



Klinisk handbok
2012

Läkemedelsberoende

Smärtstillande, lugnande, sömnmedel

Ett beslutsstöd vid utredning och behandling

Tobias Eriksson

Chefsöverläkare

Beroende & Neuropsykiatri



Innehåll

Denna kliniska handbok är tänkt som ett beslutsstöd i bemötande och inledande behandling av läkemedelsberoende patienter, inriktningen är på det medicinska omhändertagandet och de nog så viktiga psykologiska- och omvårdnadsmissiga insatserna nämns mycket kortfattat.

Litteratur för fördjupning hittar du under referenser och min förhoppning är att den här enkla handboken är till hjälp men samtidigt väcker ditt intresse att lära dig mer om detta viktiga område.

Skadligt bruk av lugnande och sömnmedel

Historik, sid 1

Bensodiazepinerna (BDZ) gör entré, sid 2

Verkningsmekanismoch effekter av BDZ, sid 2-3

Bensodiazepinbesläktade preparat, sid 3

Neuropsykologiska effekter av BDZ, sid 3

Preparatöversikt, ekvivalenta doser, sid 4

Indikationer för BDZ och BDZ-besläktade preparat, sid 4

Prevalens av beroende eller missbruk, sid 5

Köns-ålders och geografiska skillnader, sid 5

Diagnosen beroende och skadligt bruk, sid 5-6

Hur många blir beroende vid legal förskrivning, sid 6

Patientrelaterade riskfaktorer för BDZ-beroende, sid 6

Begreppen lågdos- och högdosberoende, sid 6-7

Samsjuklighet, sid 7

Långtidsprognos efter nedtrappning, sid 7

Abstinenssymtom, sid 7-8

Utredning inför nedtrappning, sid 8-9

Medicinsk behandling, sid 9-10

Indikationer för ineliggande vård, behandling utöver nedtrappning

Pregabalin, Lyrica, sid 11

Smärtstillande läkemedel

Inledning, sid 12

Basal smärtlära, sid 13-14

Opioidanalgetika, sid 14

Definition, utredning, blandbruk, principer för nedtrappning, ekvipotenta doser

Abstinensen, vad vill vi undvika, sid 16

Nedtrappningsförslag, sid 16-19

Kodein, Tramadol, Oxikodon, Buprenorfin, Metadon

Läkemedel för lindring av abstinens, sid 20

Nedtrappning av icke narkotikaklassade analgetika, sid 21

Koffein, sid 21

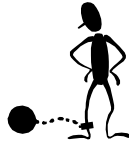
Läkemedelsassocierad kronisk daglig huvudvärk, sid 21-22

När skall jag remittera patienten till beroendemedicin, sid 22

Psykologisk behandling och omvårdnad, sid 22

Referenser, läsa vidare, sid 23

Bilagor; AUDIT, DUDIT (tolkning, sid 23)



Läkemedelsberoende och skadligt bruk av lugnande och sömnedel

Historik

Redan 5000 år f.Kr. användes olika örter för deras lugnande och smärtstillande effekter av Sumererna, vi i Norden gick då fortfarande runt mellan grotterna och slog varann i skallen.

Mald orm användes tidigt i Indien för att lindra mental agitation.

1787 uppfanns den första pillermaskinen och initialt får läkarna tillverka sina egna piller

Mot slutet av 1800-talet startade primitiva apotek och piller såldes över disk som påstods bota alla möjliga och omöjliga mentala tillstånd

Brom, ett grundämne med mycket giftiga egenskaper, förskrevs i pillerform för att ge lugn, tyvärr kunde det emellanåt innebära död, idag används brom som mjukgörare inom industrin och passar betydligt bättre i bilinredningar än som läkemedel.

Det första syntetiska läkemedlet som blev en succé var kloralhydrat, ett lugnande som inte var fullt så giftigt, inom kriminalvården användes detta flitigt som sederande och våra anstalter blev i ett slag betydligt lugnare, hade dock farliga biverkningar och är sedan länge avregistrerat.

I början av 1900-talet kom barbituraterna. Dessa utvecklades av en grupp forskare och fick namn av en av deras fruar, Barbara, sannolikt en mycket lugn person.

Introduktionen skedde 1903 som lugnande och sömngivande, visade sig vara också vara potenta narkosmedel

Verkningsmekanismen handlar om en generellt hämmande effekt på cellers funktioner genom minskad jontransport över cellmembran.

Att de gav beroende stod klart samma år men det dröjde ett halvt sekel innan man tog detta på allvar, och preparatet blev snabbt populärt bland narkomaner.

Ger vid abstinens epileptiska anfall, förvirring, delirium. Preparaten är svärdoserade och oavsiktliga dödsfall inte ovanligt utifrån andningsdepression eller cirkulationschock.

Det finns beskrivet hur "dånande damer dog som flugor", sannolikt mer emotionellt instabila individer som i självskadande syfte tog någon barbiturat.

Läkemedel ; Fenobarbital (Fenemal), Meproamat (Restenil)

Bensodiazepinerna gör entrè

En polsk forskare tar fram en till synes värdelös substans men en biprodukt vid framställningen visade sig ha intressanta egenskaper..

Bensodiazepinerna (förkortas tills vidare BDZ), som hade lugnande och sömngivande egenskaper, utvecklades i snabb takt, preparaten visade sig vara säkra och relativt ogiftiga.

Man konstaterade att "enda sättet att ta livet av ett försöksdjur med Valium var att begrava det i tabletter..."

Librium registreras 1960, Valium 1965.

Läkarna välkomnade dessa "säkra "preparat som förskrevs rikligt, mellan 1965-70 ökade försäljningen i Sverige med 42%. Under 70-talet var Valium det mest sålda läkemedlet i världen.

1971 narkotikaklassades preparaten, 1985 avregistreras majoriteten av barbituraterna då BZD tagit över marknaden helt

klordiazepoxid(Librium), Diazepam(Valium, Stesolid "stay solid"), Oxazepam(Sobril)

Verkningsmekanism och effekter av BDZ

BDZ binder till speciella receptorer som potentierar GABA-signalering i hjärnan. GABA (gammaaminosmörtsyra) är en hämmande signalsubstans i nervsystemet, vårt egentillverkade lugnande medel.

Vi ser en minskad produktion av stimulerande signalsubstanser som noradrenalin, serotonin och acetylkolin som behövs för vakenhet, muskeltonus, koordination, minne och exekutiva funktioner.

Det finns också receptorer för BDZ perifert i kroppen som i tjocktarm, muskler mm. Funktionen här är oklar men forskning pågår och sannolikt genereras en del av de utsättningssymtom som beskrivs vid abstinens från perifer vävnad.

Effekten av preparaten blir;

- ✓ Ångestlindrande (amygdala)
- ✓ Lugnande (locus coeruleus)
- ✓ Muskelrelaxerande (ryggmärgsnivå)
- ✓ Kramplösande (generellt CNS)

Preparaten skiljer sig en del åt var de påverkar mest, Stesolid tycks ha en förkärlek för ryggmärgen och är också mer muskelrelaxerande än andra BDZ.

Det finns också individuella skillnader mellan personer avseende effekt och upplevda biverkningar.

Det som ses med BDZ är att de preparat som har en förmåga till snabb koncentrationsstegring i kroppen, självklart även dosberoende, kan ge en paradoxal stimulerande effekt med eufori, eller agitation under stegringsfas. Detta fenomen har setts inte minst med Flunitrazepam (Rohypnol) som använts flitigt bland kriminella och våldsverkare. En blandning av Rohypnol och alkohol förstärker denna paradoxala effekt och kallas i missbrukskretsar för "turbo".

Bensodiazepinbesläktade preparat

- Zolpidem (Stilnoct)
- Zopiklon (Imovane)
- Zaleplon (Sonata)

Dessa preparat introduceras på marknaden på 1990-talet.

Lanseras som sömnmedel utan risk för beroende och får initialt skrivas på vanliga recept.

Verkningsmekanismen är väsentligen lika som för BDZ och ganska snart står det klart att dessa också kan ge beroende varför det är narkotikarecept som gäller idag. Läkemedlet används inte sällan dagtid som en del av ett blandberoende och som hjälp vid avtändning av centralstimulantia eller opiater.

Beskrivs som partiellt korstoleranta med BDZ vilket kan utnyttjas vid avgiftning där det många gånger är lämpligare att byta ut till ett mer långverkande BDZ inför nedtrappning, se schema för ekvivalenta doser.

Neuropsykologiska effekter av Bensodiazepiner

- Exekutiva funktioner, planering påverkas negativt
- Svårt för förändringar, rigiditet
- Uppmärksamhet och motorisk uthållighet nedsättes

Kognitiva svårigheter påminner mycket om skador man förvärvar efter längre tids alkoholbruk, man ser dock inga strukturella skador och tillstånden uppfattas vara reversibla.

Svårigheterna uppträder redan efter relativt kort tids behandling med terapeutiska doser och utgör ett gott skäl till att ompröva medicineringen vid det vi beskriver som lågdosberoende.

BDZ skall inte utgöra ett förstahandsval vid medicinsk behandling av ångest utan endast utgöra komplement till mer moderna antidepressiva under de första veckornas behandling för att kupera den ökade ångest som relativt ofta kan ses vid insättning av SSRI och SNRI.

Preparatöversikt, ekvivalenta doser

Nedanstående tabell är till hjälp när du skall räkna om doser mellan olika preparat inför nedtrappning och utformande av scheman.

Preparat	Tillslagstid, tim	Halverings-tid	Ekvivalent dos
Klonazepam, Iktorivil	1-4	lång	0,25
Triazolam, Halcion	1,7	kort	0,25
Alprazolam, Xanor	1	kort	0,5
Flunitrazepam, Fluscand	1	kort	0,5
Lorazepam, Temesta	1-2	kort	1,0
Nitrazepam, Mogadon	1,5	kort	2,5
Diazepam, Stesolid	1	lång	5,0
Oxazepam, Sobril	2	kort	15,0

BDZ-besläktade preparat;

Zopiklon 7,5 mg eller Stilnoct 5 mg motsvarar ungefär 5 mg Diazepam

Indikationer för BDZ och BDZ-besläktade preparat

Det är tyvärr inte så enkelt att man kan avregistrera preparaten utifrån deras risk för missbruk och beroende, för en hel del patienter är de under perioder nödvändiga och livräddande och någon beroendutveckling ses ej emedan det för andra snabbt kan kompliceras med felaktigt bruk och beroende.

Om BDZ anses indicerat skall behandlingstiden vara så kort som möjligt.

✓ Ångestsyndrom

Omfattande och god dokumentation vid flertalet ångestsyndrom

Kommer vara kvar som komplement till antidepressiva och psykologiska behandlingsmetoder. Saknar biverkningar som sömnstörning och sexuell dysfunktion

✓ Depressionsbehandling

BDZ saknar antidepressiv effekt i sig själva men är många gånger ett nödvändigt komplement till antidepressiva under de första veckorna av behandling

✓ Abstinensbehandling

Förstahandsval vid behandling av alkoholabstinens

✓ Sömn

Kortvarig eller intermitterande behandling

✓ Spasticitet, epileptiska kramper

Används vid cerebral pares med spasticitet, akut och förebyggande behandling vid epilepsi.

Prevalens, förekomst, av beroende eller missbruk av BDZ och besläktade preparat

Missbruksutredningen konstaterar att det saknas exakta prevalensdata avseende missbruk och beroende av lugnande och sömnmedel.

Folkhälsoinstitutet genomförde en befolkningsstudie där 1,1% eller 65000 individer i åldrarna 16-64 år angav problem som kan relateras till beroende eller skadligt bruk. I ett genomsnittligt län eller landsting handlar det om 450-550 unika individer som på något sätt under ett år vårdas under diagnos beroende eller skadligt bruk av läkemedel, här inkluderas även smärtstillande som opiater.

Missbruksutredningen konstaterar att de flesta landstingen saknar vårdprogram för denna grupp, mer forskning behövs och det finns ett angeläget behov av nationella riktlinjer.

Varken SBU-rapporten från 2001 eller Nationella riktlinjerna från 2007 avhandlar detta ämne.

Köns- ålders- och geografiska skillnader i Förskrivning

Fler recept till fertila kvinnor jfr män i samma ålder. Förskrivning ökar med åldern för både män och kvinnor.

En finsk forskare har lanserat två hypoteser för att förklara könsskillnaderna i förskrivning.

"Kvinnor pratar mer"-hypotesen, där kvinnor är bättre än män att verbalt uttrycka och beskriva sin psykiska ohälsa vilket resulterar i ett recept.

"Substitutionshypotesen", män dränker i högre utsträckning än kvinnor sin oro och sorg i alkohol.

På TUB-enheten i Stockholm utgör kvinnliga patienter 2/3.

Kvinnor är sjukare än män men överlever männen, den sk könsparadoxen.

Upprepade genomgångar av läkemedelsstatistik visar geografiska skillnader med högst förskrivning i sydväst, Valiumkusten, och minskande ju längre åt nordost man kommer.

Norrlandslänen ligger generellt lågt i förskrivning, men vi ser högre alkoholkonsumtion i dessa områden. Det är också färre kvinnor i Norrland och sannolikt svårare att erhålla läkarkontakt.

I Stockholm sker förskrivningen främst av psykiatriker emedan i Malmö-Göteborgsregionen sker förskrivningen framför allt från husläkare.

Diagnosen Beroende och skadligt bruk

Här vill jag påminna om kriterierna för beroende eller skadligt bruk, begreppet missbruk som ersätter skadligt bruk i DSM IV är ett vagare begrepp, se kapitlet *grundkurs i beroendelära*

För **Beroendediagnos** (F 13.2)krävs Enligt ICD-10 att minst tre av nedanstående sex kriterier uppfylls under en tolv månadersperiod;

- ◆ Personen upplever ett starkt sug eller tvång att ta drogen
- ◆ Kontrollförlust avseende mängd, varaktighet och tidpunkt
- ◆ Abstinensbesvär och återställarbehov
- ◆ Toleransökning
- ◆ Ett alltmer drogcentrerat liv där viktiga sociala aktiviteter ges upp, avsevärd tid går åt för att skaffa, inta eller hämta sig från effekten av intagen drog
- ◆ Fortsatt användning trots medvetenhet om negativa fysiska och psykiska följder av bruket

För diagnosen **Skadligt bruk** (F 13.1) krävs att ;

- ◆ personen fortsätter använda drogen trots negativa fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser

Hur många blir beroende vid legal förskrivning ?

- ◆ Svårt att förutspå vem som skall bli beroende
- ◆ En stor grupp har nytta av behandling och utvecklar inte beroende
- ◆ En svensk studie följde 561 BDZ-patienter; 42 % blev långtidsanvändare och 10% använde fortfarande BDZ efter 10 år.
- ◆ Risken för beroendeutveckling ökar med dos och varaktigheten
- ◆ Beroendeutveckling har setts efter behandling som överstiger 4 veckor.
- ◆ Intermittent behandling minskar risken för beroendeutveckling
- ◆ Det finns kända patientrelaterade riskfaktorer

Patientrelaterade riskfaktorer för BDZ-beroende

- ◆ Patienter med annat beroende eller missbruk
- ◆ Patienter med ärftlig belastning för beroende
- ◆ Patienter med personlighetsstörningar av framförallt emotionellt instabil eller antisocial typ.
- ◆ Patienter som behandlas för depression eller ångestsyndrom utan adekvat antidepressiv behandling med läkemedel och/eller psykologiska insatser

Begreppen lågdos- och högdosberoende

Lågdosberoende

- ◆ Patienter erhåller abstinenssymtom vid utsättande av låga till normala terapeutiska doser
- ◆ Kan ses hos 15-50% av behandlade patienter och kan uppträda redan efter en månads regelbundet bruk
- ◆ Abstinensen kan misstolkas som recidiv av de sjukdomssymtom man initialt ville behandla och leder till återinsättning/fortsättning av medicineringen. Det finns både en fysisk- och en psykisk komponent i beroendeutvecklingen

Högdosberoende

- ◆ Beroende av doser över terapeutisk nivå

Det är viktigt att inte misstolka psykopatologi som fanns redan innan BDZ förskrevs som abstinenssymtom eller permanenta skador av behandlingen. Samsjukligheten är betydande och ställer höga krav på uppföljningen och diagnostik efter nedtrappningsfas.

Även de forskare som är kritiska till lågdosbegreppet uppfattar det ändå som rimligt att ompröva medicineringen utifrån att BDZ även i terapeutiska doser kan ge kognitiva problem.

Samsjuklighet

I en grupp alkoholberoende patienter (n 153) fann man att 15% samtidigt var beroende av BDZ.

Bland friska kontroller var motsvarande siffra 1%

Vid TUB-enheten i Stockholm fann man vid ett projekt att 38% av patienterna som sökte vård för läkemedelsberoende även hade en psykiatrisk diagnos.

En finsk studie ger vid handen att nästan alla deltagare i en studie för nedtrappning av BDZ hade en pågående eller tidigare axel I problematik. 64% uppfyllde kriterierna för någon personlighetsstörning och borderlineproblematik innebar särskilt dålig följsamhet

Långtidsprognos efter nedtrappning

Det finns få långtidsuppföljningar av patienter med läkemedelsberoende. 1984 följdes 50 patienter upp under sex år efter avslutad nedtrappning av Allgulander med medarbetare. 80% hade återfallit i beroende, social nedgång var påtaglig och dödligheten hög, där 12% hade avlidit, majoriteten i suicid.

Mer upplyftande resultat anges av Britt Vikander från TUB-enheten i modern tid där omvårdnad, terapi och långsam nedtrappning gör att drygt 80% av patienterna klarar av nedtrappning och frekvensen återfall efter fem år är mindre än 20%.

Det är uppenbart att ett tydligt vårdprogram med långsam nedtrappning förbättrar möjligheterna för patienterna vad gäller både livskvalitet och överlevnad.

Abstinenssymtom vid BDZ-utsättning

- ◆ Ökad hjärtfrekvens, blodtryck eller kroppstemperatur
- ◆ Ökad handtremor

- ◆ Sömnsvårigheter - Vanligt förekommande och mest uttalade första 4-6 veckorna och kan kvarstå under tre månader
- ◆ Ångest
- ◆ Illamående/kräkning
- ◆ Psykomotorisk oro
- ◆ Perceptionsstörningar – Kan variera från att man upplever ljud, ljus, smak och lukt annorlunda och besvärande till illusioner eller regelrätta hallucinationer. Brinnande, rinnande känsla i huden.
- ◆ Delirium - Som ovan med tillägget att förvirring eller bristande verklighetsprovning dyker upp. I regel relaterat till illegala höga doser, uppträder efter några dagar upp till en vecka efter utsatt preparat
- ◆ Epileptiska krampanfall - Ses vid snabb utsättning, ofta förknippat med delirium och blandbruk med alkohol. Potentiellt livshotande tillstånd där svåra seriekramper kan uppträda

Upplevelsen av abstinens beror av många faktorer;

- ◆ Vilken typ av preparat som brukats och hur länge
- ◆ Samsjuklighet
- ◆ Upplevelsen av stöd hemma
- ◆ Stöd från behandlingsprogram vad gäller psykologiska, medicinska och omvårdnadsaspekter

Långvariga symtom, den protraherade abstinensen, är svårvärderad då annan psykisk ohälsa kan ge identiska symtom. Motiverar till uppföljning under ett år efter avslutad nedtrappning.

Det som fortfarande kan ses efter 6 månader är lättirritabilitet, muskelspänningar och ambivalens.

Utredning inför nedtrappning av BDZ eller BDZ-besläktade preparat (utredningen inför nedtrappning av opioider är i princip densamma, se sid 15)

Patientens beredskap och motivation till förändring måste utvärderas och ställ den fråga som i regel alltid skall ställas inför behandlingsinsatser avseende beroende eller skadligt bruk, - varför vill du lägga ner bruket just nu ?

Förhör dig också om patientens förväntningar och oro inför nedtrappningen.

Vid utredningen bör du besvara nedanstående tio frågeställningar;

- ◆ Man måste kartlägga förutsättningarna hos patienten
- ◆ Vilka tidigare behandlingsförsök finns hos patienten
- ◆ Vilket eller vilka preparat har brukats och under hur lång tid
- ◆ Vilka doser har brukats, finns flera förskrivare
- ◆ Patientens personlighet och livssituation
- ◆ Finns misstanke om samsjuklighet
- ◆ Tas andra psykofarmaka, smärtstillande
- ◆ Andra droger eller riskbruk av alkohol
- ◆ Tidigare komplikationer, epilepsi eller delirium, vid nedtrappning eller abstinens
- ◆ Somatisk ohälsa

Gå sedan vidare med nedanstående åtgärder;

- ◆ Gör tydligt för inremitterande och patient att patienten återgår till remissinstans om behandlingen avbryts
- ◆ Somatisk undersökning
- ◆ Blodstatus, leverstatus, Fosfatidyletanol, U-screen
- ◆ Psykiatrisk bedömning med MINI som utgångspunkt men med reservation för att medicineringen grumlar bilden, det finns ett värde i att avvakta någon vecka med MINI om tillståndet tillåter för att få en mer rättvisande bild i mer stabil klinisk situation. MINI formulär hittar du på Navet (UAS Hemsida).
- ◆ AUDIT, DUDIT (bilaga 1,2)
Hur du skall tolka AUDIT återfinns du på sidan 23
Manual för DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) finns på sidan 23.

Som sista steg i utredningen är det lämpligt att du besvarar dessa tre frågor ;

- ◆ Tillåter patientens tillstånd poliklinisk nedtrappning ?
- ◆ Behövs diskussion med vårdgrannar eller socialtjänst ?
- ◆ Vad skall ske om patientens uppvisar dålig följsamhet ?

Upprätta avslutningsvis en vårdplan och initiera e-dos konto för att se eventuell sidoföreskrivning, det är viktigt att patienten förses med ett eget ex av signerad vårdplan.

Medicinsk behandling, nedtrappning av BDZ och BDZ-besläktade preparat

Om patienten brukat smärtstillande nedtrappas dessa innan man ger sig på BDZ eller BDZ-besläktade preparat, se kapitlet om *smärtstillande, nedtrappning*

- ◆ Om patienten brukat långverkande preparat kan dessa behållas och användas vid nedtrappningen.
- ◆ Om patienten brukat kortverkande preparat kan dessa bytas till diazepam i ekvivalent dos innan nedtrappning påbörjas.
- ◆ En del patienter uttrycker stor oro för att byta preparat, då är det lämpligt att i stället fördela det preparat de känner sig trygga med jämnt över dagen för att undvika fluktuationer i koncentration.
- ◆ En fördel med oxazepam är att det saknar aktiva metaboliter och har en halveringstid som gör det lättstyrkt.
- ◆ Om patienten brukat en kombination av BZD skall den med kortast halveringstid nedtrappas först
- ◆ Det kan dock finnas ett värde att sömnläkemedel lämnas orörda under första delen av nedtrappningen.
- ◆ Motivera patienten till att fördela läkemedel över dagen för att undvika att vakna oroliga och abstinenta, många tenderar annars att ta större delen av dosen på morgonen.

- ◆ Nedtrappning av höga FASS-doser kan ske med 10-20% per tvåveckorsperiod, en Stesoliddos på 15 mg trappas på det viset ut på ca 11 veckor
- ◆ Nedtrappning av doser som vida överstiger terapeutiska doser bör man byta till långverkande preparat och med fördel halvera dosen omgående.
- ◆ Dessa patienter är slutenvårdsfall och drogscreen får utvisa om opioider finns med i bilden innan medicinering påbörjas. Om startdosen är för hög märks detta efter enstaka doser med stor sedation och ataxi, likaså om vi doserat i underkant blir vi snart varse det med uppträdande av abstinenssymtom.
- ◆ Om patienten använt opioider skall man vara mer försiktig och uppmärksam på sedering. Den abstinens som skall behandlas är dock den för bensodiazepinerna då den kan vara potentiellt farlig till skillnad mot opiatabstinensen som är mer obehaglig än farlig.
- ◆ Krampprofylax med Karbamazepin skall ges endast om epileptiska kramper finns i anamnesen.
- ◆ Antabus skall ges efter sedvanlig provtagning om riskkonsumtion av alkohol noteras vid utredning.
- ◆ Medicindelningen sker initialt 2-7 dagar per vecka, efter stabilisering kan denna glesas ut.

Nedtrappningstakten kan hos en del patienter behöva vara lägre än 10-20% på en tvåveckorsperiod, ibland finns det också ett värde i att stanna upp på en nivå under en månad men aldrig backa tillbaks och höja dosen.

Patienter som fastnat i ett bruk av Zopiklon eller Zolpidem kan med fördel skiftas över till långverkande preparat som Diazepam, se tabell sid x. Detta bör alltid göras om patienten använt preparaten som dagsedativum.

- ◆ En patient som använder 6 tabletter Zopiklon (Imovane) á 7,5 mg per dag kan skiftas över till den ekvivalenta dosen 30mg Diazepam och nedtrappas med denna.
- ◆ En patient som använt en mer terapeutisk dos om 15 mg Zopiklon till natten kan under tre veckor gradvis skiftas över till 10 mg Diazepam till natten och sedan trappas ned med 2 mg per vecka till utsättning.
- ◆ Zolpidem (Stilnoct) kan också bytas ut på samma sätt.

Indikationer för inneliggande vård

Majoriteten av patienterna som behöver hjälp med nedtrappning kan göra detta i öppenvård, men nedan listar jag skäl till att överväga slutenvård initialt ;

- ◆ Komplikationer som delirium vid tidigare nedtrappningar
- ◆ Samtidig psykiatrisk diagnos som svårt ångestsyndrom eller nedstämdhet
- ◆ Suicidrisk
- ◆ Graviditet
- ◆ Blandberoende

- ◆ Behov av samordning med socialtjänst för längre nedtrappning på institution
- ◆ Bruk av höga doser

Behandling utöver nedtrappning

- ◆ Samtal av kognitiv beteendeterapeutisk karaktär och psykoedukation om abstinenssymtomen är viktiga delar i behandlingen
- ◆ Samtal kan ske enskilt och/eller i grupp
- ◆ Akupunktur, NADA (forskning)
- ◆ Uppmärksamma och hantera demaskerad samsjuklighet
- ◆ En personlig behandlare som följer patienten under ca ett år
- ◆ Tillgänglighet ger trygghet och bättre följsamhet
- ◆ Många patienter har en besvärlig psykosocial situation

Utifrån ovanstående bör ett team som arbetar med patientgruppen bestå av läkare, psykolog, sjuksköterska och kurator.

Skötarens roll blir att vara kontaktman eller personlig behandlare i team med en sköterska

Pregabalin, Lyrica

En GABA-analog med indikationerna perifer- och central neuropatisk smärta, tilläggsbehandling vid fokal epilepsi samt GAD (generaliserat ångestsyndrom).

- ◆ Uppmärksammat preparat utifrån misstankar om missbruk eller beroendutveckling
- ◆ Patienter kan uppleva eufori vid intermittent intag av högre dos
- ◆ Kriminalvården signalerade tidigt om att preparatet efterfrågades av klienterna
- ◆ I Sverige kan noteras 13 rapporter fram till mars 2010 om beroende, missbruk eller abstinensbesvär efter behandling med Lyrica
- ◆ Läkemedelsverket följer rapporteringen för att se om behov uppstår att narkotikaklassa substansen
- ◆ Nedtrappning görs säkert under 7-10 dagar

En rimlig rekommendation är att inte använda Lyrica som förstahandsval vid generaliserad ångest och vara uppmärksam på skadligt bruk och rapportera sådan misstankar till Läkemedelsverket.



Smärtstillande läkemedel

Inledning

I detta kapitel avhandlar vi omhändertagande och nedtrappning hos patienter med ett beroende eller skadligt bruk av smärtstillande preparat.

Här kan det handla om en medicinering som initialt ordinerats av läkare men sedan gått över styr vad gäller dosering utifrån tolerans och där det smärttillstånd som skulle behandlas passerat eller inte längre svarar på given behandling.

Det kan självklart handla om ett bruk av smärtstillande preparat som man köpt illegalt och där man inte har för avsikt att behandla smärta utan får betraktas som ett narkotikabruk.

Vidare kan det handla om ett svårt kvarstående smärttillstånd där toleransutveckling och val av smärtstillande gjort att patienten hamnat i ett beroende, dessa patienter skall tas om hand av specialiserade smärtenheter och kan bli aktuella för justering av smärtstillande till mer ändamålsenliga och långverkande preparat snarare än nedtrappning och utsättning. Metadon och i viss mån Buprenorfin används idag på denna indikation. Denna handläggning faller dock utanför ramen för denna kliniska handbok och vi hänvisar till smärtklinikers vårdprogram avseende detta då dessa patienter självklart skall bli föremål för en adekvat smärtutredning innan eventuell nedtrappning på beroendeenhet blir aktuell.

Remiss till smärtklinik skall författas av patientens husläkare i förekommande fall eller av den läkare som idag står för förskrivning av smärtstillande läkemedel.

För att denna handbok inte skall bli alltför ofullständig avhandlas basal smärtlära i kapitlet nedan.

Basal Smärtlära

Smärta är i högsta grad en subjektiv upplevelse som kan vara svår utan att man påvisa någon skada i vävnaden med objektiva undersökningsmetoder, således är det inte rimligt att ifrågasätta patientens beskrivning då man riskerar att kränka och sätta personen i ett ännu sämre läge än innan konsultationen.

Smärta är ett av de vanligaste symtomen som får oss att söka sjukvård, den akuta smärtan är ofta lätt att diagnostisera och avhjälpa emedan den kroniska smärtan utgör en större utmaning både vid utredning och behandling då den ofta har både fysiska- och psykiska komponenter ytterligare grumlat av en diger medicinlista.

Smärtan vi uppfattar kan genereras på olika sätt;

- Nociceptiv smärta är resultatet av en vävnadsskada där receptorer i den skadade vävnaden, nociceptorer, signalerar smärta till centrala nervsystemet, CNS. Exempel på skada är armbrott, inflammation eller sårskada.
- Neuropatisk smärta är resultat av skada på den sensoriska nerven där skadan i sig ger upphov till signalering som uppfattas som smärta. Nervskadan kan vara orsakad av ett trauma, infektion eller toxisk. Vidare kan skadan vara perifer eller central. Exempel på perifer skada är karpaltunnelsyndrom och ett exempel på central skada kan vara stroke.
- Psykogen smärta är en smärtupplevelse utifrån psykiskt illabefinnande som ångest, nedstämdhet eller en komponent av återupplevande i posttraumatisk stress.
- Idiopatisk smärta är en smärta där man inte kunnat identifiera tydliga fysiska eller psykiska orsaker till upplevelsen.

Ett smärttillstånd är ofta en process i förändring och inte ett statiskt tillstånd utifrån nedanstående mekanismer;

- Perifer sensitisering, vilket innebär att vissa ämnen frisätts i skadeområdet med inflammation och ökad känslighet hos smärtreceptorer som följd.
- Central sensitisering, vilket innebär att upprepade smärtstimuli kommer leda till ökad känslighet i ryggmärgens bakhorn och utvidgning av signaleringen till omkringliggande smärtneuron i ryggmärgen. Detta leder till det s k wind-up-fenomenet, dvs att smärtupplevelsen sprids till området omkring den skadade vävnaden. I tidigt skede är detta fenomen i regel reversibelt men om detta fortgår tenderar det att bli permanent varför det är angeläget att komma tillrätta med smärtbehandling så snart efter skadan som möjligt.
- Endogen smärthämning, vilket innebär att vi i samband med akut smärta frisätter endorfiner som kraftigt hämmar smärtstimuleringen via nedåtgående bansystem. Serotonin och noradrenalin är också aktiva i regleringen i dessa bansystem vilket utgör en förklaring till varför antidepressiva läkemedel kan ha effekt vid smärta. Vi kan också via annan yttre stimulering, till exempel TENS, eller transkutan elektrisk nervstimulering, hämma smärtöverföringen i ryggmärgen vilket vi

utnyttjar bland annat inom förlossningsvård. Ett enklare exempel är när du som barn tryckte med handen på ett skrubbsår och upplevde smärtlindring, känslan av tryck konkurrerar således ut smärtan till viss del.

Med ovanstående basal smärtlära som bakgrund blir det lättare att förstå behandlingsprinciperna för smärtstillande läkemedel;

- Läkemedel som hämmar bildningen av substanser som aktiverar nociceptorer. Hit räknas cyklooxygenashämmare som NSAID, COX-hämmare och paracetamol. Dessa substanser är inte fysiskt beroendeframkallande men en komponent av psykiskt beroende kan ses. I höga doser kan kroppen ta skada, väl känd är paracetamols leverskadande effekt och NSAID-utlösta magsår. Analgetikautlöst huvudvärk avhandlas under separat rubrik.
- Läkemedel som antiepileptika har effekt på neuropatisk smärta genom att reducera patologisk impulsbildning vid nervskada. Dessa substanser är i regel inte beroendeframkallande.
- Läkemedel som är återupptagshämmare av serotonin- och noradrenalin förstärker endogen smärthämning. Här hittar vi gamla tricykliska antidepressiva som amitriptylin och klomipramin och modernare SNRI-preparat som duloxetin och venlafaxin. Dessa läkemedel är icke-beroendeframkallande och kan dessutom behandla en samtidig depression.
- Centralt smärthämmande läkemedel som binder till speciella opioidreceptorer. Hit räknas opioidanalgetika vars beroendeframkallande potential är mycket väl dokumenterad.

Kapitlet om basal smärtlära är inte på något vis fullständigt och jag hoppas du lockas till fortsatt läsning om smärtbehandling via Läkemedelsboken eller mer specialiserad litteratur, vi går nu vidare med huvudsyftet med denna handbok nämligen utsättning av olika smärtpreparat pga beroendeutveckling.

Opioidanalgetika

Låt oss först definiera begreppen opiater respektive opioider. Morfin och kodein som utvinns ur naturen eller närmare bestämt vallmo kallas opiater emedan alla ämnen som kan binda till opiatreceptorer kallas opioider. Således är de syntetiskt framställda substanserna endast opioider emedan morfin och kodein är både opiater och opioider, glasklart eller hur.

Opium där morfin ingår har odlats och använts som berusningsmedel och medicin under drygt 7000 år, urläkaren Hippokrates behandlade smärta, diarré och oro med opium redan på 400-talet f.Kr så vi talar om en substans med anor.

Det är dock först i början på 1800-talet som en tysk apotekare lyckas renframställa morfin ur opium och därmed etablera denna som en modern medicinsk behandling mot smärta.

Biverkningar som tolerans, beroende och andningsdepression ledde fram till utvecklingen av semi-syntetiska opiater som petidin, metadon och fentanyl och senare helt syntetiska produkter som buprenorfin och tramadol.

Helt klart idag är att alla dessa preparat kan leda till beroendutveckling men samtidigt är viktiga läkemedel inom vården då de erbjuder effektiv smärtlindring.

Utredning inför nedtrappning av opioider (se sid 8)

Utredningen inför nedtrappning är i princip som den för bensodiazepiner som avhandlas i detalj på sidan 8 med skillnaden att vi här kan ha en komponent av smärta som måste följas upp av primärvård och/eller smärtenhet under eller mot slutet av nedtrappningen.

Det skall således göras en kartläggning, diagnostik och tydlig vårdplan för att minimera risken för missförstånd och oklarheter.

Utöver nedtrappning av medicinen är det psykologiska omhändertagandet och omvårdnaden av stor vikt. Varje patient skall ha en fast vårdkontakt i form av utsedd sjuksköterska på mottagningen.

Om patienten använder både lugnande och smärtstillande ?

Om patienten samtidigt använder smärtstillande, sömnmedel och bensodiazepiner rekommenderas att man först börjar nedtrappningen av opioider då denna utsättning går snabbare, dock kan patienten uttrycka en egen åsikt om i vilken ordning nedtrappningen skall ske och man bör ta hänsyn till detta, sista preparatet att ta bort brukar på denna klinik vara insomningspreparatet.

Utifrån kombination av lugnande och smärtstillande måste man beakta interaktionen med risk för kraftig sedering eller andningsdepression varför patienter med ett blandbruk ofta blir föremål för observation i slutenvård initialt.

Vidare gäller att patienter som uppfattas ha en hög konsumtion alkohol skall sättas in på Antabus efter sedvanliga prover och om inga kontraindikationer föreligger, det finns annars en uppenbar risk att "självmedicinering" med alkohol försvårar behandlingen.

Principer och förslag på nedtrappning av opioider

Patienten får beskriva sitt konsumtionsmönster av preparaten utifrån tider och fördelning över dygnet. Ett första steg blir att fördela dosen jämnt över dagen från kl 07.00 till 22.00 för att uppnå en jämn nivå i kroppen och undvika fluktuationer med abstinens och oro som följd. Många patienter har tagit merparten av dosen på morgonen tidigare och vaknar således abstinenta och måste medicinera "i kapp" och instabilt mående är ett faktum.

Ekvipotenta doser, byte av preparat.

Att tala om ekvivalenta doser mellan preparat är mycket svårare för opioider jämfört med bensodiazepiner, det finns en stor individuell skillnad och således blir jämförelsen en grov uppskattning. Så långt det är möjligt skall man trappa ut på det preparat patienten använt men vissa kombinationspreparat som Citodon (innehåller kodein och paracetamol) gör det nödvändigt att byta för att undvika allt för hög dos av ämnet som opioiden kombinerats med.

Övergång mellan parenteral och peroral opioid skall ske i slutenvård då man behöver ge något högre per oral dos för att undvika kraftig abstinensutveckling, 10 mg morfin parenteralt (injektion) motsvarar drygt 20 mg peroralt men med stor spridning från 15 mg upp till drygt 40 mg. Konsultera FASS eller smärtläkare vid osäkerhet.

Abstinensen, vad vill vi undvika

Opioidabstinensen är i regel ofarlig till skillnad mot den för alkohol eller bensodiazepiner som kan bli fatal pga generaliserat epileptiskt anfall eller delirium. Det farliga med opioidabstinensen är att den är så obehaglig att man riskerar att återfalla igen och igen. Genom att successivt sänka dosen över tid klarar patienten att stå ut och bli mottaglig för andra psykologiska insatser som återfallsprevention och börja hantera mer vardagliga problem.

Vanliga symtom på abstinens är;

- ◆ Muskelvärk, tandvärk, svettningar och frysningar
- ◆ Rastlöshet, oro, krypningar
- ◆ Nedstämdhet, instabila affekter, sömnstörning
- ◆ Diarréer, stora pupiller ("svart i ögonen")
- ◆ Koncentrationssvårigheter, sug efter opioider

Det mesta av obehaget klingar av efter en dryg vecka och med hjälp av mediciner kan symtomen lindras, dock brukar man tala om en förlängd (protraherad) abstinens med symtom som nedstämdhet, apati och låg stresströskel under en halvår efter avslutad abstinensbehandling. Således är det viktigt med psykologiskt stöd lång tid efter att läkemedelsnedtrappningen är avslutad.

Nedtrappning av kodeininnehållande läkemedel

Citodon, Treo Komp

Gå igenom ett nedtrappningsschema med patienten om kom överens om en rimlig tidsplan. Vid mycket höga doser kan man in regel halvera dosen initialt och ineliggande, vi fördelar dosen över dagen och ger patienten en känsla av kontroll över sin medicinering. Låt patienten stabiliseras 7-10 dagar innan fortsatt nedtrappning sker.

En lämplig nedtrappning är att reducera dosen med en till två tabletter per vecka vilket motsvarar 30-60 mg kodein.

Då en tablett Citodon innehåller 30 mg kodein och 500 mg paracetamol är det viktigt att doser över 8 tabletter per dygn ersätts med ett rent kodeinpreparat då vi annars belastar kroppen med för mycket paracetamol (Alvedon) med risk för leverskada.

Då en tablett Treo-Komp innehåller 30 mg kodein men också koffein och acetylsalicylsyra är det lämpligt att doser över 8 tabletter per dygn också här ersätts med ett rent kodeinpreparat. Acetylsalicylsyra kan ge blödningsbenägenhet och syrabas rubbningar i höga doser.

Kodein finns som rent preparat i form av 25 mg tabletter.

Ett nedtrappningsschema kan förslagsvis se ut så här ;

Patienten har använt 14 tabletter Citodon där vi delvis byter ut till Kodein för att undvika allt för mycket paracetamol. Detta kan ses som ett grundschema där man kan byta ut till Treo-Komp om det är vad patienten använt.

Man kan öka takten något om patienten tolererar det så att schemat är slut på fem veckor. Varför vi inte byter ut till Kodein helt och hållet handlar om att patienten ofta känner sig trygg med det preparat man tidigare använt.

Kom ihåg att Kodeintabletten innehåller 25 mg och Citodon resp Treo-Komp 30 mg.

Vecka . Prep	08.00	12.00	16.00	20.00
1.Citodon	2	2	2	2
Kodein 25 mg	2	1	2	1
2.Citodon	2	2	2	2
Kodein 25 mg	1	1	1	1
3.Citodon	2	2	2	2
Kodein 25 mg	1	1	0	0
4.Citodon	2	2	2	2
Kodein 25 mg	0	0	0	0
5.Citodon	2	1	2	1
Kodein 25 mg	0	0	0	0
6.Citodon	1	1	1	1
7.Citodon	1	0	1	0
8.Citodon	0	0	0	0

Att göra en total utsättning vid dosen 2 tabletter per dygn försvaras av att utdragna låga doser ger längre utsättningssymtom.

Nedtrappning av Tramadol

Tramadol, Nobligan, Tiparol, Opidol, Gemadol

Tramadol är ett centralt verkande analgetika med en komplex effekt på kroppen i det att preparatet är både en opioid och serotoninåterupptagshämmare i samma preparat. Förskrivningen har varit frekvent genom åren då den erbjuder en säkrare behandling än tidigare dextropropoxifen utifrån mindre risk för andningsdepression i minst i kombination med andra sederande läkemedel eller alkohol.

Tramadol narkotikaklassas redan 2007 men med undantag för vissa beredningar med lägre dos vilka då utan risk för påföljd har kunnat köpas via internet, i mars 2012 har dock preparatet oavsett beredning narkotikaklassats och "privatimporten" i princip upphört.

Utifrån dess komplexa egenskaper innebär utsättning både abstinens från opioiden men också utsättningssymtom som kan beskrivas som serotonerga med oro, ångest, överklighetskänslor, panikattacker, illusioner och parestesier.

Många patienter har upplevt de serotonerga utsättningssymtomen så svåra att de anger dessa som huvudsaklig orsak till att fortsätta medicinera trots att smärtan sedan en tid är förbi.

Tramadol har en krampröskelsänkande effekt vilket kan ge patienten epileptiska anfall vid doser strax över maxdos i FASS, anfall har också kunnat ses vid alltför snabb utsättning. Således har vi som vårdgivare en svår uppgift att lotsa patienten genom nedtrappningen som ofta måste inledas i slutenvård för att tillåta adekvat observation. I slutenvård kan snabbare nedtrappning göras än i öppenvård, vidare är det rimligt att slutföra abstinensbehandlingen i öppenvård om patientens tillstånd tillåter detta.

Normaldos för behandling av smärta är Tramadol 50 mg 1x3 upp till 4x2, det vill säga en maxdos på 400 mg per dygn. Preparatet finns dessutom som depotberedning med längre halveringstid.

Patienter erhåller aldrig högre dos än 800 mg initialt och doser över 600 mg är inläggningsfall för att snabbt och säkert komma ned till "FASS-dos" där nedtrappning i öppenvård kan ta vid.

Patienten måste bedömas under utsättningsfas med avseende på nedstämdhet och ångest och erhålla adekvat medicineringsmed antidepressiva då utsättningen av Tramadol kan demaskera detta, preparatet är ju en serotonin- och i viss mån noradrenalinåterupptagshämmare.

Ett förslag på nedtrappningsschema blir således;

Slutenvård, T Tramadol 50mg

Vecka	08.00	12.00	16.00	20.00
1, dag 1-4	4	4	4	4 (800mg/d)
1, dag 5-7	4	3	4	4
2, dag 1-4	4	3	3	3
2, dag 5-7	3	3	3	3 (600mg/d)

Öppenvård, T Tramadol 50 mg

3, dag 1-7	3	3	3	2 (550mg/d)
4, dag 1-7	3	3	2	2
5, dag 1-7	3	2	2	2
6, dag 1-7	2	2	2	2 (400mg/d)
7, dag 1-7	2	2	2	1
8, dag 1-7	2	2	1	1
9, dag 1-7	2	1	1	1 (250mg/d)
10, dag 1-7	1	1	1	1
11, dag 1-7	1	1	1	0
12, dag 1-7	1	0	1	0 (100mg/d)
13	0	0	0	0

Det går med fördel byta ut till depot eller retardberedning i motsvarande dos, vidare viktigt att fördela vanliga Tramadol över dygnets vakna timmar för att undvika fluktuationer och abstinensskänningar. Om patienten är motiverad och tolererar det kan nedtrappningen fortsätta i slutenvård även i vecka 3 och då med 100mg per vecka. Vid en dygnsdos på 100 mg kan preparatet sättas ut.

Nedtrappning av Oxikodon

Oxycodone, OxyNorm, OxyContin, Targiniq

Denna opioid skall nedtrappas som övriga, toleransutveckling tycks uppträda snabbt med detta preparat och då vanlig startdos i FASS anges som 5 mg var sjätte timme ser vi missbruks- och beroendedoser på 600 mg eller mer.

Då det som jag beskrivit tidigare inte finns någon bra ekvipotenstabell vad gäller opioider utifrån individuell känslighet hos patienten är det rimligt att göra nedtrappning med oxikodon och en reduktion med 10 % av dygnsdosen en eller två gånger per vecka är adekvat. Vi inleder i regel denna nedtrappning i slutenvård. Vid en dygnsdos på 10 mg sätts preparatet ut.

Nedtrappning av Buprenorfin

Temgesic, Subutex, Buprenotex, Norspan, Suboxone

Denna opioid har en egenskap som partiell agonist med bra affinitet till opioida receptorer vilket innebär att den konkurrerar ut andra opioider men inte har lika potent effekt. Detta resulterar till exempel i kraftig abstinens hos en heroinmissbrukare som tar buprenorfin för snabbt in på heroinruset. Det är lämpligt att trappa ut på detta preparat då det utifrån ovanstående egenskap är ett relativt säkert preparat där andningsdepression inte ses såvida man inte kombinerar det med bensodiazepiner eller alkohol.

Vid heroinberoende används ett vedertaget och snabbt schema med buprenorfin som nedtrappningspreparat, se kliniska handboken om Narkotika eller LARO.

När det gäller nedtrappning av buprenorfin för någon som utvecklat beroende efter en längre tids bruk är det rimligt att använda strategin att reducera dosen med 10 % av dygnsdosen åt gången en eller två gånger per vecka utifrån patientens besvär. Många patienter kan vittna om att de upplever abstinensen från buprenorfin som svårare och mer utdragen än andra opiater de använt.

Med en urinscreen som utesluter samtidig bensodiazepinanvändning kan nedtrappningen ske i öppenvård från första dag, överväg Antabus efter sedvanlig provtagning (se klinisk handbok Alkohol) om alkoholkonsumtion kan misstänkas minska följsamheten.

Nedtrappning av Metadon

Metadon

Se klinisk handbok LARO för detaljer kring detta, långsam nedtrappning är påkallad och med uppmärksamhet på samtidigt bruk av bensodiazepiner eller alkohol. Om patienten haft metadon på indikationen smärta skall utsättning ske i samråd med smärtläkare då annan medicinering kan bli aktuell för den underliggande smärtan.

Läkemedel för lindring av opiatabstinenssymtom

Abstinens

Klonidin, T Catapresan 75 µg (mikrogram)

Klonidin är en alfa2-stimulerare som sänker noradrenerg hyperaktivitet och är således dämpande på sympatiska nervsystemet. Kraftigt blodtryckssänkande och sederande och minskar det psykologiska obehaget vid opioidabstinens.

Catapresan är ett licenspreparat (där det finns kliniklicens) som kan ges om patientens blodtryck tillåter detta;

Om utgångstryck är >100 mm Hg systoliskt kan en provdos med 1x1 T Catapresan 75 µg ges. Om trycket efter en timme är >90 mm Hg ges ytterligare en tablett och om trycket efter tre timmar är >90 mm Hg kan ett enkelt schema upprättas; Dag 1-7 ges T Catapresan 75 µg 2+2+2+2, sedan nedtrappning med 2 tabletter per dag till utsättning.

Om det finns hjärtbesvär i anamnes kontrolleras vilo-EKG och kardiolog konsulteras innan insättning. Om diastoliskt tryck är <60 mm Hg vid något mättillfälle bör man avstå från att ge klonidin.

Sömn och oro

Hydroxizin, T Atarax 25 mg

Vid sömnstörning och oro kan T Atarax 25 ges 1+1+1+2 samt 1-2 vb. Undvik narkotikaklassade preparat.

Illamående och diarré

Metoklopramid, T Primperan 10 mg

Kan ges mot illamående och kräkningar om inga kontraindikationer finns (se FASS). Ge 10 mg 1-2 vb, max 6 tabletter per dygn. Notera att Primperan kan förstärka den sedativa effekten av opioider och bensodiazepiner.

Loperamid, T Dimor 2 mg, T Imodium 2 mg

Loperamid utgör symptomatisk behandling av diarré. Förvissa dig om att det handlar om abstinens och inte någon tarminfektion eller inflammatorisk tillstånd.

Ge 4 mg initialt och sedan 2 mg efter varje avföringstillfälle med diarré, överskrid ej maxdosen (se FASS).

Värk

T Ibuprofen 400 mg

Ges förslagsvis 1 tablett tre gånger dagligen, ev med tillägg av paracetamol om leverstatus tillåter.

Nedtrappning av icke narkotikaklassade analgetika

Acetylsalicylsyra, Paracetamol, Ergotamin

Det är idag inte ovanligt med överkonsumtion och felanvändning av receptfria eller "over the counter" preparat. I de preparat som innehåller koffein är det den substansen man blir beroende av men abstinensen är mild och klaras enkelt med en snabb nedtrappning på en vecka.

Motiverade patienter kan sätta ut medicineringen tvärt och följas en månad av behandlare för psykologiskt stöd, det finns också möjlighet att göra en kort nedtrappning på någon vecka av rent psykologiska skäl.

Man skall dock vara medveten om att dessa receptfria läkemedel kan ha allvarliga biverkningar i höga doser och göra patienten uppmärksam på detta.

Bieffekter som kan ses är leverskada, förändringar i syra-basbalansen och blödningskomplikationer.

Koffein

Koffein finns i rena beredningar som koffeintabletter och kombinationspreparat som Treo-komp, vidare återfinns vi koffeinet som tillskott i diverse drycker och livsmedel. Koffein är den mest använda psykoaktiva centralstimulerande drog som nyttjas globalt. Motverkar tillfällig trötthet och efter några veckors användning av så låga doser som 100mg per dag kan abstinenssymtom uppträda. Abstinensen utgörs av huvudvärk, trötthet, oro och koncentrationssvårigheter. Något egentligt sug eller "craving" ses inte som vid tex nikotinabstinens och att sluta med koffein kräver ingen särskild behandling då symtomen bleknar bort inom några dagar upp till någon vecka. Självklart kan en kortare nedtrappning vara på sin plats för att späda ut symtomen på abstinens.

Vanligt svenskt kaffe innehåller 400-800mg per liter beroende på styrka, Red Bull 320 mg per liter och Coca Cola 135 mg per liter. Koffeintabletter som kan köpas receptfritt på apotek innehåller 100mg per tablett.

Läkemedelsassocierad kronisk daglig huvudvärk, LKDH

LKDH kallas i engelskspråkig litteratur för *medication overuse headache* och är den vanligaste orsaken till kronisk daglig huvudvärk och den tredje vanligaste orsaken till att man söker läkarvård för sin huvudvärk.

Kvalitén på LKDH är ofta en blandvariant av migrän eller spänningshuvudvärk där smärtintensiteten varierar men patienten uppger besvär majoriteten av månadens dagar. Definitionen för kronisk huvudvärk är besvär 15 dagar eller mer per månad.

De vanligaste preparaten vid LKDH är Paracetamol, Citodon, Treo och Treo-Komp. Ergotamin som används frekvent vid migrän kan övergå till LKDH, patienter brukar då beskriva användning så gott som dagligen. Inte sällan har patienten använt flera receptfria preparat samtidigt.

Bakgrunden till att läkemedlet försämrar värken är inte klarlagd, kombinationen av sensibilisering i CNS av preparatet och rent psykologiska faktorer synes sannolika.

Om preparatet innehåller kodein är det rimligt att göra en nedtrappning enligt ovan, är det ett receptfritt preparat kan man med motiverade patienter uppmantra till omedelbar utsättning. Det är angeläget att man förklarar för patienten att proceduren är nödvändig för att efter 3-4 veckor kunna utvärdera och bedöma den värk som är kvar i medicinfritt tillstånd.

Ett neurologstatus inkl synundersökning och blodtryck skall göras inför utsättning.

Inför utsättning skall patienten ha en planerad tid för uppföljning i primärvården där man sedan jobbar vidare med huvudvärksdagbok, alternativa metoder till medicinering och vb remitterar vidare till neurolog.

Utredning av huvudvärk faller utanför ramen för denna handbok varför jag därför hänvisar till lättillgängliga kunskapskällor som Läkemedelsboken eller Internetmedicin.

När skall jag remittera patienten till Beroendemedicinska mottagningen ?

De flesta patienter som har ett beroende av lugnande, sömnmedel eller smärtstillande kan skötas av sin ordinarie vårdgivare inom primärvården eller somatiken. Ett första försök till nedtrappning bör göras innan remiss övervägs och tillvägagångssättet återfinns i denna handbok.

Om man gjort utsättningsförsök utan framgång kan remiss författas till beroendemottagning, finns det ett blandbruk av preparat eller en kombination med alkoholöverkonsumtion stärker det indikationen för snar kontakt med oss.

Beroendemedicinska mottagningen tar inte över någon förskrivning innan kontakt är etablerad, detta görs först efter bedömningsamtal på mottagningen om patienten uppfattas intresserad och motiverad till en insats.

Om patienten uppvisar dålig följsamhet eller inte vill ha fortsatt kontakt återgår han eller hon till remittent.

Om man vill remittera eller tänker sig påbörja en nedtrappning är man självklart välkommen att konsultera någon av våra medarbetare på *programmet för Läkemedelsberoende*. Patienter kan höra av sig för att upprätta en egenremiss.

Psykologisk behandling och omvårdnad

Patienterna som söker hjälp för läkemedelsberoende är en mycket heterogen grupp från enkla nedtrappningar där enkelt stöd och struktur räcker till emedan andra har en massiv psykiatrisk problematik där beroendet bara utgör toppen på isberget. Vår strategi är därför att koncentrera oss på nedtrappning men parallellt utreda och diagnostisera samsjuklighet och skräddarsy insatserna därefter.

En del patienter behöver traditionell återfallsprevention eller tolvsteg, andra behöver med kognitiv beteendeterapi ta i tu med underliggande svårt ångestsyndrom.

Mer detaljerad genomgång av behandlingen utöver läkemedel faller utanför ramen för denna handbok men omfattande och bra litteratur och utbildningar finns att tillgå.

Referenser, läsa vidare

- ❖ Läkemedelsberoende, fakta och erfarenhet, *Britt Vikander, Gothia Förlag 2007*
- ❖ The Ashton Manual, *Professor C Heather Ashton rev 2002*
- ❖ Regionalt vårdprogram, Läkemedelsberoende, *Stockholms läns landsting, 2004*
- ❖ Behandling av sömnbesvär hos vuxna, *SBU, juni 2010*
- ❖ Missbruksutredningen, kap 12 Läkemedelsmissbruk, *Sara Wallhed, Stefan Borg Beroendecentrum Sthlm*
- ❖ Internetmedicin
- ❖ Läkemedelsverket, Information från Läkemedelsverket

Bilagor (Finns som länkar på UAS hemsida eller Navet för utskrift till patient)

Bilaga 1, AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test, är ett screeninginstrument som används globalt för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor. Formuläret omfattar 10 frågor där fråga 1-8 poängsätts med 0,1,2,3 eller 4. Fråga 9 och 10 poängsätts med 0,2 eller 4. Frågornas totalpoäng summeras .

Om totalpoäng är 8 eller mer hos man och 6 poäng eller mer hos kvinna är risken för riskabel konsumtion stor men ett beroende eller missbruk behöver ej föreligga.

En första insats inom primärvården är rimlig och angelägen.

Om poängen överstiger 16 hos män och 14 hos kvinnor föreligger sannolikt alkoholrelaterad diagnos och vid poäng över 20 för män och över 18 för kvinnor är konsumtionen mycket problematisk och specialiserad beroendevård skall efterfrågas.

Bilaga 2, DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test, är ett screeninginstrument som indentifierar personer med drogbruk eller felaktig användning av beroendeframkallande läkemedel. Testen är särskild känslig i grupper med låg förekomst eller prevalens.

Manual;

- Fråga 1-9 poängsätts 0, 1,2,3 eller 4
- Fråga 10-11 poängsätts med 0,2 eller 4

Bedömning av poäng;






- Inget problematiskt bruk: 0
- Drogrelaterade problem: 2 poäng eller mer för kvinnor, 6 poäng eller mer för män
- Sannolikt tungt beroende : 25 poäng eller mer för kvinnor och män.

Vid höga poäng bör man gå vidare med DUDIT-E som är en mer omfattande genomgång som också kräver vissträning och erfarenhet av den som utför testet, här får man dessutom svar på positiva respektive negativa effekter patienten har av sitt bruk samt en uppfattning om viljan till förändrat beteende. DUDIT-E faller utanför ramen för denna handbok och patienter som skattas högt i DUDIT skall bli föremål för remiss till Beroendemedicinska mottagningen.

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?		1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvets- förebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>						
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>						


Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Här är ett antal frågor om droger. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	Ålder <input type="text"/>		
1. Hur ofta använder du andra droger än alkohol? (Se droglistan på baksidan.)	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Använder du fler än en drog vid ett och samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
3. Hur många gånger tar du droger under en typisk dag då du använder droger?	0 <input type="checkbox"/>	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 eller fler <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta blir du kraftigt påverkad av droger?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Har du under senaste året upplevt att din längtan efter droger varit så stark att du inte kunnat stå emot?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Har det hänt att du under senaste året inte kunnat sluta ta droger sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under senaste året har du tagit droger och sedan låtit bli att göra något som du borde ha gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under senaste året har du behövt ta någon drog på morgonen efter stort drogintag dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Hur ofta under senaste året har du haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av att du använt droger?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
10. Har du eller någon annan blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) på grund av att du använt droger?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>		
11. Har en släkting eller vän, en läkare eller sjuksköterska, eller någon annan oroat sig över att du använder droger eller sagt till dig att du bör sluta med droger?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>		

DROGLISTA

(OBS! EJ ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Lösningsmedel	GHB och övriga
Marijuana	Metamfetamin	Crack	Rökheroin	Ecstasy	Thinner	GHB
Hasch	Fenmetralin	Freebase	Heroin	LSD	Trikloretalen	Anabola steroider
Hascholja	Khat	Kokablada	Opium	Meskalin	Bensin	Lustgas
	Betelnöt			Peyote	Gas	Amylnitrat (poppers)
	Ritalina			PCP	Solution	Antikolinergika
				Psilocybin	Lim	
				DMT		

TABLETTER – LÄKEMEDEL

Tabletter räknas som droger när du tar

- läkemedel mer eller oftare än läkaren sagt att du ska göra det
- tabletter för att du vill ha kul, må bra, bli "hög", eller undrar vad du får för effekt av dem
- tabletter som du fått av en släkting eller vän
- tar tabletter som du köpt "svart" eller stulit

SÖMNMEDEL/LUGNANDE MEDEL

Alprazolam	Halcion	Sobril
Apodorm	Heminevrin	Sonata
Apozepam	Iktorivil	Stesolid
Diazepam	Imovane	Stilnoct
Dormicum	Mogadon	Temesta
Fenemal	Nitrazepam	Triazolam
Flunitrazepam	Oxascand	Xanor
Fluscand	Rohypnol	Zopiklon

SMÄRTSTILLANDE

Actiq	Durogesic	OxyNorm
Cocillana-Etyfin	Fentanyl	Panocod
Citodon	Ketodur	Panocod forte
Citodon forte	Ketogan	Paraflex comp
Dexodon	Kodein	Somadril
Depolan	Maxidon	Spasmoden
Dexofen	Metadon	Subutex
Dilaudid	Morfin	Temgesic
Distalgesic	Nobligan	Tiparol
Dolcontin	Norflex	Tradolan
Doleron	Norgesic	Tramadol
Dolotard	Opidol	Treo comp
Doloxene	OxyContin	

Tabletter räknas INTE som droger när du fått dem utskrivna av läkare och du tar dem i rätt mängd.

Att sätta in läkemedel tar ett ögonblick och kräver endast en penna eller dator...

Att sätta ut läkemedel är en konst som kräver tid, tålamod och förtroende...

Gammalt Beroendemedicinskt ordspråk