

Utsättning av beroendeframkallande läkemedel

Anna Kollberg, specialistläkare i allmänmedicin
Vårdcentralen Vallby
Region Västmanland

Frågor ställs via sms, scanna kod:





Redovisning av jäv

Har inga jävsförhållanden att deklarera.



REGION
SÖRMLAND



Som beroendeframkallande läkemedel räknas i nuläget:

- Opioider
- Bensodiazepiner
- Bensodiazepinliknande
- Pregabalin





Iatrogenet beroende

- Av vården orsakat beroende - då läkemedel förskrivits med medicinsk avsikt, men användningen övergår till att bli ett beroende eller missbruk.
- Om ett iatrogenet beroende skulle kunnat undvikas betraktas det enligt Socialstyrelsen som en **allvarlig vårdskada**.
- Det utgör en särskild utmaning för vård — kräver medvetenhet hos förskrivare, tydlig information till patienter, regelbunden uppföljning och plan för utsättning/nedtrappning.
- I Sverige finns uppskattningar på tiotusentals personer med läkemedelsberoende — men osäkerheten är stor. Antagligen stort mörkertal.



Skäl att avsluta/trappa ut

- Vid iatrogen läkemedelsberoende/substansbrukssyndrom
- När medicinsk indikation saknas eller att medicinsk risk föreligger.
- När behandlingen inte längre har effekt.
- När behandlingen ger funktionsnedsättning.
- Annan beroendeproblematik.
- Vid toleransutveckling.
- Vid misstänkt opioidhyperalgesi.
- Övriga biverkningar och abstinensutveckling.
- Vid brister i följsamheten till behandlingsupplägg/kontrakt.



Att tänka på generellt

- Var frikostig med **screening av alkohol och droger** via blodprov eller övervakad urinscreening.
- En **redan nedtrappad dos ska aldrig höjas**, däremot kan den fortsatta nedtrappningen behöva göra paus någon eller några veckor.
- Använd **depotpreparat** under utsättning om möjligt.
 - Minskar risk för snabba abstinenssvängningar.
 - Sällan aktuellt för Z-preparaten.
- **Dokumentation**, skriv tydligt i journalen:
 - Indikation och behandlingslängd hittills.
 - Plan för uppföljning och alternativ behandling.
 - Tänd varningssignalen vid substansbrukssyndrom.



Att tänka på generellt

- **Specialiserad beroendevård:** Vid allvarligare beroende, blandmissbruk, komplicerad samsjuklighet är specialistvård ofta nödvändigt.
- Ofta **samverkan** med andra instanser: Försäkringskassan, socialtjänst (kommunen).
- **Egenvård och livsstilsstöd**
 - Fysisk aktivitet, sömnhygien, kost, socialt stöd och meningsfull aktivitet förbättrar toleransen för utsättningssymtom.
 - Att integrera dessa råd tidigt gör nedtrappningen lättare.
- **Tajming och livssituation**

Nedtrappning fungerar bäst när patienten är i en relativt stabil livssituation – undvik att starta mitt under akuta kriser (sorg, flytt, sjukdom i familjen).



Att tänka på generellt

Gör en fullständig kartläggning

- Indikation, behandlingstid, dos, tidigare utsättningsförsök, samsjuklighet.
- Bedöm riskfaktorer: psykisk ohälsa, social situation, långvarig smärta, tidigare beroende.

Täta uppföljningar

- Skriftlig plan, uppföljning och stöd är en självklarhet under hela perioden

Teamarbete

- Sjuksköterska för tät kontakt och motivation.
- Fysioterapeut vid smärtproblematik.
- Psykolog för KBT, särskilt vid ångest och sömnproblem.





Opioider - Att tänka på

- Reduktion med 10% per vecka av ursprungsdosen
 - Reducerar abstinensbesvär.
- Använd morfin (Dolcontin)i första hand.
 - Varför? 5 mg oxikodon motsvarar ca 10 mg morfin.
- Sänk dosen på depotpreparatet direkt med 25 procent jämfört med det du konverterat ifrån, så att man inte hamnar på för hög dos av nya läkemedlet.
- Ökad smärta några dagar efter varje dosminskning är förväntad och inget skäl till avbrott.



Smärtanalys 3x3

AKUT SMÄRTA	LÅNGVARIG SMÄRTA	CANCERRELATERAD SMÄRTA
NOCICEPTIV SMÄRTA	NEUROPATISK SMÄRTA	NOCIPLASTISK SMÄRTA
BIOLOGISKA FAKTORER	PSYKOLOGISKA FAKTORER	SOCIALA FAKTORER

Bäckryd E, Att navigera mellan opioidrädsla och opiocentrism i dagens vård, Läkartidningen. 2022;119:21198

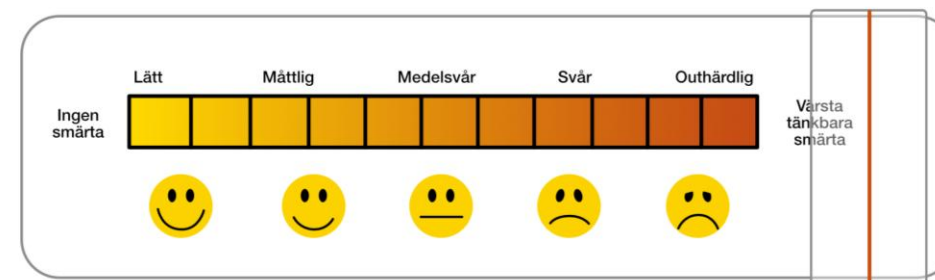
Gerdle et Al, Smärtanalys Diagnos, smärtmekanismer psykologisk och social bedömning. Studentlitteratur 2020 ISBN 9789144129006

Aktivitets- och smärtkartläggning



Aktivitet

1. **Vila:** ligger eller **sitter**
2. **Låg intensitet:** långsamma promenader, damma eller plocka hemma
3. **Måttlig intensitet:** promenad med energi, simning, dans, baspass
4. **Hög intensitet:** jogga eller powerwalk med stavar (går att prata, men ansträngande)
5. **Mycket hög intensitet:** tabata, intervaller löpning (här kan man inte prata)



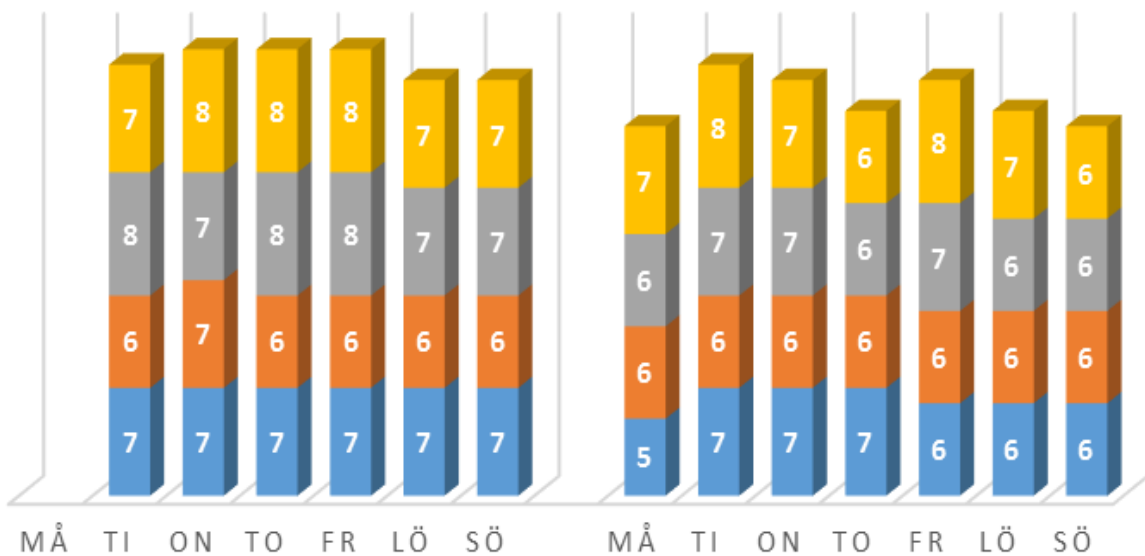
	Smärta 0-10 Aktivitet 1-5 Kl 06.00-12.00	Smärta 0-10 Aktivitet 1-5 Kl 12.00-17.00	Smärta 0-10 Aktivitet 1-5 Kl 17.00-23.00	Nattlig skattning Sovit? Vaken? Medicin? Natt
Måndag				
Tisdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Lördag				
Söndag				

Aktivitets- och smärtkartläggning



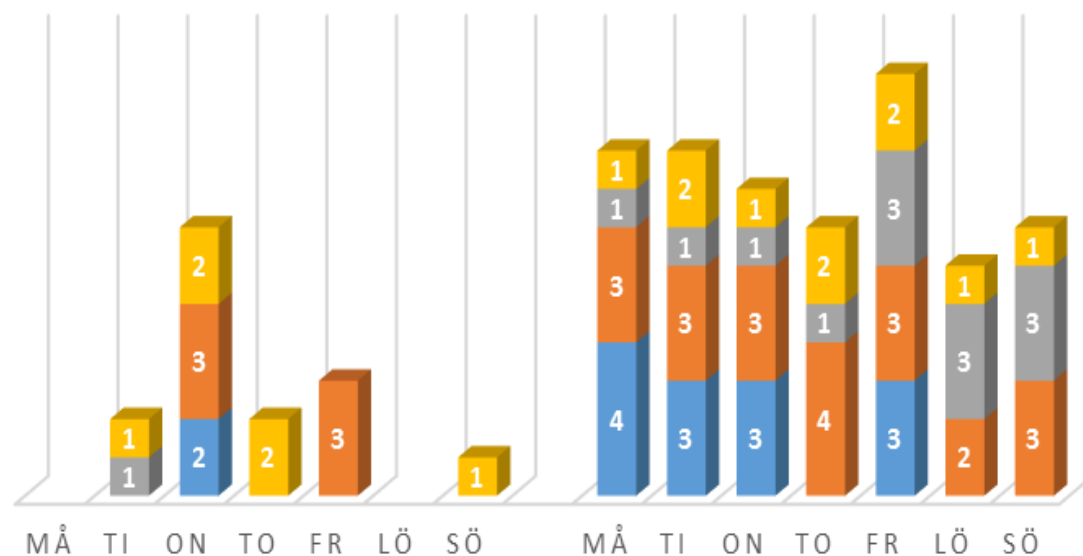
VAS SMÄRTA FÖRE/EFTER

■ 8.00 ■ 12.00 ■ 16 ■ 20



AKTIVITET FÖRE/EFTER

■ 8.00 ■ 12.00 ■ 16 ■ 20





Opioider - **Abstinenssymtom**

Akuta fasen (inom 6-24 timmar):

- Oro, ångest, ökad smärta, sömnstörning, myrkrypningar, gäspningar, rinnsnuva, vidgade pupiller och gåshud.
- Vid tilltagande abstinens uppträder en bild med ökad puls, förhöjt blodtryck, rastlöshet, feber, kräkningar och diarré.

Sena symtom av abstinens (efter 2-3 veckor):

- Depression, initiativlöshet och minskad tolerans för stress.

Ej livshotande, men mycket obehagligt.



Benso och z-preparat - Att tänka på

- Byt till lämpligt långverkande preparat (ex. diazepam). Sällan aktuellt vid z-preparaten.
- Stabilisera dosen i 1–2 veckor.
- Minska dosen gradvis, cirka 5–10 % per vecka.
- Följ ett schema, totalt över cirka 2–3 månader (ev. längre vid höga doser eller svåra symptom).

	Dos under natten	1–2 veckor	1–2 veckor	1–2 veckor	
Zopiklon	7,5 mg	5 mg	3,75 mg	0	
Zolpidem	10 mg	5 mg	2,5 mg	0	5 mg kan vb delas med tablett delare



Vanliga abstinenssymtom bensodiazepiner

Somatiska

- Tremor, muskelryckningar
- Svettningar, hjärtklappning
- Illamående, diarré
- Huvudvärk
- Hypersensitivitet (ljud, ljus, beröring)
- Sömnsvärigheter

• Psykiska

- Ökad ångest (rebound-ångest)
- Irritabilitet
- Panikkänslor
- Depressiva symtom
- Rastlöshet
- Mardrömmar



Är abstinensen farlig?

Den *kan* vara farlig – framför allt vid:

- Plötslig utsättning
- Höga doser
- Kortverkande bensodiazepiner
- Samtidigt alkoholbruk
- Neurologiska sjukdomar/epilepsi

Allvarliga abstinenssymtom

- Kramper
- Delirium med konfusion
- Hallucinationer
- Kraftigt autonomt påslag

Livshotande abstinens är dock ovanlig om nedtrappningen sker strukturerat och gradvis



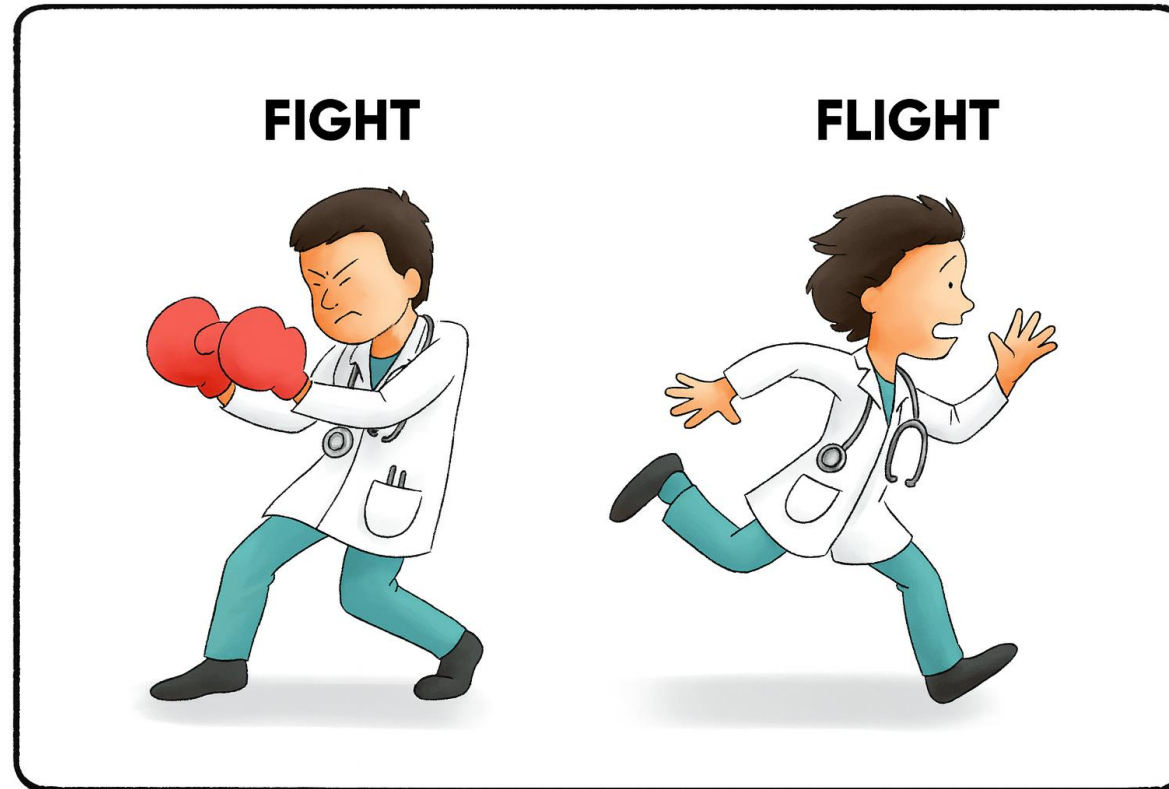
Varför är det så svårt/jobbigt?

- Konflikträdsla
- Hot mot alliansen
- Pressad arbetssituation
- Professionellt ifrågasättande
- Egen stress och osäkerhet
- Systemtryck
- Rädsla för konsekvenser





Varför är det så svårt /jobbigt?





Kamp-beteenden

- **Argumentera hårdare:** Höjer rösten, blir mer konfrontativ eller upprepar sina argument utan att lyssna fullt ut på patienten.
- **Ökad rigiditet:** Håller stenhårt fast vid riktlinjer och "måste"-formuleringar.
- **Irritation/ilska:** Kroppsspråk (spänd hållning, kort ton) kan spegla ett inre stresspåslag.
- **Övertalning:** Försöker "vinna diskussionen" snarare än ha en dialog.





Flykt-beteenden/Undvikande

- Läkaren undviker att ta upp frågan om nedtrappning alls för att slippa konflikt eller klickar på förnyelse av recept utan att ta ställning.
- Eftergivenhet: Ger patienten det den vill ha (fortsatt morfin) trots att det strider mot medicinska principer, bara för att slippa obehag.
- Att inte följa upp nedtrappning eller kontroller av oro för att patienten ska motsätta sig.
- Avsluta snabbt: Kortar ner samtalet eller skjuter beslutet på framtiden ("vi tar det nästa gång").
- Att hänvisa patienten vidare till annan instans (psykolog, smärtteam, beroende) främst för att slippa själva nedtrappningssamtalet.

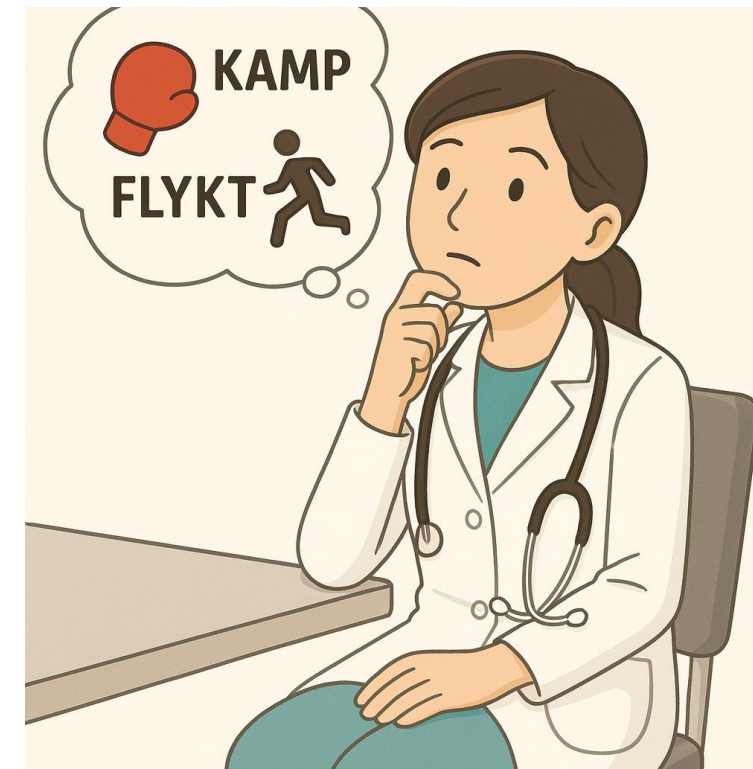


Professionell reflektion



Under samtalet – bemöt egna reaktioner

- **Notera kroppssignaler:** Höjd puls, spänning, irritation, stress att avsluta snabbt. Dessa är tecken på kamp/flykt.
- **Sänk tempot medvetet:** Långsammare tal, andning och paus innan du svarar.
- **Acceptera att obehag ingår:** Målet är inte att ta bort det, utan att kunna agera professionellt trots det.

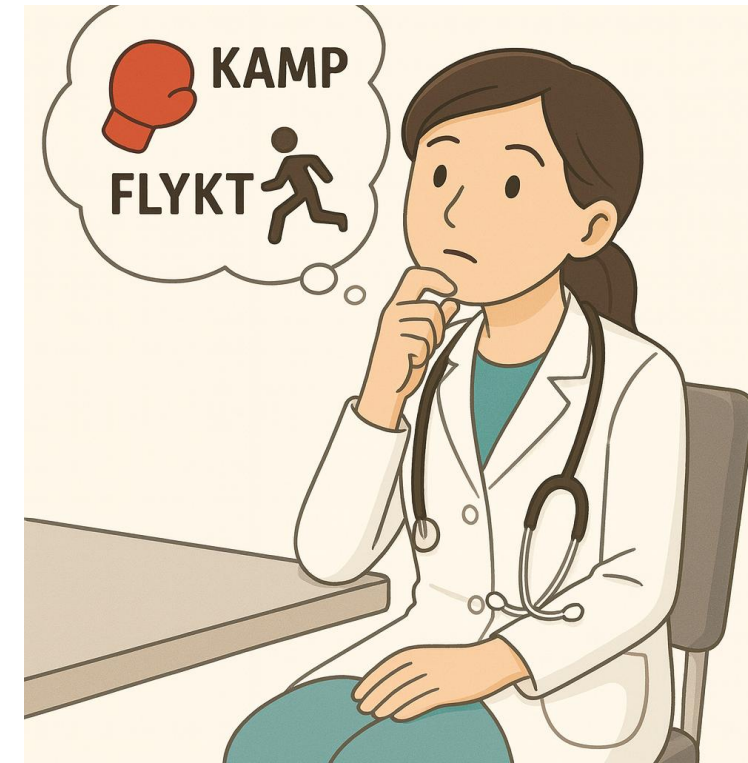




Professionell reflektion

Efter mötet – reflektion och återkoppling till dig själv

- **Vad hände i mig?** Vilket beteende aktiverades – kamp eller flykt?
- **Vad triggade reaktionen?** Tonläge? Tidspress? Obehag att säga nej?
- **Vad gjorde jag bra?** Förstärk det som fungerade.
- **Vad vill jag justera till nästa gång?** Formulera något konkret och litet.





När patienten ifrågasätter, blir arg eller hotar

Grundprinciper att ha i bakhuvudet

- **Ta inte på dig attacken personligt** – det handlar oftare om rädsla och känslan av att tappa kontroll än om dig som person.
- **Validera känslan, inte beteendet** – bekräfta oron eller frustrationen, men acceptera inte kränkande ton.
- **Håll fast vid sakfrågan** – låt inte diskussionen glida iväg till personangrepp eller andra sidospår, utan återför till medicinska skäl.
- **Använd låg-affektivt bemötande** – lugn röst, långsamma rörelser, ge pauser i samtalet.

Kommunikationsknep – att bygga förtroende och motivation vid nedtrappning



Börja med att validera och normalisera

- **Exempel:** "Det är helt förståeligt att du känner oro inför att trappa ner. Många upplever att det känns osäkert, men vi kommer göra det i din takt och jag finns med hela vägen."

Flytta fokus från medicinen till funktionen

- Prata om vad patienten vill uppnå i livet (sömn, ork, socialt liv) snarare än bara symtomnivå.
- Skapar en känsla av gemensamt mål, snarare än att det är läkaren mot patienten.



Kommunikationsknep...

Avdramatisera abstinens

- Förklara att symtom kan komma, att det är förväntat och att ni har strategier redo.
- Många patienter får ett eller två tillfälliga bakslag – normalisera detta redan innan start.
- Ge strategier: bromsa takten, använd icke-farmakologiska metoder, fokusera på delmålen.

Ge patienten kontroll

- Presentera olika alternativ för takt och startpunkt.
- Låt patienten själv vara med och bestämma ordningen om flera läkemedel ska sättas ut.



Kommunikationsknep...

Förklara riskerna på ett konkret och personligt sätt

- Använd relevanta exempel: fallrisk hos äldre, påverkan på minnet, opioidinducerad smärtförstärkning, sämre reaktionsförmåga i trafiken.
- Undvik abstrakta procenttal – knyt riskerna till patientens situation

Jobba med delmål och framsteg

- Fira små framgångar (t.ex. 25 % dosreduktion).
- Skriv ut och visa framgångskurvor (smärtdagbok, sömnkvalitet, funktion).



Mental förberedelse

- **Kort mental ”ankring” precis innan mötet**

Ta 30 sekunder för att:

- Andas lugnt.
- Påminn dig om syftet och att du är patientens medicinska trygghet.
- Bestäm att mötet ska präglas av lugn, tydlighet och empati.

- **Bestäm din avslutningsstrategi**

Ha ett sätt att runda av även om ni inte är helt överens:

- *”Jag hör vad du säger och vi är inte helt överens idag, men vi har en plan för nästa steg och vi fortsätter följa upp.”*

Detta håller dörren öppen för fortsatt samarbete.



Ha målbilden i huvudet:



Tack för att ni lyssnat!