

Dokumentet fastställt av Läkemedelsrådet 2018-12-06
Riktlinjerna giltiga t o m 2020-12-06

Regionala riktlinjer vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel i Region Skåne

Sammanfattande kommentarer och rekommendation

- Opioider och bensodiazepiner är kraftfulla läkemedel med god patientnytta i utvalda fall och under begränsade behandlingstider.
- Läkare/vårdenhet som initierat förskrivning har ansvar för denna tills den upphört eller tills annan instans accepterat övertag – **Behandlingsansvar**
- **Basbehandling** – överväg alltid först alternativa behandlingsstrategier, såväl icke-farmakologiska som farmakologiska
- Fortsätt med den basbehandling som fungerar även om beroendeframkallande läkemedel förskrivs
- Gör **Riskbedömning** av beroende/överdosering före nyinsättning och vid varje förskrivningstillfälle.
- Samtidig behandling med opioid och bensodiazepin innebär ökad risk för letal intoxication.
- Planera för korttidsbehandling – och var tydlig med det.
- Kontinuerligt långtidsbruk medför ofta negativa effekter och har kända risker.
- Vid all långtidsbehandling – överväg indikation och säkerhet regelbundet och diskutera med patienten om biverkningar och effekt.
- Intermittent behandling vid recidiverande/kroniska besvär kan vara ett alternativ.
- God **Kontroll över förskrivningen** innebär
 - tillgång till Läkemedelsförteckningen
 - förskrivarkontinuitet
 - ställningstagande till behov av provtagning för alkohol/drogscreening och till korta uthämningsintervall/dosdispensering/utdelning av mediciner
- Patientinformation med nedtrappningsschema hittas i slutet av dokumentet.

Sammanfattande kommentarer och rekommendation	1
Uppdrag	3
Behandlingsansvar	3
Alla läkare i Region Skåne som förskriver beroendeframkallande läkemedel ska:	3
Aktuella läkemedel	3
Basbehandling	3
Riskbedömning – vid varje förskrivningstillfälle	4
<i>Ökad risk för accidentell överdos</i>	4
<i>Ökad risk att utlösa eller förvärra beroende/substansbrukssyndrom</i>	4
<i>Varningstecken</i>	4
Kontroll över förskrivningen	4
<i>Basala krav för säkrare förskrivning</i>	4
<i>Iterering:</i>	4
<i>Vid ökad risk eller varningstecken</i>	5
Opioidbehandling	5
<i>Indikationer</i>	5
<i>Behandlingstid:</i>	5
<i>Dosering:</i>	5
<i>Vårdplan – särskilt vid planerad behandlingstid > 2 veckor</i>	5
Opioider – långtidsbehandling (> 3 månader)	6
<i>Behandlingseffekt</i>	6
<i>Risker med behandling</i>	6
<i>Bedöm aktuell dos</i>	6
<i>Är behandlingen effektiv och säker?</i>	6
Opioider – nedtrappning	7
<i>Nedtrappning – tillvägagångssätt</i>	7
Bensodiazepinbehandling	7
<i>Indikationer</i>	7
<i>Behandlingstid:</i>	7
<i>Dosering:</i>	7
Bensodiazepiner – långtidsbehandling (> 4 veckor)	8
<i>Behandlingseffekt</i>	8
<i>Risker med behandling</i>	8
<i>Patientgrupper med långtidsbehandling</i>	8
<i>Är behandlingen effektiv och säker?</i>	8
Bensodiazepiner – nedtrappning	8
<i>Nedtrappning – tillvägagångssätt</i>	9
<i>Utsättning av zopiklon/zolpidem, tre alternativ</i>	9
Olika termer rörande beroende och missbruk	9
Provtagning	9
<i>Om ökad risk eller varningstecken – ta ställning till provtagning</i>	9
Substansbrukssyndrom	10
Anmälningsskyldigheter vid substansbrukssyndrom	10
Överensstämmelse med nationella och internationella rekommendationer	10
Arbetsgrupp	11
Externa granskare	11
Referenser	12
Patientinformation – Opioider	13
Patientinformation – Bensodiazepiner	15
Konverteringsguide opioider	1
Konverteringsguide bensodiazepiner	2

Uppdrag

Opioider och bensodiazepiner är kraftfulla läkemedel med god patientnytta i utvalda fall. Samtidigt är riskerna med överförskrivning väl kända, där överdoser och utveckling av substansberoende är de allvarligaste. På senare år har man särskilt uppmärksammat den mycket starka riskökningen för letal intoxikation som uppkommer vid *samtidig* behandling med opioider och bensodiazepiner.

Personer som har utvecklat ett beroendesyndrom har ofta kommit i kontakt med preparaten initialt genom förskrivning av läkemedel. Läckage kan förekomma (dvs. att patienter ger bort eller säljer sin medicin till andra personer).

Förskrivningen är något högre i Skåne än riksgenomsnittet, vilket är en av anledningarna till att arbetsgruppen har fått uppdraget från Läke-medelsrådet Region Skåne att formulera en gemensam riktlinje som stöd vid förskrivning av opioider och bensodiazepiner.

Riktlinjerna gäller inte vid terminalvård och intensivvård. Inom specialistpsykiatri och beroendevård kan det finnas anledning till avsteg från riktlinjerna. Initieras behandling med dessa läkemedel i slutenvård för vidare behandling i öppenvård är riktlinjerna tillämpbara i sin helhet.

Behandlingsansvar

Alla läkare i Region Skåne som förskriver beroendeframkallande läkemedel ska:

- inför nyinsättning ta ställning till risk för accidentell överdos och substansbrukssyndrom och kommunicera riskbedömningen med patienten
- inför nyinsättning informera patienten om hur länge behandlingen ska pågå
- vid långtidsbehandling vara beredd att med patienten diskutera dosminskning och lämna ut information om nedtrappning, t ex enligt bifogad *Patientinformation*
- ha ansvar för initierad förskrivning tills denna upphört eller tills annan instans accepterat att ta över ansvaret
- vid behov av mer avancerad hjälp med nedtrappning/utsättning remittera patienten till specialiserad vård

Aktuella läkemedel

- Opioider (ATC-kod: N02A, R05FA02)
- Bensodiazepiner (ATC-kod: N03AE, N05BA, N05CD) och bensodiazepinbesläktade medel (dvs. zopiklon och zolpidem) (ATC-kod: N05CF). Observera att i denna riktlinje räknas zopiklon och zolpidem fortsättningsvis in i gruppen bensodiazepiner.
- Pregabalin (ATC-kod: N03AX16) som används på indikation epilepsi, neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom har narkotikaklassats då det finns en svart marknad och mycket tyder på att det används utanför indikation. Detta preparat omnämns inte ytterligare i denna text. Förskrivare bör ha skärpt uppmärksamhet på beroendepotential för detta läkemedel. Samtidig behandling med opioider och/eller bensodiazepiner bör därmed sannolikt ske med stor försiktighet.

Basbehandling

Nedanstående alternativ kan gälla både vid värk och vid oro/ångest/sömnsvårigheter. Övervägs alltid först.

- Råd om exspektans, med en avtalad tid för telefonkontakt eller återbesök. Många nytillkomna symtom går över av sig själv. Patientens osäkerhet kan minska med en planerad återkoppling
- Information om naturalförlopp. Patienter söker ofta vård under perioder med ökade besvär. De kan behöva information om att besvären fluktuerar även vid kronisk sjukdom.
- Råd om utökad fysisk aktivitet. Stöd av fysioterapeut
- Samtalsbehandling hos psykoterapeut, psykolog, kurator

- Mindfulness
- Stöd i vardagliga aktiviteter av arbetsterapeut
- Sömnskola (hos kurator, via internet)
- Ansträngd arbetsmiljö: Kontakta arbetsgivaren
- Uteslut/hitta lämplig åtgärd mot våld i nära relationer
- **Använd i första hand läkemedel som inte är beroendeframkallande**
- Fortsätt med det som fungerar även om beroendeframkallande läkemedel förskrivs

Riskbedömning – vid varje förskrivningstillfälle

Ökad risk för accidentell överdos

- Ålder > 65 år
- Påverkad andning/lever-/njurfunktion
- Akuta sjukdomstillstånd som exempelvis sepsis, influensa, hög feber eller pneumoni (gäller framförallt opioider)
- Alla opioiddoser över 50 mg/dygn
- Kombination opioid – bensodiazepin
- Substansbrukssyndrom av annat slag (tidigare, pågående, hereditet)
- Riskbruk av alkohol
- Psykisk sjukdom

Ökad risk att utlösa eller förvärra beroende/substansbrukssyndrom

- Ung ålder (tonåring/ung vuxen)
- Kombination opioid – bensodiazepin
- Alla opioiddoser över 50 mg/dygn
- Substansbrukssyndrom av annat slag (tidigare, pågående, hereditet)
- Riskbruk av alkohol
- Psykisk sjukdom

Varningstecken

- Läkemedel tar slut i förtid p g a att patienten själv höjer dosen
- Läkemedel eller recept tappas bort
- Läkemedel införskaffas på annat sätt än förskrivning från läkare.
- Inträffad överdosering eller patienten ter sig substanspåverkad. Observation av närstående eller sjukvårdspersonal
- Upprepade besök på akutmottagning för smärta som kräver opioidbehandling
- Söker sig till flera olika förskrivare, s k doctor shopping
- Svårt att nå överenskommelse med patienten om behandlingsplan, mål och uppföljning

Kontroll över förskrivningen

Basala krav för säkrare förskrivning

- Begär tillgång till patientens Läkemedelsförteckning
- Överenskom dosering och behandlingstid – oftast kort!
- Överenskom direkt handlingsplan efter behandlingstidens slut
- Informera noga om handhavande av medicinen – använd gärna bifogad *Patientinformation*. Läkemedlen bör helst låsas in.

Iterering:

- Vilken/vilka läkare ska utfärda recept? Kontinuitet möjliggör överblick och helhetsansvar.
- Sträva efter korta tidsintervall för uthämtande, gärna max 1 månad. Skälet är bland annat allmän säkerhet – stora mängder av dessa läkemedel bör inte förvaras i hemmiljö. Individuella har då också lättare att hålla sig till förskrivna doser.
- Recept bör innehålla uppgifter om dosstorlek och antal doser per dygn, planerad tidsperiod och tidigaste datum för ny uthämtning

Vid ökad risk eller varningstecken

- Kortare tidsintervall för uthämtande av recept, förslagsvis två veckor.
- Dosdispensering alternativt utdelning av mediciner kan övervägas
- Överväg provtagning

Opioidbehandling

Innan recept skrivs:

- Klargör *Behandlingsansvar!*
- Alltid *Basbehandling* först – och fortsatt med det som fungerar
- *Riskbedömning* – varje gång!
- Ha alltid *Kontroll över förskrivningen*

Indikationer

- Svår akut nociceptiv/neuropatisk smärta – ex akut lumbago, giktattack, postoperativ smärta, multitrauma
- Nociceptiv smärta av mer långvarig natur – ex kotfraktur, andra skador i ryggkotpelare, tillstånd efter trauma/kirurgi, svårläkt smärtsamt sår, artros, reumatisk/inflammatorisk sjukdom, omfattande degenerativa förändringar.
- Neuropatisk smärta – Ibland när denna är svårbehandlad, som tillägg till gabapentin/amitriptylin/duloxetin.
- Vid långvarig smärta med centralt störd smärtmodulering (s k nociplastisk smärta) – undvik opioider! För fibromyalgi finns dock visst stöd för behandling med tramadol sporadiskt eller under korta perioder (enligt LäkeMedelsverket, 2017).

Behandlingstid:

- 3–7 dagar vid akut smärta.
- Mer komplex smärtsituation: 2 veckor till max 3 månader. Nedtrappning bör övervägas efter 3 månaders behandlingstid.
- Längre tids behandling kan övervägas om intermittent intag t.ex. enstaka doser per vecka eller månad kan upprätthållas. Då minimeras risker för allvarliga biverkningar.

Dosering:

- Morfin är förstahandspreparat.
- Kombinationspreparat med kodein + paracetamol (t ex Citodon®) kan prövas vid kortvariga smärttillstånd (enligt LäkeMedelsverket, 2017).
- Postoperativ smärta: Långverkande oxikodon i kombination med kortverkande morfin
- Övriga tillstånd: Morfin i depot-beredning. Fastställ doser och doseringsintervall. Följ upp för justering och öka dosen vid behov. Starta med 5–10 mg x 2, men äldre > 75 år: 5 mg x 1–2.

Vårdplan – särskilt vid planerad behandlingstid > 2 veckor

- Sätt upp rimliga, konkreta mål tillsammans med patienten och skatta smärta med VAS-skala. Exempel på konkreta mål – kunna genomföra rehabträning, sammanhängande sömn, återgång i arbete, förbättrad funktion i vardagliga aktiviteter.
- Balans mellan biverkningar, skattad smärta och effekt utifrån dessa mål utvärderas kontinuerligt. Mycket vanligt med biverkningar från mage-tarm såsom förstoppning och illamående. Behandla med laxantia i första hand.
- Följ upp effekt – utifrån de uppsatta målen – och biverkningar.
- Vid otillräcklig effekt eller besvärliga biverkningar, trappa ut eller pröva byte av opioid.

Opioider – långtidsbehandling (> 3 månader)

Innan recept skrivs:

- Klargör *Behandlingsansvar!*
- Alltid *Basbehandling* först – och fortsatt med det som fungerar
- *Riskbedömning* – varje gång!
- Ha alltid *Kontroll över förskrivningen*

Behandlingseffekt

- Det saknas vetenskapligt stöd (dvs. studier med kontrollgrupper) för att behandlingstider överstigande tre månader skulle ge minskad smärta och ökad fysisk aktivitetsnivå. Många patienter slutar med behandlingen på grund av bristande effekt eller biverkningar. Observationsstudier på ett till tre år finns som indikerar att enstaka individer fungerar och mår bättre med opioidbehandling än utan den.

Risker med behandling

- Allvarliga risker är väl kända och DOSBEROENDE. Ju högre dos desto större risk för såväl beroendutveckling som accidentell överdosering, även fatal sådan.
- Det finns en ökad risk för frakturer, trafikolyckor, hjärtkärl-händelser, hormonstörningar, opioid-inducerad hyperalgesi (ökad smärta!), påverkad kognitiv förmåga, trötthet, nedstämdhet, ökad ångest och nedsatt libido.
- Det är mycket vanligt med gastrointestinala biverkningar som förstoppning, illamående, muntorrhet, nedsatt aptit och andra mag-tarm-biverkningar.
- Patienter har ofta vant sig vid de ”mildare” biverkningarna och märker ofta en förbättring av dessa symptom vid dosreduktion/utsättning.

Bedöm aktuell dos

- Se *Konverteringsguide!* Gå igenom aktuell dygnsdos och konvertera till morfinekvalenter för att få en uppfattning om totala mängden läkemedel. Dosen ger en god initial uppfattning om riskerna med behandlingen.
- Den dagliga dosen bör inte överstiga 100 mg orala morfinekvalenter

Är behandlingen effektiv och säker?

- Förnyad smärtanalys är ofta nödvändig att genomföra efter lång tids opioidbehandling – underlättar för att bedöma och kategorisera smärtan, signalerar att smärtan tas på allvar och är viktigt för en god terapeutisk allians. Anledning till behandling med opioid kan ha ändrats. Kvarstår indikation?
- Är läkemedlet fortfarande effektivt? Försiktig nedtrappning i god kommunikation med patienten kan ofta fungera och ge svar på denna fråga.
- Fungerar behandlingen aktivitetsökande eller klart livskvalitetshöjande? Biverkningar mag-tarm, emotionellt, kognitivt?
- Svårighet att hålla sig till ordinerade doser? Svårighet att hantera mängderna läkemedel som förskrivs? Egna önskemål om att trappa ned/sluta/gå över till intermittent behandling?
- Nyttillkomna sjukdomar eller medicinering som ökar risken för accidentell överdos?
- Med jämna mellanrum bör nedtrappning övervägas/diskuteras med patienten

Opioider – nedtrappning

- Om dosminskning/nedtrappning ska göras och patienten har samtidigt riskbruk av alkohol: Börja med restriktioner för alkohol, och som första åtgärd viktigt att undvika berusnings-drickande (s k binge-drinking).
- Dosminskning är ofta möjlig hos motiverad patient. Dosminskningar kan ge minskade ”vanliga” biverkningar och reducerar risk för allvarliga biverkningar.
- Se *Patientinformation – Opioider* – informera om fördelar med nedtrappning och om abstinenssymtom. En välinformerad patient kan lättare klara abstinenssymptomen.

Nedtrappning – tillvägagångssätt

- Trappa ned i det aktuella läkemedlet. Om flera olika opioida preparat förskrivs så trappa ner en i taget.
- Först stabiliseringsschema
 - Stabiliseringsschema = Aktuellt intag fördelas på fast regelbunden dosering. Tidsstyrt intag istället för situationsstyrt.
 - Patienten upplever ofta en förbättring redan med detta. Koncentrationer av läkemedel blir jämnare.
 - Motiv: Hindra uppkomst av abstinens genom att fokusera mer på klockan än på att hela tiden scanna av negativa känslor
- Efter en veckas stabiliseringsschema påbörjas nedtrappningen
- Trappa ned med ca 5–10% av ursprungsdosen med dossänkning en gång per vecka i öppenvård.
- Använd depot-beredning i största utsträckning – (även tramadol 50 mg finns i depot-form: Gemadol®)

Bensodiazepinbehandling

Innan recept skrivs:

- Klargör *Behandlingsansvar!*
- Alltid *Basbehandling* först – och fortsatt med det som fungerar
- *Riskbedömning* – varje gång!
- Ha alltid *Kontroll över förskrivningen*

Indikationer

- Initial ångestökning i samband med SSRI-start, som regel max två veckor
- Tillfällig ångest
- Sömnbesvär i samband med krisreaktion
- Sömnbesvär i samband med tillfällig överbelastning
- Sömnbesvär och oro hos äldre
- Zopiklon en kortare tid vid alkoholabstinens
- Vid krampsjukdom såsom epilepsi används benzodiazepiner med andra preparatval och behandlingstider.

Behandlingstid:

- Normalt maximalt 4 veckor.
- Intermittent intag t.ex. enstaka doser per vecka eller månad kan ibland övervägas.

Dosering:

- Ångest: Oxascand är förstahandsval
- Sömn: Zopiklon är förstahandsval
- På grund av hög risk för beroendeutveckling: Undvik lorazepam (t ex Temesta®), alprazolam (t ex Xanor®) och flunitrazepam.

Bensodiazepiner – långtidsbehandling (> 4 veckor)

Innan recept skrivs:

- Klargör *Behandlingsansvar!*
- Alltid *Basbehandling* först – och fortsatt med det som fungerar
- *Riskbedömning* – varje gång!
- Ha alltid *Kontroll* över förskrivningen

Behandlingseffekt

- Det saknas vetenskapligt stöd (dvs. studier med kontrollgrupper) för effektiv och säker långtidsbehandling med bensodiazepiner.

Risker med behandling

- Ett starkt orsakssamband finns mellan bensodiazepinbruk och ökad risk för trafikolyckor, fall och frakturer.
- Kända, förväntade och vanliga biverkningar är sedering med trötthet och kognitiv förlångsamning och psykomotorisk påverkan med klumpighet
- Beroendeutveckling

Patientgrupper med långtidsbehandling

- Trots bristande evidensstöd förekommer långtidsbehandling med bensodiazepiner. Vanliga patientgrupper/diagnoser: Äldre multisjuka med många andra mediciner, paniksyndrom, återkommande blandade ångest- och depressionstillstånd samt kroniska sömnsvårigheter
- Om doser ej överstiger maxdos enligt FASS och om god kontroll över förskrivningen kan fortsatt behandling accepteras i enskilda fall.

Är behandlingen effektiv och säker?

- Förnyad bedömning av indikation – kvarstår denna?
- Är läkemedlet fortfarande effektivt? Försiktig nedtrappning i god kommunikation med patienten kan ibland fungera och ge svar på denna fråga.
- Fungerar behandlingen aktivitetsökande eller klart livskvalitetshöjande? Biverkningar emotionellt, kognitivt, fallolyckor?
- Svårighet att hålla sig till ordinerade doser? Svårighet att hantera mängderna läkemedel som förskrivs? Egna önskemål om att trappa ned/sluta/gå över till intermittent behandling?
- Nyttillkomna sjukdomar eller medicinering som ökar de medicinska riskerna?
- Med jämna mellanrum bör nedtrappning övervägas/diskuteras med patienten
- Observera att enligt regional riktlinje bör LARO-patienter inte behandlas med bensodiazepiner i öppenvård.

Bensodiazepiner – nedtrappning

- Om dosminskning/nedtrappning ska göras och patienten har samtidigt riskbruk av alkohol. Börja med restriktioner för alkohol, och som första åtgärd är det viktigt att undvika berusnings-drickande (s.k. binge-drinking).
- Om patienten också har opioidbruk – börja med nedtrappningen av opioiden före bensodiazepin
- Särskilt vid högre doser bensodiazepiner viktigt med långsam nedtrappning – risk annars för abstinensbesvär, epileptiskt anfall och till och med delirium
- Se *Patientinformation – Bensodiazepiner* – informera om fördelar med nedtrappning och om abstinenssymtom. En välinformerad patient kan lättare klara abstinenssymptomen.
- Normalisering av hjärnans bensodiazepinreceptorsystem går långsamt

Nedtrappning – tillvägagångssätt

- Först stabiliseringsschema
 - Stabiliseringsschema = Aktuellt intag fördelas på fast regelbunden dosering. Tidsstyrt intag istället för situationsstyrt.
 - Patienten upplever ofta en förbättring redan med detta. Koncentrationer av läkemedel blir jämnare.
 - Motiv: Hindra uppkomst av outhärdlig abstinens genom att fokusera mer på klockan än på att hela tiden scanna av negativa känslor
- Efter stabiliseringsschema påbörjas nedtrappningen.
- Det finns erfarenheter att nedtrappningar kan ske allt från 4 veckor till flera år. Att lägga nedtrappning med små steg under 3–6 (max) månader är ett vanligt alternativ.

Utsättning av zopiklon/zolpidem, tre alternativ

- Minska dosen successivt.
- Minska antalet nätter med sömnmedicin, exempelvis 6 nätter per vecka i 2 veckor, 5 nätter per vecka i 2 veckor osv.
- Sätt ut direkt och ersätt med icke beroendeframkallande läkemedel.

Olika termer rörande beroende och missbruk

- "Missbruk" är avskaffat som medicinsk diagnos – finns som juridisk term i socialtjänstlagen.
- Inom ICD-10 används termerna "beroende" och "skadligt bruk" (skadligt bruk = bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan). Skadan kan vara fysisk eller psykisk.) Termerna används fortfarande, exempelvis i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2017). (ICD-11 är under bearbetning).
- Läkemedelsverket (2016) benämner ett tillstånd: "problematiskt bruk av opioider", vilket i vissa delar överensstämmer med förekomst av *Varningstecken* (se ovan).
- "Riskbruk av alkohol" kan sannolikt öka riskerna också vid opioid- och bensodiazepinbruk. Därför behöver alkoholvanor alltid klarläggas i samband med förskrivning av dessa preparat. "Riskbruk" anses föreligga då en man dricker mer än 14 standardglas per vecka, och en kvinna nio, vid intensivkonsumtion (en man dricker fyra, och en kvinna tre, standardglas vid ett och samma tillfälle) samt vid lägre konsumtion i vissa andra situationer, till exempel graviditet.

Provtagning

Om ökad risk eller varningstecken – ta ställning till provtagning

- Enligt vissa studier visar cirka 1 av 5 drogscreeningstest hos patienter med kronisk smärta och opioidanvändning 'oväntat fynd'. Dessa utgörs av annan droganvändning eller ingen opioidanvändning alls. I det senare fallet kan läckage eller försäljning misstänkas.
- Motivera provtagningen för patienten: Okända eller klart ökade medicinska risker vid vissa drogkombinationer samt troligen ökade risker när det gäller själva medicinhanteringen vid samtidig illegal droganvändning.
- PEth (16:0/18:1) används redan frekvent i vården och testet är oftast okontroversiellt. Gränser för överkonsumtion av alkohol har hittills angetts till >0.3 µmol/L. Nya forskningsrön kommer troligen att leda till en sänkning av denna nivå. Upprepade prov ger bäst information. Kombination alkohol och opioid/bensodiazepin ökar risk för intoxication.
- Om drogscreening ordineras ska detta utföras oannonserat och inom två dygn från kallelse. Icke lämnat prov bedöms som positivt.
- Patienten måste godkänna att drogscreening i urin sker och dokumentation av godkännandet görs i journalen.
- Drogscreeningen ska inte göras med stickor, "patientnära" (för dålig kvalitet), utan enligt ackrediterad metod. Följande substanser kan efterfrågas: bensodiazepin, kannabinoider, kokain, amfetamin, opiat, metadon, tramadol, buprenorfin, oxycodon. Dessa är de

vanligaste förekommande drogerna i samhället. Observera att fentanyl inte är rutinprov i dagsläget.

- Öväntat resultat på drogtest bör föranleda snar kontakt med patienten för diskussion om fortsatt förskrivning och övervägande om beroendevård ska konsulteras.

Substansbrukssyndrom

- DSM-5 redovisas här och används huvudsakligen inom psykiatri – tillåter en gradering av svårighetsgrad. Alternativ klassificering kan ske enligt ICD-10.
- Det krävs en **kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande**, som visar sig i minst två uppfyllda av nedanstående kriterier under en 12-månadersperiod.
- Kriterium 10 och 11 gäller inte vid medicinsk förskrivning.
 1. intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs
 2. varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska eller kontrollera intaget
 3. betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika
 4. begär/sug efter substansen
 5. användningen leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet
 6. fortsatt användning trots återkommande fysiska eller psykiska problem
 7. viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas
 8. upprepad användning i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet
 9. fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador
 10. behov av allt större dos, toleransutveckling
 11. abstinensbesvär när bruket upphör

Svårighetsgrad:

- *Lindrigt*, 2–3 symptom föreligger
- *Medelsvårt*, 4–5 symptom föreligger
- *Svårt* ≥ 6 symptom föreligger

Anmälningsskyldigheter vid substansbrukssyndrom

- Läkare är sedan 2010 skyldiga att till Transportstyrelsen anmäla körkortshavare som är "medicinskt olämplig" att ha körkort. Skyldighet föreligger också vid "beroende" enligt ICD (=minst 4 av kriterierna i listan ovan).
- Olämplighet att inneha vapen rapporteras till polismyndighet.
- Orosanmälan om barn som far illa görs till Socialnämnden i patientens hemkommun.
- Beakta även anmälningsskyldighet enligt LVM.

Överensstämmelse med nationella och internationella rekommendationer

Strategier för förskrivning av opioida läkemedel har satts under lupp de senaste åren med anledning av "opioidepidemin" i USA. Guidelines internationellt och i Europa har blivit mer restriktiva och tydligare med att höga doser och långa behandlingstider har ett svagt vetenskapligt stöd, samtidigt som risker med behandlingarna blivit allt mer kända. Samtidigt är det viktigt att inte undanhålla en tidsbegränsad potent och säker behandling till selekterade patienter. Arbetsgruppen bedömer att liknande överväganden kan göras vad gäller bensodiazepinförskrivning.

Arbetsgrupp

Catarina Canivet, Med dr, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare VC St. Lars, Lund
Henrik Grelz, Biträdande överläkare, specialist i allmänmedicin och smärtlindring.
Smärtrehabilitering SUS Lund
John Ektor-Andersen, PhD, specialist i smärtlindring och psykiatri. Överläkare
Beroendecentrum, Malmö
Ingrid Gustafsson, AKO-psykiatri Lund-Malmö, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare VC
Sankt Lars, Lund
Jessica Berg Skoog, Med dr, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare, Ordf Terapigrupp Smärta
Peter Thesleff, Med dr, specialist i invärtesmedicin och gastroenterologi, Regional medicinsk
chef Capio
Anton Perlesi, Överläkare, specialist i psykiatri. Allmänpsykiatri, Affektivt Centrum
Malmö/Trelleborg

Externa granskare

Sten Tyrberg, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare VC Ramlösa Helsingborg, teamledare
Allmänläkarkonsult Skåne, ordförande i Regional Medicinsk Resursgrupp Allmänmedicin Södra
regionen
Cecilia Ervander, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare VC Södertull Lund,
AKO-koordinator området Lund-Ystad
Charlotte Gedeon, specialist i psykiatri, överläkare, verksamhetschef Solstenen
Anna Holmberg, specialist i ortopedi, medicine doktor, överläkare, Centrum för Osteoporos och
frakturprevention, VO Ortopedi, Skånes universitetssjukhus
Bengt Ljungberg, med dr, specialist i infektionssjukdomar, överläkare Infektionskliniken Skånes
universitetssjukhus, ordförande i Läkemedelsrådet, Skåne
Christer Malmros, med dr, specialist i anestesi och intensivvård. Överläkare, Smärtenheten,
Helsingborgs lasarett

Referenser

1. Socialstyrelsen 2017. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.
2. Läkemedelsverket 2017. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation.
3. Läkemedelsverket 2016. Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna
4. Bakgrundsmaterial Skånelistan 2018
5. Dowell D, Haegerich T M, Chou R. Cdc guideline for prescribing opioids for chronic pain—united states, 2016. *Jama*. 2016;315(15):1624-1645.
6. O'Brien T, Christrup LL, Drewes AM, Fallon MT, Kress HG, McQuay HJ, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *Eur J Pain*. 2017;21(1):3-19.
7. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain--Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*. 2016;374(13):1253-63.
8. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, van der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*. 2015;156(4):569-76.
9. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):834-51.
10. Huber, E., et al. (2016). Who Benefits from Chronic Opioid Therapy? Rethinking the Question of Opioid Misuse Risk. *Healthcare* 4(2): 29 doi:10.3390/healthcare4020029.
11. Brandt, J. & Leong, C. Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs R D* (2017) 17: 493
12. Gray, Dublin, Yu et al. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ* 2016;352:i90
13. Guina, Merrill. Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. *J Clin Med*. 2018 Jan 30;7(2). pii: E17. doi: 10.3390/jcm7020017.
14. Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, Schoelles KM. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.
15. Dasgupta, N., et al. (2016). Cohort Study of the Impact of High-Dose Opioid Analgesics on Overdose Mortality. *Pain Medicine* 17(1): 85-98.
16. Novak SP, et al Nonmedical use of prescription drugs in the European Union *BMC Psychiatry*201616:274 DOI 10.1186/s12888-016-0909-3

Patientinformation – Opioider

Du behandlas med en sk opioid.

Detta är en effektiv medicin, särskilt vid kortvarig behandling av svåra akuta smärtor. Vid långvariga eller återkommande smärttillstånd finns många bättre behandlingsmöjligheter. Opioider kan dock ha en plats i väl utvalda fall och ska då tas i lägsta möjliga dos och under kortast möjliga tid.

Medicineringen får inte överlåtas till andra. Den bör förvaras inlåst.

Behandlingstid och biverkningar

Det saknas forskning som visar på smärtlindrande effekt vid behandling längre än tre månader. Däremot finns – särskilt vid långtidsbehandling och dygnsdoser över 50 mg morfin – många kända biverkningar och allvarliga risker. Riskerna utgörs av beroendeutveckling, allvarlig/dödlig överdosering, olycksrisk/fallrisk samt depression. Dessutom ses hos många patienter mindre allvarliga biverkningar som trötthet, svårigheter att hålla koncentrationen, balanssvårigheter och besvär från mage-tarm. Det finns också risker för påverkat hormon- och immunsystem med bland annat nedsatt sexlust. Läkemedlen kan slutligen i vissa fall, paradoxalt nog, ge ökad smärta.

Därför rekommenderas att opioid-behandling enbart sker i korta perioder eller intermittent (dvs. fåtaliga doser per vecka eller månad). Då minimeras riskerna, och den smärtlindrande effekten bibehålls.

Mål med behandlingen

Det har visat sig värdefullt att tänka i form av "mål" med opioid-behandling. Exempel på mål kan vara att kunna delta i sjukgymnastik, att klara av att städa hemma, kunna gå en promenad, delta i en kvällskurs eller dylikt.

Policy vid långvarig behandling med opioider

- Förskrivning sker numer så att man får hämta ut medicin från apoteket ganska ofta – detta är av säkerhetsskäl.
- Dina risker för allvarliga biverkningar ökar om opioid förskrivs när du samtidigt använder alkohol eller illegala droger. För din säkerhet kan din läkare ordinera provtagning i urin/blod.
- För att kunna behandla dig på ett medicinskt säkert sätt bör din läkare ha tillgång till Läkemedelsförteckningen som visar på uthämtade läkemedel 15 månader bakåt i tiden.

Om du vill trappa ut din långtidsbehandling:

Vad händer på kort sikt om du trappar ner?

- Alla får inte abstinenssymtom
- Abstinenssymtom – exempelvis ökad muskel och ledsmärta/rinnande ögon/näsa, gäspningar, skakningar, gåshud och besvär med illamående/kräkning/diarréer. Dessa fysiska abstinenssymtom kan förekomma främst i slutet av nedtrappningen och ytterligare 2-4 veckor.
- Besvären är i regel lindrigare vid långsam nedtrappning
- Psykisk abstinens i form av sug eller längtan efter drog kan förekomma under månader till år efter avslutad behandling.

Vad händer på lång sikt om du lyckas trappa ner?

- *I bästa fall:* Du blir piggare, får lättare att koncentrera dig, bättre balans och mindre besvär från mage-tarm.
- *I alla fall:* Mycket talar för att du slipper den ökade risken för påverkan på hormon- och immunsystem, för trafikolyckor och fallolyckor och för allvarlig/dödlig överdosering som hör ihop med långtids opioidbehandling.
- *Bonus:* När kroppen vant sig av från läkemedlet innebär det att du i framtiden, om du skulle få en typ av smärtor som passar för opioidbehandling, har tillgång till ett mycket effektivt läkemedel att använda under en begränsad behandlingsperiod.

Nedtrappningsschema opioider

Vecka	Exempel med Tramadol, doser i milligram		Ditt schema för läkemedlet.....			
	Morgon	Kväll	Morgon	Middag	Kväll	
1	150	200				
2	150	150				
3	100	150				
4	100	100				
5	50	100				
6	50	50				
7	50					
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

Patientinformation – Bensodiazepiner

Du behandlas med en s k bensodiazepin eller ett besläktat läkemedel.

Detta är en effektiv medicin, särskilt vid kortvarig eller tillfällig behandling av oro, ångest och sömnsvårigheter. Vid långvariga besvär finns många bättre behandlingsmöjligheter.

Medicineringen får inte överlåtas till andra. Den bör förvaras inlåst.

Behandlingstid och biverkningar

Vid långvarig behandling finns biverkningar och risker. Dessa utgörs av beroendutveckling, ökad risk för fall och trafikolyckor, och i kombination med s k opioider även risk för allvarlig/dödlig överdosering. Dessutom ses hos många patienter trötthet, svårigheter att hålla koncentrationen och balanssvårigheter. Bensodiazepinbehandling kan förvärra eller utlösa psykiska besvär i form av ångest, oro och depressivitet.

Därför rekommenderas numer behandling i korta perioder eller intermittent (dvs. fåtaliga doser per vecka eller månad). Då minimeras riskerna och behandlingseffekten bibehålls.

Policy vid långvarig behandling med bensodiazepiner

- Förskrivning sker numer så att man får hämta ut medicin från apoteket ganska ofta – detta är av säkerhetsskäl.
- Dina risker för allvarliga biverkningar ökar om bensodiazepiner förskrivs när du samtidigt använder alkohol eller illegala droger. För din säkerhet kan din läkare ordinera provtagning i urin/blod.
- För att kunna behandla dig på ett medicinsk säkert sätt bör din läkare ha tillgång till Läkemedelsförteckningen som visar på uthämtade läkemedel 15 månader bakåt i tiden

Om du vill trappa ut din långtidsbehandling

Vad händer på kort sikt om du trappar ner?

- Alla får inte abstinenssymtom.
- Abstinenssymtom kan dock finnas under ganska lång tid och därför behöver nedtrappning ofta vara långsam.
- Följande kan förekomma: Hjärtklappning, svettning, handskakningar, sömnstörning, illamående eller kräkningar, övergående hallucinationer/illusioner, rastlöshet, ångest, krampanfall

Vad händer på längre sikt om du lyckas trappa ner?

- *I bästa fall:* Du blir piggare, får lättare att koncentrera dig, bättre balans och mindre besvär från mage-tarm.
- *I alla fall:* Mycket talar för att du slipper den ökade risken för trafikolyckor och fallolyckor
- *Det kan hända:* Att du mår ungefär som nu även efter nedtrappning.
- *Bonus:* När kroppen vant sig av med bensodiazepinerna innebär det att du i framtiden, om du skulle få en typ av psykiska besvär som passar för denna behandling, har tillgång till ett mycket effektivt läkemedel att använda korttids/tillfälligt.

Nedtrappningsschema bensodiazepiner

Vecka	Exempel med Oxascand, doser i milligram			Ditt schema för läkemedlet.....			
	Morgon	Middag	Kväll	kl. 8	kl. 12	kl.17	kl. 23
1	25	25	25				
2	20	20	20				
3	20	10	20				
4	20	10	10				
5	10	10	10				
6	10	5	10				
7	10	5	5				
8	5	5	5				
9	5	-	5				
10	5	-	-				
11	0						
12							
13							
14							
15							
16							

Konverteringsguide opioider

Beräkna den ekvivalnetiska dosen enligt konverteringsguiden. Reducera dosen av den nya opioiden till 50–75 % av ekvivalnetisk dos. Gör bytet abrupt utan nedtrappning av den föregående opioiden. Försiktig konvertering bör ske vid högre doser, samt hos äldre patienter.

När byte är aktuellt rekommenderas att behovet av opioidbehandling utvärderas, detta gäller särskilt vid byte från kodein och tramadol till andra opioider.

För de läkemedel som är rena my-agonister (morfin, oxikodon, hydromorfon, fentanyl och buprenorfin) går det bra att konvertera mellan de olika preparaten i tabellen enligt anvisning ovan. Dock gäller försiktighet vid konvertering av de läkemedel som inte är rena my-agonister (tapentadol, kodein och tramadol) p g a risk för opioidöverdosering, i synnerhet hos äldre patienter.

¹ För dessa läkemedel förekommer stora interindividuella skillnader i metaboliseringsgrad, vilket kan påverka konverteringsförhållandet.

Morfin 1 [§]				Kodein ¹ 0,15 [§]	Tramadol ¹ 0,1 [§]	Oxikodon 2 [§]				Hydromorfon 7.5 [§]				Tapentadol 0,4 [§]	Fentanyl 2,4 [§]	Buprenorfin 2,4 [§]
Dygns- dos mg	Extra- dos mg	Dygns- dos mg	Extra- dos mg	Dygns- dos mg	Dygnsdos mg	Dygn- s-dos mg	Extra- dos mg	Dygns- dos mg	Extra- dos mg	Dygns- dos mg	Extra- dos mg	Dygns- dos mg	Extra- dos mg	Dygnsdos mg	Dygns- dos mikrogr/h	Dygns- dos mikrogr/h
po	po	sc/iv	sc/iv	po	po	po	po	sc/iv	sc/iv	po	po	sc/iv	sc/iv	po	transdermalt	transdermalt
10	1*- 2,5			60	100	5	1*									5
20	2,5-5	7-10	1-2	120	200	10	1-2	7	1					50	12	10
40	5-10	15-20	2-5	240	400	20	2-5	15	2	4-8	1,3	2-4	≤1	100	12	20
60	10	20-30	3-5			30	5	20	3	8-12	2,6	4-6	≤1	150	25	30
80	10-15	30-40	5-7			40	5-10	30	5	12-16	2,6	6-8	1	200	25	
100	15	35-50	6-8			50	5-10	35	6	14-20	2,6-3,9	7-10	1-2	250	37	

* Vid låga doser kan mixtur med fördel användas.

§ Konverteringsfaktor för omvandling till morfinekvivalent dos.

Källa: Konverteringsguide för opioider 2015 Region Jönköpings län, modifierad information från Läkemedelsverket 3:2017, samt klinisk erfarenhet.

Konverteringsguide bensodiazepiner

<i>Substans</i>	<i>Ekvivalent dos, mg</i>	<i>Tillslagstid, timmar</i>	<i>Halveringstid, timmar</i>
Alprazolam	1,0	1	12
Diazepam	10,0	1	20-70
Flunitrazepam,	1,0	1	13-19
Klonazepam	0,5-1,0	1-4	20-60
Lorazepam	0,5-1,0	1-2	12
Nitrazepam	5,0	1,5	18-36
Oxazepam	25,0	2	10
Triazolam	0,5	1,7	2-4
Zolpidem	20,0	kort	2-3
Zopiklon	15,0	kort	4-6

Källa: Eriksson, T. Läkemedelsberoende. Smärtstillande, lugnande, sömnmedel. Ett beslutsstöd vid utredning och behandling, sidan 6. <https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-lakemedelsberoende-18-01-03.pdf>