.
- 44 Fishbain D, Rosomoff R S. ;" Drug abuse, dependence and addiction in chronic pain patients". The Clin Jour of pain 1992;8:77-85.
- 45 Hoffman N, Olofsson O, Salen B, Wickström L.; Prevalence of abuse and dependency in chronic pain patients". Int J addiction 1995; 30(8):919-27.
- 46 Hallfors, D.D. and Saxe,L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines; a meta-analysis. American Journal of Public Health 1993;83:1300-1304
- 47 Wewers, M.E., N.K. (1990) A Critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing and Health 13,227-236
- 48 Derogatis L R, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973 Jan; 9 (1): 13-28 PMLD:4682398( PubMed-indexed for MEDLINE)

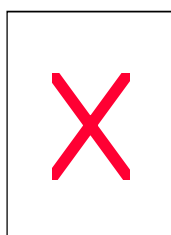
- 49 Derogatis L R, Rickles K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new report scale. *Br J Psychiatry* 1976 Mar; 128:280-9. PMZD:1252693
- 50 Harris, C.M. and Dajda R. The scale of repeat prescribing. *British J of general Practice* 1996;46:649-653
- 51 World Health organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1992.
- 52 Martinez-Cano H et al. Benzodiazepine types in high versus therapeutic dose dependence. *Addiction* (1996), 91 (8) 1179-1186.
- 53 ASI - ett sätt att intervjua klienter i missbrukarvården, Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete. CUS-skrift 1996:1.
- 54 Bergman, H., Borg, S. & Holm, L. "Neuropsychological impairment and exclusive abuse of sedative and hypnotics". *Am J Psych* 1980,137:2:215-7.
- 55 Borg, S. et al. "Sedative hypnotic dependence, neuropsychological changes and clinical course". *Nord Psykiatr Tidsskr*, 1987, 41: Suppl 15917. Oslo JSSN 0346-8852.
- 56 Tönne, U., Hiltunen, A., Vikander, B., Engelbrektson, K., Bergman, H., Bergman, I., Leifman, H. & Borg, S. "Neuropsychological changes during steady state drug use, withdrawal and abstinence in primary benzodiazepine-dependent patients." *Acta Psychiatr Scand*, 1995;91:299-304. Munksgaard 1995.
- 57 Pecknold J C, Mc Clurer DJ., Fleuri D., Chang H.; Benzodiazepine withdrawal effects. *Prog. Neuro-Psychopharmacol & Biol Psychiat* 1982;6:517-522.
- 58 Cowen & Nutt: Abstinence symptoms after withdrawal from tranquillizing drugs. Is there a common neurochemical mechanism? *Lancet* 1982 :2:360-362.
- 59 Winokur A., Rickels K.: Withdrawal and Pseudowithdrawal from Diazepam Therapy. *Clin. Psychiatry* 1981:42.
- 60 Rickels, Schweizer et al: Long-term therapeutic use of benzodiazepines. *Archives of Gen Psychiatry*, 1990:47.
  - a. Abrupt discontinuation, 899-907
  - b. Effects of gradual taper, 908-916.
- 61 Ashton H. Protracted Withdrawal syndromes from benzodiazepines. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 8, pp 19-28, 1991.
- 62 Ashton: Benzodiazepines withdrawal: an unfinished story. *Brit Med Journal* 1984;288:1135-1140 Ashton: Benzodiazepine withdrawal: outcome in 50 patients. *Be Journal of Addiction* 1987;82:665-671.

63. Tyrer, et al. "The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire." *Journal of Disorders* 1989;19:53-61.
64. Petursson et al. Withdrawal syndrome. *Addiction* 89, 11455-
65. Information från Läkemedelsverket. Årgång 13. Nr 1. Febr. 2002.52
66. Himmelsbach, CK. "The morphine abstinence syndrome, its nature and treatment". *Am Intern Med*, 15: 829s-839,1941.
67. Cormack, M.A., Sweeney, K.G., Hughes-Jones, H., and Foot, G.A. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general hospital practice. *British J of general Practice* 1994;44:5-8.
68. Bashir, K., King, M., and Ashworth, M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British J of General Practice* 1994;44:408-412.
69. Bergman, U. et al. (1992) Effects of exposure to benzodiazepines during fetal life. *Lancet*, 1992;340.694-96.
70. Laegreid I et al. Neurodevelopment in late infancy after prenatal exposure to benzodiazepines - a prospective study. *Neuropediatrics* 1992 (b);23:60-
71. Laegreid L et al. The effects of benzodiazepines on the fetus and the newborn. *Neuropediatrics* 1992( a); 23:18-23
72. Nordlie E. Fosterskader og vanedannende medikamenter og alkohol. BKI fagpublikasjon. Skien 1988.
73. Socialstyrelsen (1993). Alkohol och narkotika under graviditet. Vilka är riskerna för barnet? K. Nyberg och P. Allebeck, Stockholm 1993, 55 sidor.
74. Fraser, R.C., Khunti, K., Baker, R., and Lakhani, M. Effective audit in general practice: a method for systematically developing audit protocols containing evidence-based review criteria. *British Journal of General Practice* 1997;47:743-746.
75. Vikander et al. Öppenvårdsbehandling med stödkontakt och långsam nedtrappning. *Läkartidningens volym* 90, nr 7:579-582,1993).
76. Vikander, B., Lindroth, A., Tönne, U. & Borg, S. "Avgiftning av benzodiazepinberoende patienter". *Läkartidningen*; vol 84: nr 41, 1987, s 3276-3278.
77. Vikander, B. & Andersson, G. "Rehabilitering & Behandling - Ett samverkansprojekt för patienter med läkemedelsberoende." Beroendecentrum Nord, Centrala Stockholms Produktionsområde, 2000.
78. Borg, S. "Erfarenheter från en allmän psykiatrisk vårdavdelning. Avgiftning av benzodiazepinberoende patienter". *Läkartidningen*, volym 84, nr 41, 1987.
79. Gold MS., Redmond DE., Kleber HD.: Clonidine in opiate withdrawal. *Lancet* 1.929-930,1978.

80. Gold MS, Pottash ALC, Exstein J.” Clonidine, Inpatient studies from 1978 to 1981.” J Clin Psychiatry 1980;43(sec2), 35-8.
81. Moner S E. Acupuncture and addiction treatment. Journal of Addictive Diseases 1996, 15(3), 79-100
82. Whitehead P ; ”Acupuncture in the treatment of addiction- a review”. Int J Addiction.
83. Rhodin A, Gronbladh L, Ericsson K et al.; ”Methadone treatment of opioid dependence and chronic non-malignant pain”. Proceedings from the fourth conference on pain management and chemical dependency 2000; Abstract 25.
84. Forsberg L. ”Motiverande samtal vid behandling av alkoholproblem”. Forskning & fakta nr 18
85. ”Beroendeframkallande psykofarmaka”. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7

## Bilaga 1

### Riksförbundet för hjälp narkotika- och läkemedelsberoende



**RFHL-Stockholmsavdelningen** är en klientorganisation med mångårig erfarenhet av beroendesyndrom, alltså alla sorters medicinska beroendetillstånd. Utbildad personal med lång erfarenhet av tablettberoende och tablettabstinens svarar på dina frågor. Verksamheten bedrivs på flera sätt, såväl i enskilda samtal som i grupp och genom telefonrådgivning.

Vi har läkemedelsgrupper som har en mer allmänt stödjande inriktning och nedtrappningsgrupper, där man får hjälp vid nedtrappning av lugnande medel, värk- och sömntabletter. Det har visat sig att det är mycket viktigt att ha kontakt med andra i samma situation, när man håller på att trappa ner. Under 2003 kommer vi även att starta anhöriggrupper för anhöriga till tablettberoende personer om behov finns. Grupperna leds av en erfaren alkohol- och drogterapeut.

Vi arrangerar seminarier och föreläsningar utifrån våra egna och andras kunskaper och erfarenheter.

Vi har absolut tystnadsplikt. Inget som Du säger till oss förs vidare någonstans. Allt är kostnadsfritt.

RFHL står för Riksförbundet för Hjälp åt Narkotika- och Läkemedelsberoende.

Vi finns på Norrtullsgatan 45,1 tr, i det gamla huset Borgerskapets Änkehus, 113 45 Stockholm. Telefon 08-642 00 65 eller 08-34 92 00. Fax: 08-33 58 66. E-post: stockholm@rfhl.se. Hemsida: [www.rfhl.se/stockholm](http://www.rfhl.se/stockholm).

**RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄLP ÅT NARKOTIKA- OCH LÄKEMEDELSBEROENDE,  
STOCKHOLMSAVDELNINGEN**  
Norrtullsgatan 45, 113 45 Stockholm. Tel: 08-642 00 65. Fax: 08-33 58 66. E-post: stockholm@rfhl.se. [www.rfhl.se/stockholm](http://www.rfhl.se/stockholm)



### **Beställning**

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: [kontorsservice@bkv.sll.se](mailto:kontorsservice@bkv.sll.se)

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Program Arbete är publicerade på:  
[www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)



**Stockholms läns landsting**

Beställarkontor vård

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00