

## Läkemedelsberoende, säkrare förskrivning av läkemedel med beroenderisk för vårdcentraler inom Hälsoval, Region Örebro län

### Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning/syfte .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Omfattning/tillämpningsområde .....</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Beskrivning .....</b>	<b>2</b>
3.1	Vid insättning .....	2
3.2	Under pågående behandling .....	2
3.3	Vid behandlingslut/reduktion .....	3
<b>4</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>Patientinformation och bilagor .....</b>	<b>3</b>

### 1 Inledning/syfte

Under 2000-talet har det skett en betydande ökning av användandet av starka opioider även vid icke-maligna smärttillstånd. Opioider försvarar sin plats vid behandling av akuta smärttillstånd, men vetenskapligt stöd för långtidsbehandling saknas. På empirisk grund kan dock långtidsbehandling förekomma i utvalda fall.

Ändå förekommer långtidsbehandling och det riskerar att medföra olika typer av problem. Hos den enskilde patienten kan ses utvecklande av ett fysiskt beroende, kognitiv påverkan, sömnstörning, psykiska symtom som ångest och nedstämdhet och med tiden en tveksam analgetisk effekt och rentav en opiatinducerad hyperalgesi. Dessutom har man noterat endokrin dysfunktion såsom påverkan på GH, tyroideafunktion och könshormoner. Till detta kommer problem med att läkemedel sprids i samhället och därmed i missbrukarledet.

Syftet med denna rutin är att underlätta en säker och ändamålsenlig förskrivning, följa upp effekt och värdera indikationer, identifiera biverkningar och tecken till toleransutveckling samt innebära en bra uppsikt över den totala förskrivningen till enskild patient.

### 2 Omfattning/tillämpningsområde

Rutinen gäller vårdcentralerna inom Hälsoval Region Örebro län och omfattar förskrivning av opiatliknande läkemedel (läkemedelsgrupp N02A) och lugnande medel (N05).

### 3 Beskrivning

#### 3.1 Vid insättning

- Värdera indikationen och behandlingstid vilket dokumenteras.
- Värdera om det finns kontraindikationer i form av tidigare missbruk/beroende.
- Underlag för denna värdering är anamnes samt journalgenomgång som inkluderar relevanta delar av NCSCross samt Infomedix samt labbmedicin- gör sökning från år 2000. (Då får man snabb uppfattning om tidigare intox eller kontakt med beroendevården)
- Begär samtycke till förskrivna och uthämtade läkemedel. (se nedan)
- Dokumentera vårdplanen. Använd Uppmärksamhetsinformation /Vårdrutinavvikelse / Förskrivningsrestriktion och hänvisa till daganteckning i journalen. Patienten givetvis informerad.
- Ge patienten en skriftlig information om rutinerna kring behandling med beroendeframkallande läkemedel.
- [Beroendeframkallande läkemedel - Information](#)
- Sätt kronisk diagnos "Z76.0 Begär tillgång till läkemedelsförteckning"
- Informera om att förutsättning för förnyelse av recept, bedömning av eventuell fortsatt ordination kräver att patienten varje gång ger sitt samtycke till förskrivna och uthämtade läkemedel detta kan ges muntligt t.ex. via telefon och dokumenteras.
- Vid iterering skrivs alltid recept med intervall och behandlingstid.
- Information att vi kan begära urinprovskontroll som villkor för behandling.

**Patentens samtycke behövs för att läsa:** *Dokumenteras i journal.*

- **Uthämtade läkemedel/Läkemedelsförteckningen.**  
Välj knapp *Dosrecept*. Under *Uthämtade läkemedel* finns länk för att registrera samtycke.
- **Förskrivningskollen** i Nationella läkemedelslistan (NLL) visar även förskrivna ej uthämtade läkemedel.  
<https://forskrivningskollen.se/webbingang/#/login?origin=shibboleth>

#### 3.2 Under pågående behandling

- Nytt recept kan enbart beställas efter personlig kontakt mellan patient och läkare/sköterska där man rutinmässigt frågar om samtycke till uthämtade och förskrivna läkemedel. Därvid klarläggs vilken dos patienten tar, om patienten har läkemedelsrelaterade biverkningar, om det finns tecken till beroende eller missbruk och om det finns intresse för nedtrappning eller byte till annan behandling. Stämmer förskrivningen med behandlingsplanen? Behöver planen ändras?
- Urinprov begärs efter ordination.
- Värdera behovet av förnyad bedömning för smärtanalys och alternativa behandlingar t.ex. sjukgymnastik, psykosocialt stöd.
- Borttappade tabletter ersätts aldrig.

### 3.3 Vid behandlingsslut/reduktion

- Då man rekommenderar att behandling ska avslutas är det viktigt att patienten förstår att det inte handlar om att man ifrågasätter smärtproblemet, men att man vill rekommendera en annan hjälp än starka smärtstillande/lugnande.
- Då man kommit överens om en nedtrappning bör denna ske stegvis. Nedtrappningsscheman finns för alla olika läkemedel. Se 4. samt 5.
- Under nedtrappning behöver patienten ha en stödjande kontakt eftersom nedtrappningen ofta är problematisk. Man kan ibland tvingas göra stopp i nedtrappningsschemat men grundregeln är att aldrig gå tillbaka uppåt på dosstegen.

## 4 Referenser

- Behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket 2017
- FAS ut: Claes Lundgren, Västerbottens läns landsting. Inloggningsuppgifter erhålls från Birgitta Lernhage, Läkemedelskommittén: [www.fasut.nu](http://www.fasut.nu)
- Förskrivning av opioider i Sverige; Läkartidningen 2017 #18, sid 830-35

## 5 Patientinformation och bilagor

[Läkemedelsrekommendationer • Vårdgivare Region Örebro län \(regionorebrolan.se\)](http://regionorebrolan.se)

- [Läkemedelsberoende – 1177 Region Örebro län](#)
- [Beroendeframkallande läkemedel - Information](#)
- [Långvarig smärta - broschyr \(finns även att beställa som särtryck\) \(](#)
- [Nedtrappning-av-bensodiazepiner.pdf \(regionorebrolan.se\)](#)
- [sov-gott---en-liten-bok-for-samnlosa-och-andra-som-vill-sova-battre.pdf \(regionorebrolan.se\)](#)
- [Formulär för sömndagbok](#)

[Vem blir läkemedelsberoende](#) (affisch A3-format för väntrum/mottagningsrum)

Bilagor:

- Följebrev utskrivet läkemedel som kan vara beroendeframkallande, [bilaga 1](#)
- Smärtritning, [bilaga 2](#)
- Lintons formulär, [bilaga 3](#)
- Phase-20 biverkningsregistrering, [bilaga 4](#)

## Bilaga 1

### **Du har fått utskrivet ett läkemedel som kan vara beroendeframkallande.**

Många läkemedel mot smärta, oro och sömnstörning har god effekt vid behandling upp till en månad. Vid längre tids användning får man biverkningar och läkemedlen kan vara beroendeframkallande.

För att erbjuda den bästa behandlingen för dina besvär behöver din läkare göra nya bedömningar då och då. Detta blad informerar om vanliga biverkningar och vad vi och du behöver göra för att du inte ska utveckla ett beroende.

#### **Biverkningar av Citodon, Tramadol, Oxycontin, Dolcontin och andra morfinläkemedel.**

Trötthet, nedstämdhet, oro, muntorrhet, illamående och förstoppning är vanligt i början.

Efter längre tids användning kan man få ökad smärta, huvudvärk, kraftlöshet, viktuppgång, sömnproblem och försämrat minne.

Män får ofta lägre testosteronproduktion och kan drabbas av impotens. Kvinnor kan få nedsatt lust och fertilitet.

Beroende och abstinens kan visa sig som ökad smärta, muskelvärk, olust, rastlöshet, irritation, svettningar och sömnproblem.

#### **Biverkningar av Zopiklon, Zolpidem, Oxazepam och andra bensodiazepinläkemedel.**

Dåsighet, yrsel, förvirring, försämrat minne och fallolyckor är vanligt i början.

Vid längre tids användning är det vanligt att man får svårt att somna, dvs att tiden det tar att somna utan läkemedlet blir längre än innan, att man får ryggvärk och försämrat minne. Av vissa läkemedel kan man få ökad ångest, irritation, aggression, nedstämdhet och avtrubbning.

Beroende och abstinens kan visa sig som oro, ångest, humörsvängningar, rastlöshet, irritation, svettningar och sömnproblem.

**För att erbjuda dig den bästa behandlingen är det läkarens ansvar att:**

Informera och erbjuda alternativa behandlingar för dina besvär.

Be om din tillåtelse att se vilka läkemedel du hämtar ut via läkemedelsförteckningen.

Upprätthålla en behandlingsplan tillsammans med dig.

Med jämna mellanrum utvärdera behandlingen och trappa ut den om så är lämpligt.

Vid behov ordinera blod och urinprov.

**Det är ditt ansvar att:**

Inte ta mer än det som överenskommits med din läkare.

Begära ett förnyat recept minst en vecka innan tablettorna tar slut.

Inte kombinera läkemedlet med alkohol eller andra droger.

Inte ge läkemedlet till någon annan och inte införskaffa läkemedlet från något annat håll.

Hålla ordning på dina läkemedel eftersom borttappade eller stulna läkemedel inte ersätts.

Inte uttala hot eller bruka våld.

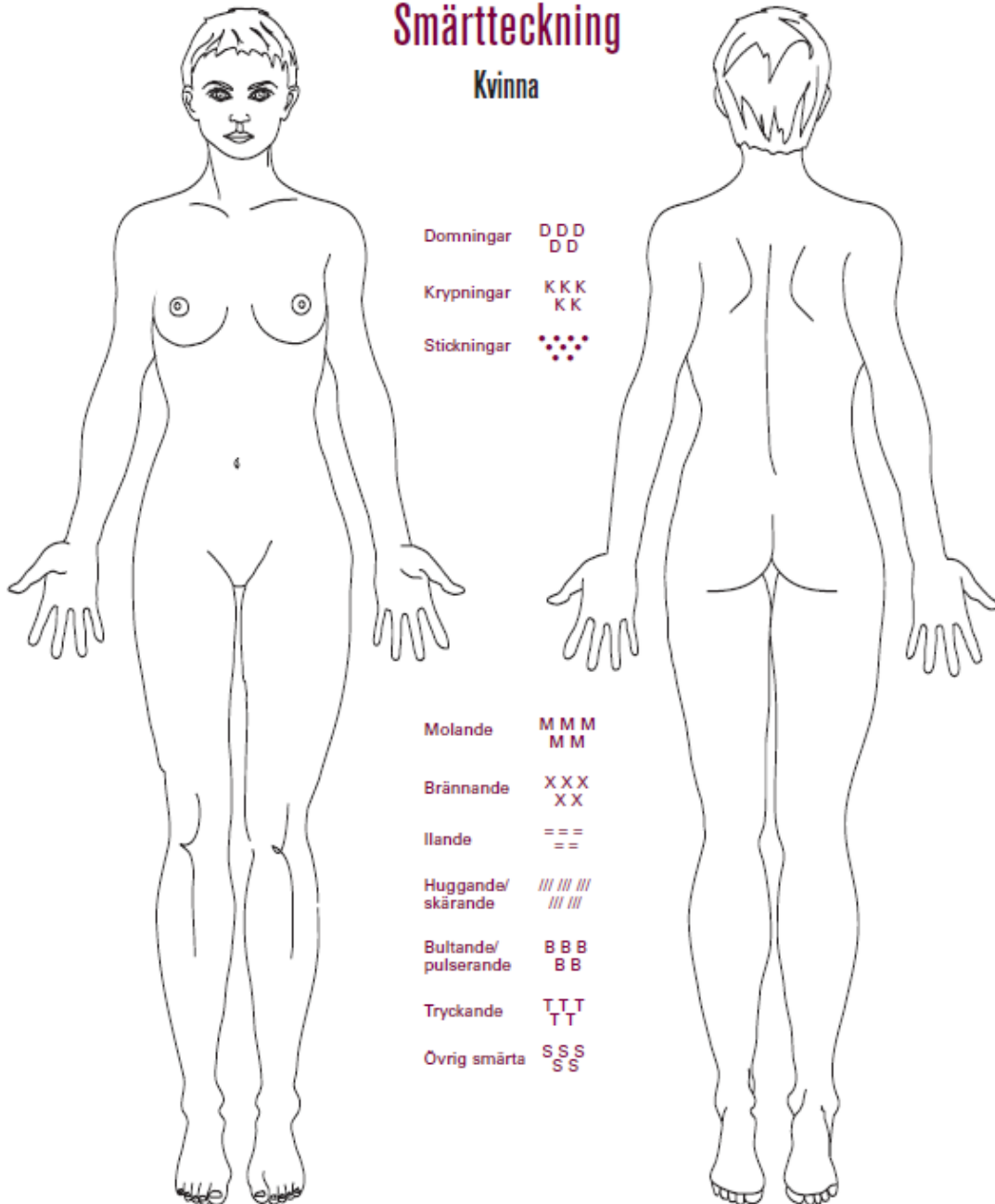
Med vänlig hälsning

Läkargruppen vid vårdcentralen

## Bilaga 2

### Smärtteckning

Kvinna



Patient \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Läkare \_\_\_\_\_

## Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ)

Ett frågeformulär om smärtproblem framtaget av professor Steven Linton i Örebro.

Formuläret är ett hjälpmedel att mäta psykosociala varningssignaler kring smärtproblematik och att tidigt identifiera personer som riskerar att utveckla långvariga besvär.



Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden



## 10 frågor

**Frågeformulär om smärtproblem (kortversion)**  
(Linton & Hallden, 1998; Linton, Nicholas & Macdonald, 2011)

Namn: \_\_\_\_\_ Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Kön:  Man  Kvinnor

1. Hur länge har Du lidit av Ditt nuvarande besvär? Kryssa för (✓) **ett alternativ**.
- 0-1 veckor [1]  1-2 veckor [2]  3-4 veckor [3]  4-5 veckor [4]  6-8 veckor [5]  
 9-11 veckor [6]  3-6 månader [7]  6-9 månader [8]  9-12 månader [9]  Över ett år [10]

Ringa in de siffror som **BÄST** beskriver dina upplevelser på följande frågor/påståenden:

2. Hur mycket smärta har Du haft den **senaste veckan**?
- |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| <i>Ingen smärta</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                             |
|                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Svårast tänkbara smärta</i> |
- [ ]
3. Jag kan utföra lättare arbete under en timme.
- |                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                       |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| <i>Kan inte göra det</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                                    |
|                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Kan göra det utan smärtproblem</i> |
- [ ]
4. Jag kan sova på natten.
- |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                       |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| <i>Kan inte göra det p g a smärta</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                                    |
|                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Kan göra det utan smärtproblem</i> |
- [ ]
5. Hur spänd eller stressad har du känt Dig den **senaste veckan**?
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| <i>Helt lugn</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                  |
|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Mycket spänd</i> |
- [ ]
6. I vilken utsträckning har du känt dig nedstämd den **senaste veckan**? Ringa in ett alternativ.
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                       |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|
| <i>Inte alls</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                    |
|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Väldigt mycket</i> |
- [ ]
7. Som Du upplever det själv, hur stor är risken att ditt nuvarande besvär skulle bli långvarigt?
- |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| <i>Ingen risk</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                      |
|                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Mycket stor risk</i> |
- [ ]
8. Hur stor chans tror DU att Du har att kunna arbeta om **tre månader**? Ringa in ett alternativ.
- |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                          |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| <i>Ingen chans</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                       |
|                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Mycket stor chans</i> |
- [ ]
9. Om besvären ökar, är det en signal på att jag bör sluta med det jag håller på med, alls besvären minskar.
- |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                       |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|
| <i>Instämmer inte alls</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                    |
|                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Instämmer helt</i> |
- [ ]
10. Jag bör inte utföra mina normala aktiviteter eller arbeten med den smärta jag har för närvarande.
- |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                       |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|
| <i>Instämmer inte alls</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                    |
|                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <i>Instämmer helt</i> |
- [ ]

SUMMA: \_\_\_\_\_

Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden





## Tolkning av kortversionen av ÖMPSQ:

Totala poäng varierar mellan 1-100.

Över 50 poäng indikerar en ökad risk för framtida funktionsnedsättning och risk för långtidssjukskrivning

### Behandlingsrekommendationer:

<40 poäng

Egenvård, FAR

40-50 poäng

Sjukgymnastik/träning

>50 poäng

Sjukgymnastik/träning + samtal med  
psykolog/kurator (till exempel smärtskola)

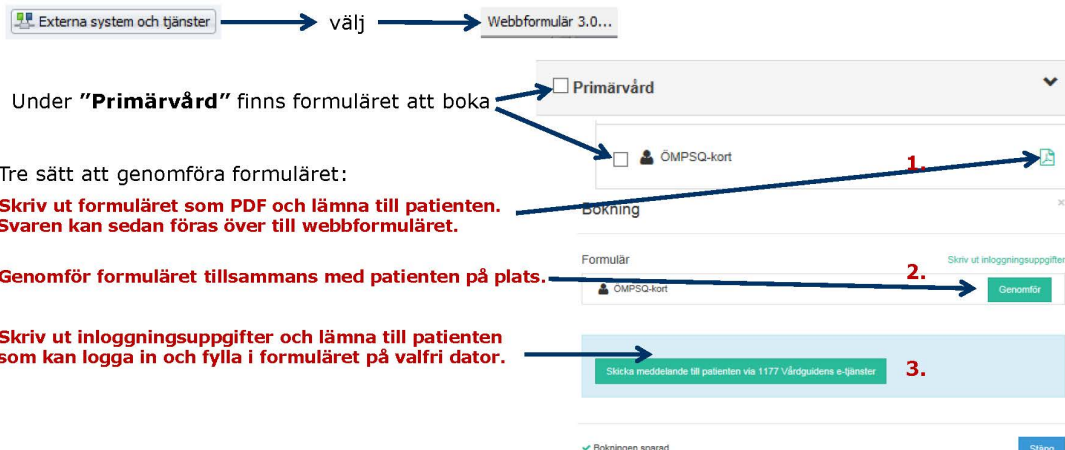


Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden



## ÖMPSQ

Formuläret finns som **Webbformulär i TakeCare** och nås via externa system och tjänster



Under "Primärvård" finns formuläret att boka

Tre sätt att genomföra formuläret:

- 1. Skriv ut formuläret som PDF och lämna till patienten. Svaren kan sedan föras över till webbformuläret.**
- 2. Genomför formuläret tillsammans med patienten på plats.**
- 3. Skriv ut inloggningsuppgifter och lämna till patienten som kan logga in och fylla i formuläret på valfri dator.**



Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden



- När formuläret är ifyllt: öppna via **externa system och tjänster**, hämta det genomförda formuläret, gå igenom svaren med patienten, redigera vid behov och skriv vid behov ut en kopia till patienten.
- Spara i journal.
- Signera journalnotatet i TakeCare.

### Patientens formulär

Bokade 0 Genomförda 1 Journalförda 0

ÖMPSQ-kort

Spara i journal Makulera Skriv ut Stäng

Spara i journal

ÖMPSQ-kortversion  
Summa poäng: 64 av 100 poäng

Språk som formuläret besvarats på av patienten: "Svenska"  
Svenska

Kommentar:

Genomförandedatum (endast för efterregistrerade formulär):

Spara

### Patientens formulär

Bokade 0 Genomförda 0 Journalförda 1

ÖMPSQ-kort

## Text i TakeCare:

SKATTNINGRESULTAT	
Smärtproblem enl ÖMPSQ, summa	64 av 100 poäng Resultat av självskattning.
Autogenererat tolkningsunderlag: Poäng 50 och uppåt indikerar en högre estimerad risk för framtida arbetsoförmåga.	



Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden



## Förslag till dialogfrågor:

- Vid vilka tillfällen kan detta screeninginstrument vara bra att använda?
- Vilka patienter kan ha nytta av denna screening? Patienter med nydebuterad smärta? Patienter med långvarig smärta?
- Bör vi ha en rutin för när vi ska använda formuläret på vår enhet?



Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden



## Reflektion efter seminariet...



Detta projektet medfinansieras av Europeiska unionen/Europeiska socialfonden



## Bilaga 4

### PHASE-20

#### Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Namn:	Personnummer:	Datum:
-------	---------------	--------

Markera rutan vid det alternativ som du tycker bäst motsvarar besvärnivån under de senaste två veckorna

	Inga besvär	Små besvär	Måttliga besvär	Stora besvär	Kommentar
1. Yr/ostadig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sover dåligt/mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ont i mage/bröstat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Orolig/ångestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Glömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Svullna anklar/ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Tätatränningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Klåda/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Annat, till exempel smärta, ange vad					