

## **Frågor och svar från digital föreläsning 11/12-25: Utsättning av beroendeframkallande läkemedel**

*Anna Kollberg, specialist i allmänmedicin, Vallby vårdcentral, Region Västmanland*

### **Får man beställa en övervakad urinscreening om det inte är polisen som kräver detta?**

- Ja det får vi göra. Vi gör en individuell medicinsk bedömning och om vi då anser att det är relevant för diagnostik eller säker behandling får vi göra detta. Självklart ska patienten ha gett sitt samtycke.

### **Finns det en smärtrehabklinik i Sörmland som vi kan remittera från primärvården? Vi har inte rutiner och resurser i primärvården för att följa upp så tätt.**

- Det skiljer sig säkerligen mycket från klinik till klinik vad som hinns med och vad som ska/kan prioriteras. Arbetar man i team så blir belastningen på enskilda individer sällan för hög för att detta inte ska kunna ske på en "normalt belastad" vårdcentral. Oftast blir smärtrehabkliniker och beroendemottagningen inkopplade vid svårare fall med flera olika läkemedel, svårare komorbiditet.

Ett tips! Sätt inte i gång med nedtrappning av många patienter samtidigt på din lista utan fördela arbetsbördan för dig själv och dina kollegor. Kan du ha en eller kanske två nedtrappningar på gång samtidigt? Vad orkar just du med? Och först när det är klart att sätta i gång med nästa patient. Och börja med den lågt hängande frukten, de som inte stått på preparatet i många år och i höga doser utan börja med de lite "enklare" fallen.

### **Synpunkt om att även kuratorer kan vara behjälpliga och vara särskilt bra vid stora behov kring samordning och sociala insatser. Vill du kommentera det, tack!**

- Självklart kan kuratorer vara behjälpliga i detta. Har man tillgång till kuratorer på sin vårdcentral som kan ge motiverande samtal, följa upp mående och strategier kring hantera ångest, abstinens är det ju toppen och skulle underlätta mycket för läkare och sköterskor.

### **Synpunkt om att man får sätta in smärtbehandling för svår artros hos inoperabla patienter och då kan man inte ha en utsättningsplan. Vill du kommentera det, tack!**

- Hos vissa patienter med svår artros som är inoperabla, där icke-farmakologiska insatser och basanalgetika inte ger tillräcklig effekt, kan smärtbehandling med morfin ibland vara motiverad. Det gäller ofta patienter med uttalad funktionsnedsättning, hög smärtbörda och som redan sagt, begränsade behandlingsalternativ.

I dessa fall behöver behandlingen anpassas till sjukdomens förlopp, som ofta kan vara fluktuerande (artrossmärta är oftast en belastningssmärta och betydligt bättre i vila)

Smärtbehandling behöver därför inte alltid vara kontinuerlig, utan kan:

- ges vid behov, t.ex. inför aktiviteter där smärtan blir sämre (omvårdnad, promenader)
- användas intermittent till exempel vid smärtskov,
- och alltid först som ett tidsbegränsat behandlingsförsök.

På detta sätt (genom att inte ge morfin kontinuerligt dygnet runt) kan man minska risken för toleransutveckling.

Fokus bör ligga på att:

- formulera individuella behandlingsmål kopplade till funktion och livskvalitet,
- och regelbundet omvärdera nytta, dos och behandlingsupplägg.

Se upp för toleransutveckling, och redan från start komma överens om en maxdos för att biverkningar inte ska överväga den eventuella effekten. Annars hamnar man lätt i att det blir doshöjningar med jämna mellanrum tills man hamnar på helt orimliga dosnivåer