

# Sjukskrivna & vanebildande läkemedel

---

Användning och beroende av  
centralt verkande smärtstillande,  
sömn- och lugnande medel bland  
sjukskrivna

---

I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete

I huvudsak är det frågan om mera omfattande studier av olika försäkringsområden som genomförts på RFV:s initiativ.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare:                   Enheten för forskning och utveckling

Upplysningar:           Birgitta Jonasson tel 786 92 27

### Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

<b>RFV Föreskriver (RFFS)</b>	Författningar med bindande föreskrifter
<b>RFV Rekommenderar (RAR)</b>	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
<b>RFV Vägledning</b>	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
<b>RFV Analyserar</b>	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
<b>RFV Anser</b>	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
<b>RFV Informerar</b>	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
<b>RFV Redovisar</b>	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-556 799 29

Fax 08-760 58 95

E-post: [rfv@ontime.se](mailto:rfv@ontime.se) eller på Internet [www.rfv.se](http://www.rfv.se)

Tryck: Sjuhäradsbygdens tryckeri 2003.

## ***Förord***

Mot bakgrund av de senaste årens ökande antal sjukskrivningar har Riksförsäkringsverket (RFV) funnit det alltmer angeläget att undersöka såväl orsaker till sjukskrivningen som faktorer som kan förlänga en sjukskrivning och försvåra en rehabilitering. I en återkommande enkätstudie riktad till sjukskrivna (RFV-HALS) erhåller RFV omfattande information angående de sjukskrivnas syn på sin Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning.

I tidigare rapporter som bygger på RFV-HALS har arbetsmiljö och arbetsförhållanden och deras betydelse för sjukskrivningen särskilt uppmärksammats. Vid sidan av arbetsmiljöfaktorer finns det även andra faktorer – såsom händelser i det privata livet och olika levnadsvanor – som kan ha betydelse för återgången i arbete. Tidigare studier har visat att långvarig användning och beroende av centralt verkande smärtstillande, sömn- och lugnande medel i vissa fall kan ha motsatt effekt på hälsan, dvs. generera ohälsa och därmed öka risken att bli – eller förbli – sjukskriven. Läkemedelsberoende kan även utgöra hinder vid en eventuell rehabilitering. Trots detta saknas kunskaper om användning och beroende av dessa läkemedel bland sjukskrivna.

Huvudsyftet med denna rapport har därför varit att – utifrån RFV-HALS – kartlägga sjukskrivnas användning och beroende av smärtstillande, sömn- och lugnande medel. Läkemedelsberoende har bedömts utifrån de två internationella klassifikationssystemen ICD-10 och DSM-IV.

Rapportens författare är Birgitta Jonasson.

I delstudien angående läkemedelsberoende anlätades Birgitta Imanius, sjuksköterska med läkemedelsberoende som specialitet och Lynn Wickström, auktoriserad drogterapeut som externa experter.

Stockholm i september 2003

Edward Palmer  
Chef för enheten för forskning och utveckling



# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>10</b>
1.1 Syfte.....	11
1.2 Läkemedelsberoende.....	11
1.2.1 Läkemedelsberoende och sjukskrivning.....	13
1.3 Biverkningar vid användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel .....	14
1.4 Användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel i Sverige ....	15
<b>2 Undersökningen.....</b>	<b>17</b>
2.1 RFV-HALS 2002 .....	17
2.1.1 Sjukskrivningsstatistik från RFV:s sjukfallsregister.....	17
2.1.2 Definitioner .....	18
2.2 Uppföljande intervju angående beroende .....	18
2.2.1 Bedömning av beroende.....	18
<b>3 Resultat och diskussion .....</b>	<b>21</b>
3.1 Användning av läkemedel i sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen.....	22
3.1.1 För vad togs medicinen?.....	22
3.1.2 Hur länge hade användarna tagit sina läkemedel? .....	23
3.1.3 Screening av beroende .....	25
3.1.4 Sammanfattning .....	26
3.2 Beroende av läkemedel i sjukskrivningsgruppen .....	26
3.3 Läkemedelsanvändning och olika hälsoaspekter .....	30
3.3.1 Sammanfattning .....	35
3.4 Deskriptiv analys av läkemedelsanvändarna .....	35
3.5 Multivariat analys avseende den relativa risken att vara läkemedelsanvändare.....	40
3.5.1 Sammanfattning .....	45
<b>4 Avslutande diskussion .....</b>	<b>46</b>
4.1 Beroende av läkemedel .....	46
4.2 Uppskattning av läkemedelsanvändning och beroende i befolkningen i åldern 20–64 år.....	47
<b>5 Kort sammanfattning och slutsatser.....</b>	<b>50</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>52</b>

<b>Bilaga 1</b>	<b>Smärtstillande, sömn- och lugnande medel – en allmän bakgrund .....</b>	<b>58</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>Fråga i RFV-HALS 2002 angående läkemedel .....</b>	<b>63</b>
<b>Bilaga 3</b>	<b>Andel beroende fördelat på kön, civilstånd, ålder, utbildningsnivå, födelseland och sjukskrivningsorsak.....</b>	<b>64</b>
<b>Bilaga 4</b>	<b>Jämförelse mellan icke-beroende och beroende avseende olika hälsoaspekter .....</b>	<b>65</b>
<b>Bilaga 5</b>	<b>Jämförelse mellan icke-användare och användare när det gäller olika hälsoaspekter uppdelat på kvinnor och män .....</b>	<b>67</b>

## Sammanfattning

Mot bakgrund av de senaste årens ökande antal sjukskrivningar har det blivit alltmer angeläget att undersöka såväl orsaker till sjukskrivningen som faktorer som kan förlänga en sjukskrivning och försvåra en rehabilitering. Arbetsmiljö och arbetsförhållanden har speciellt uppmärksammats, när det gäller att söka orsakerna till sjukskrivningen. Bland faktorer, som kan påverka rehabiliteringen och förlänga sjukskrivningen, finns det vid sidan av arbetsmiljöfaktorer även händelser i det privata livet och vissa levnadsvanor.

Svensk och internationell forskning har exempelvis visat att *långvarig användning* och *beroende* av centralt verkande<sup>1</sup> smärtstillande, sömn- och lugnande medel i vissa fall tycks kunna ha en motsatt effekt på hälsan, dvs. generera ohälsa och därmed öka risken att bli – eller förbli – sjukskriven och även utgöra hinder vid en eventuell rehabilitering. Trots detta saknas kunskaper om användning och beroende av dessa läkemedel bland sjukskrivna.

De vanligaste sjukskrivningsorsakerna i Sverige i dag är besvär i rörelseorganen och psykiska besvär. Tillsammans svarar de för nästan 60 procent av alla sjukskrivningsorsaker. Det är självklart att personer som lider av smärta ska erbjudas lindring av denna och likaså att personer med sömnproblem eller ångest ska få hjälp med dessa besvär. Oftast ordinerar centralt verkande läkemedel, vilka verkar både snabbt och effektivt. Risken att bli beroende vid användning av dessa läkemedel är dock väl känd och rekommendationerna vid förskrivning är att läkemedlen ska användas under så kort tid som möjligt. På grund av den stora beroendepotentialen är de centralt verkande sömn- och lugnande medlen narkotikaklassade i Sverige och måste skrivas ut på en särskild receptblankett. Även de smärtstillande substanserna – som ingår i föreliggande studie – är i sig narkotikaklassade. Däremot är läkemedel där substansen understiger en viss mängd undantagna, vilket gäller samtliga medel i Sverige.

Syftet med denna studie – som bygger på en enkätundersökning till sjukskrivna som Riksförsäkringsverket (RFV) påbörjade år 2002 (RFV-HALS) – är att kartlägga sjukskrivnas användning av centralt verkande smärtstillande, sömn- och lugnande medel och att undersöka i vilken utsträckning de som använder dessa läkemedel är läkemedelsberoende. Det skall betonas att inom ramarna för föreliggande studie undersöks *inte* huruvida läkemedelsanvänd-

---

<sup>1</sup> Med centralt verkande läkemedel menas medel som påverkar det centrala nervsystemet.

ningen i sig ger upphov till ohälsa eller utgör hinder för en eventuell rehabilitering.

Resultatet visar att nästan en femtedel av sjukskrivna, med en sjukskrivningslängd på 15–160 dagar, använde smärtstillande, sömn- och lugnande medel. Personer med längre sjukskrivningstid var användare i större utsträckning än personer som varit sjukskrivna en kortare tid. Kvinnor och män använde dessa läkemedel i samma utsträckning. Framför allt togs läkemedlen mot smärta. En tredjedel av användarna hade tagit läkemedlen regelbundet i mer än ett år. Detta är att betrakta som lång tid, med tanke på att rekommendationerna vid förskrivning av dessa läkemedel är att de ska förskrivas under kortast möjliga tid.

Nästan en tredjedel av användarna hade utvecklat ett beroende eller en fysiologisk tillvänjning av läkemedlen. Risken att bli beroende vid användning av dessa läkemedel kan således utgöra ett allvarligt problem. Det förelåg ett klart samband mellan användningstid och beroende. Beroende av smärtstillande förekom i större utsträckning än beroende av sömn- och lugnande medel. Detta bör uppmärksammas särskilt eftersom det finns en debatt huruvida personer som använder smärtstillande medel av medicinska skäl löper risk att bli beroende. Mindre än hälften av dem som använde smärtstillande, sömn- och lugnande läkemedel hade informerats av någon läkare om risken att bli beroende. Detta resultat är anmärkningsvärt med tanke på att exempelvis sömn- och lugnande medlen samtliga är narkotikaklassade.

Oavsett om de var beroende eller ej hade de som använde smärtstillande, sömn- och lugnande medel i högre utsträckning en negativ syn på sin framtida hälsa och arbetsförmåga jämfört med dem som inte använde dessa läkemedel. De önskade sig också förtidspension i större utsträckning och hade upplevt försämringar i psykiska och sociala hänseenden under sjukskrivningstiden i högre grad jämfört med icke-användarna. Mer än en tredjedel av dem som använt läkemedlen i mer än ett år uppgav att de mådde dåligt vid såväl enkättillfället som ett år tidigare. En slutsats som kan dras av detta resultat är att den långvariga läkemedelsanvändningen i dessa fall åtminstone inte påverkat den självpuppskattade hälsan till det bättre.

Då tidigare studier visat att den sjukskrivnes egen förutsägelse om sin framtida arbetsförmåga har stor betydelse för återgången i arbete går det att förutsäga att användarna – med sin negativa framtidssyn – kommer att bli svåra att rehabilitera. Utifrån ramarna för denna studie går det inte att avgöra om läkemedelsanvändningen i sig hade någon del i att användarna i så mycket högre grad mådde dåligt jämfört med icke-användarna, eller om skillnaderna



enbart beror på att deras ursprungsbesvär var mer allvarliga. Ytterligare forskning rekommenderas därför för att undersöka en sådan frågeställning.

När andra faktorer kontrollerades för hade ålder och sjukskrivningsorsak den största betydelsen för vilka som var läkemedelsanvändare bland både kvinnor och män. Det var större risk att vara läkemedelsanvändare bland äldre än bland yngre och bland personer sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och psykiska besvär jämfört med dem som var sjukskrivna för övriga besvär.

Kvinnor som var födda i annat land löpte betydligt större risk att vara användare än kvinnor som var födda i Sverige. Vidare var det betydligt större risk att kvinnor som varit med om stressrelaterade händelser under det senaste året använde läkemedel jämfört med kvinnor som inte varit med om någon sådan händelse. Män med gymnasium som högsta utbildningsnivå löpte större risk att vara användare än de som hade grundskola, liksom män med passiva arbeten och arbeten med hög grad av psykosocial anspänning jämfört med dem som hade arbeten med låg psykosocial anspänning.

En beräkning utifrån föreliggande studie, med hänsyn tagen till läkemedelsanvändning vid olika sjukskrivningslängder, visar att ca 334 000 av Sveriges befolkning mellan 20 och 64 år kan vara läkemedelsanvändare. Av dessa kan ca 60 000 personer vara läkemedelsberoende och ca 37 000 ha en fysiologisk tillvänjning av läkemedlen. Av dessa är ca en fjärdedel sjukskrivna. Det handlar således om ett ansevärt antal individer i arbetsför ålder, där läkemedelsanvändningen kan utgöra ett problem. I första hand måste det ses som en viktig uppgift för sjukvården att identifiera patienter som är läkemedelsberoende för att kunna erbjuda dem hjälp för detta och en alternativ behandling för ursprungsbesvären. Men det kan även vara en uppgift för Försäkringskassan att identifiera sjukskrivna med läkemedelsberoende för att underlätta – eller skapa nödvändiga förutsättningar för – en återgång i arbete.

## 1 Inledning

Mot bakgrund av de senaste årens ökande antal sjukskrivningar påbörjade Riksförsäkringsverket (RFV) år 2002 en enkätundersökning (RFV-HALS) om sjukskrivnas syn på Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning. Avsikten var att öka kunskapen om den sjukskrivnes egen syn på vilka faktorer som har betydelse för sjukskrivningen och vilka åtgärder som behövs för att hon/han ska kunna återgå i arbete.

Särskilt uppmärksammades arbetsmiljö och arbetsförhållanden och redan publicerade studier från RFV-HALS har visat att drygt hälften av de sjukskrivna anser att arbetet helt eller delvis orsakat sjukskrivningen (Eklund 2003) och att den psykosociala arbetsmiljön har avgörande betydelse för vilka som blir långtidssjukskrivna (Lidwall 2003).

Vid sidan av arbetsmiljöfaktorer omfattade RFV-HALS även händelser i det privata livet och vissa levnadsvanor, eftersom även dessa kan påverka hälsan och risken att bli sjukskriven. Bland annat efterfrågades de sjukskrivnas användning av centralt verkande smärtstillande, sömn- och lugnande medel.<sup>2</sup> Anledningen till att RFV-HALS innehöll frågor om de sjukskrivnas användning av dessa läkemedel är att svensk och internationell forskning visat att beroende och långvarig användning av dessa medel kan ha en motsatt effekt på hälsan, dvs. generera ohälsa (se nedan).

De vanligaste sjukskrivningsorsakerna i Sverige i dag är besvär i rörelseorganen och psykiska besvär. Tillsammans svarar de för nästan 60 procent av alla sjukskrivningsorsaker. Det är självklart att personer som lider av smärta ska erbjudas lindring av denna och likaså att personer med sömnproblem eller ångest ska få hjälp med dessa besvär. Oftast ordinerar centralt verkande läkemedel, vilka verkar både snabbt och effektivt. Men som nämndes ovan kan dessa läkemedel – vid sidan av sin terapeutiska effekt – även ge upphov till såväl beroende som till allvarliga biverkningar vilket i sin tur kan påverka

---

<sup>2</sup> Frågan finns återgiven i bilaga 2. Följande läkemedel omfattades i föreliggande studie: *Smärtstillande medel*: Ardinex, Citodon, Distalgesic, Dolcontin, Doleron, Dolotard, Doloxene, Fortalgesic, Ketodur, Ketogan, Kodein, Maxidon, Metadon, Morfin, Nobligan, Panocod, Paraflex Comp, Petidin, Somadril, Somadril Comp, Spasmofen, Temgesic, Tiparol, Tradolan, Treo Comp. *Sömnmedel*: Apodorm, Flunitrazepam, Imovane, Mogadon, Nitrazepam, Rohypnol, Stilnoct. *Lugnande medel*: Apozepam, Diazepam, Halcion, Heminevrin, Iktorivil, Oxazepam, Sobril, Stesolid, Temesta, Valium, Xanor.

hälsan negativt. Trots detta saknas finns det mycket få studier som belyser användning och beroende av dessa läkemedel bland sjukskrivna.

## **1.1 Syfte**

Syftet med denna rapport är därför att utifrån RFV:s enkätundersökning RFV-HALS:

1. kartlägga de sjukskrivnas användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel,
2. undersöka i vilken utsträckning läkemedelsanvändarna utvecklat ett läkemedelsberoende,
3. undersöka om läkemedelsanvändarna skiljer sig i olika hälsoaspekter från dem som inte använder dessa läkemedel samt
4. undersöka vilka faktorer som har betydelse för den relativa risken att vara användare, när andra viktiga faktorer kontrolleras för.

Det skall betonas att data i denna undersökning *inte* kan påvisa huruvida läkemedelsanvändning eller beroende i sig leder till sjukskrivning eller utgör hinder för rehabilitering.

*En mer utförlig bakgrundsbeskrivning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel ges i bilaga 1.*

## **1.2 Läkemedelsberoende**

Risken att utveckla ett läkemedelsberoende vid användning av centralt verkande smärtstillande, sömn- och lugnande läkemedel är väl dokumenterad. Enligt ett stort antal studier kan såväl fysiskt som psykiskt beroende utvecklas vid medicinsk användning av dessa läkemedel. (Exempelvis Fraser & Isbell 1960, Chambers & Taylor 1971, Maruta m.fl. 1979, Whittington 1979, Wall m.fl. 1980, Collins & Kiefer 1981, Evans 1981, Ready 1982, Lader 1984, Melander m.fl. 1984, Katon m.fl. 1985, Strode 1985, Finlayson m.fl. 1986, Swanson m.fl. 1986, Borg m.fl. 1986, Jeurgens 1993, Ng & Alvear 1993, Hoffmann m.fl. 1995, Schweizer & Rickels 1998, Jonasson m.fl. 1998, Jonasson m.fl. 1998, Longo & Johnsson 2000.)

Läkemedel som kan skapa beroende skall generellt narkotikaklassas. Det är FN:s narkotikakonventioner från bestämmer vad som räknas till narkotika, dvs. preparat som endast får användas för medicinska och vetenskapliga ändamål. När det gäller centralt verkande smärtstillande medel är visserligen de verksamma substanserna – såsom kodein och dextropropoxifen – klassade som narkotika, men läkemedel som innehåller mindre än en viss mängd av substansen är undantagna. Detta gäller de vanligaste smärtstillande läkemedlen i Sverige.

Sömn- och lugnande medel narkotikaklassades redan 1974. Den stora mängden rapporter som påvisade beroende av sömn- och lugnande medel föranledde Socialstyrelsen att år 1990 ge ut detaljerade rekommendationer för förskrivningen av sömn- och lugnande medel:

– Den läkare som skriver ut beroendeframkallande psykofarmaka bör tydligt informera patienten om att behandlingen är avgränsad i tiden och att preparatet kommer att ges bara under en övergångsperiod. Första förskrivningen bör dessutom avse en begränsad mängd. Patienten bör alltid informeras om risk för beroende och reboundsymtom<sup>3</sup>. Under medicineringen bör den behandlande läkaren ha regelbunden kontakt med patienten och ta ansvar för att sätta ut medlet. Patienten bör också kunna erbjudas alternativ terapi (direkt-citat från Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7).

I Patient-FASS 2002–2003 påtalas risken för vanebildning vid användning av sömn- och lugnande medel men inte vid användning av smärtstillande medel. I den FASS-version som riktas till förskrivare nämns för smärtstillande medlen att viss beroenderisk kan föreligga och att försiktighet vid långvarig förskrivning ska iakttas. Vidare rekommenderas att centralt verkande sömn- och lugnande medel skall förskrivas för ”kortaste möjliga tid” på grund av den uttalade risken för tillvänjning.

Försök har gjorts att kartlägga i vilken utsträckning användare av sömn- och lugnande medel blir beroende. NEPI (The Swedish Network for Pharmacoepidemiology) visade i en enkätundersökning till patienter med förnyade recept på sömn- och lugnande medel att mer än hälften av patienterna själva ansåg sig beroende av sömn- och lugnande medel (Melander m.fl. 2002).

---

<sup>3</sup> *Rebound* innebär att ursprungsbesvären återkommer med betydligt större styrka än innan medicineringen. Denna effekt är dock övergående, och ska inte förväxlas med *recidiv*, som innebär att personen får tillbaka ursprungsbesvären. (förf:s anmärkning)

Frågans ordalydelse<sup>4</sup> innebar en risk för överrapportering, då tolkningsmöjligheten var stor, men resultatet kan ändå ses som en indikation på att risken kan vara betydande att utveckla ett fysiskt eller psykiskt beroende vid användning av sömn- och lugnande medel.

Två svenska studier har vidare visat att nästan 20 procent av personer, som varit sjukskrivna minst en månad för kronisk smärta eller ortopediska besvär och som remitterats till rehabiliteringsklinik, hade utvecklat ett beroende av smärtstillande medan ca fem procent var beroende av sömn- eller lugnande medel (Hoffmann m.fl. 1996, Jonasson m.fl. 1998).

### **1.2.1 Läkemedelsberoende och sjukskrivning**

Läkemedelsberoende kan leda till att personen behöver behandling för detta och även kommer att vara sjukskriven under längre tid. Eftersom beroende leder till att det är svårt att sluta äta medicinen och att doserna ofta ökas kan detta också sekundärt leda till en ökad risk att drabbas av allvarliga långtidsbiverkningar på grund av läkemedlen.

Det tycks dock inte finnas några studier som undersökt i vilken utsträckning beroende av smärtstillande, sömn- och lugnande medel kan leda till – eller förlänga – sjukskrivning. Däremot finns ett par studier – gjorda på upp till drygt 500 patienter – som visat att patienter med kronisk smärta, vilka utvecklat ett beroende av smärtstillande, tillgodogör sig smärtbehandling i signifikant lägre utsträckning än patienter som inte är beroende. Författarna till dessa rapporter drar själva slutsatsen, efter att ha kontrollerat för olika andra faktorer, att det sannolikt var beroendet som gav upphov till de sämre behandlingsresultaten (Maruta m.fl., 1979, Maruta & Swanson, 1981) Likaså har ett samband mellan sömn- och lugnande medel och depression konstaterats i studier, så till vida att högre doser av medicinen ökar risken för depression och att depressionssymtomen försvinner om medicineringen upphör (Smith & Salzman 1991).

Andra studier har visat att personer som får hjälp med sitt läkemedelsberoende kunnat återgå i arbete efter långvariga sjukskrivningar. Exempelvis visade ett samarbetsprojekt mellan landstinget och Försäkringskassan i Stockholm att 60 procent av dem som varit långtidssjukskrivna innan behandling kunde återgå till arbetet (Vikander & Andersson 2000). En annan svensk studie från behandling av ett hundratal läkemedelsberoende visade att nästan 70 procent

---

<sup>4</sup> ”Känner du dig beroende av lugnande medel/sömnmedel?”

av dem som hade sjukbidrag återgick i arbete efter behandling, likaså återgick ca 60 procent av de långtidssjukskrivna i arbete (Fritz 1998). Även om dessa båda studier är okontrollerade och bygger på relativt små material kan de utgöra en klar indikation på att beroende av smärtstillande, sömn- och lugnande medel kan vara orsak till att människor är sjukskrivna under lång tid.

### **1.3 Biverkningar vid användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel**

Biverkningar av läkemedel är ett kvantitativt hälso- och sjukvårdsproblem, eftersom de utgör en vanlig orsak till att vuxna patienter söker vård eller läggs in på sjukhus. Enligt Läkemedelsboken 2003/2004 har två till tolv procent av de patienter som läggs in på sjukhus i Sverige en läkemedelsbiverkning som huvudsaklig eller bidragande inläggningsorsak. Bara på medicinklinikerna rör det sig om ca 40 000 patienter per år. Slutsatsen dras att samhällets kostnader för dessa problem blir höga, minst 500 miljoner kronor/år (Beerman 2003).

Kontrollerade studier om kostnader för biverkningar av smärtstillande, sömn- och lugnande medel tycks saknas. Däremot visar exempelvis uträkningar i en okontrollerad svensk klinisk studie baserad på ett hundratal patienter att kostnaderna för sjukvård, läkemedel och sjukvårdstransporter per patient i genomsnitt minskade från 530 000 kr året innan hon/han fått hjälp att avsluta sin medicinering till 930 kr året efter behandling (Fritz m.fl. 1998). Trots bristen på kontrollgrupp kan studien utgöra en indikation på att kostnaderna på grund av biverkningar av smärtstillande, sömn- och lugnande medel kan vara betydande. Exempel på biverkningar av sådana läkemedel – vilka kan infinna sig efter kortare eller längre tids användning – är nedsatta fysiska och psykiska funktioner såsom försämrad motorik och reaktionsförmåga, rubbningar i tal och muskelrörelser, dubbelseende, försämrad koordinationsförmåga, yrsel, förvirring, försämrat minne, koncentrationsstörningar, avskärmning, känslöstörningar, försämrad inlärningsförmåga m.m. (Gudex 1991, Jeurgens 1993, Michelini m.fl. 1996, Longo & Johnson 2000).

Långvarig användning av dessa läkemedel kan även ge upphov till en mängd nya sjukdomssymtom, såsom ögonirritation, irritation i näs- och halsslemhinnor, huvudvärk, nedsatt immunförsvar med infektionskänslighet som följd, magproblem, urinvägsbesvär m.m.. Dessa symtom orsakas av själva medicinen och försvinner efter en tid om personen slutar ta den. De personer, som får nya besvär på grund av sin medicin, får ett ökat sjukvårdsbehov och även en ökad risk för sjukskrivning.

*I bilaga 1 under rubriken biverkningar anges flera symtom som kan uppstå vid långvarig användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel.*

## **1.4 Användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel i Sverige**

Ett vanligt sätt att beskriva omfattningen av läkemedelskonsumtionen är att redovisa försäljningsstatistik. Utifrån denna går det dock inte att dra några säkra slutsatser om hur omfattande användningen av ett visst läkemedel är i befolkningen<sup>5</sup>. Att ett läkemedel skrivs ut är inte liktydigt med att det används. Ett sätt att kartlägga den faktiska användningen är att via enkäter fråga individerna själva om deras läkemedelsanvändning.

### *Befolkningen*

En litteratursökning gav inget resultat när det gäller studier som kartlägger användning och eventuellt beroende av smärtstillande medel i befolkningen. Däremot har exempelvis CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaforskning) sedan 1988 genomfört ett antal intervjuundersökningar bland ett representativt urval av befolkningen 15–75 år för att mäta omfattningen av bruket av sömn- och lugnande medel i den svenska befolkningen. De fann att under åren 1988–1998 hade 10–13 procent någon gång de senaste året använt dessa läkemedel, medan 2–3 procent använde dem regelbundet (SOU 1999:137). Vidare visade en undersökning i Stockholms län att ca fem procent av kvinnorna och ca fyra procent av männen regelbundet använde sömn- och lugnande medel (Blennow m.fl. 1994).

### *Sjukskrivna*

Trots kännedomen om att användningen av smärtstillande, sömn- och lugnande medel kan ge en rad nya sjukdomssymtom och på så sätt även påverka en persons sjukskrivning har inte sjukskrivnas användning av dessa läkemedel studerats i någon större utsträckning. När det gäller sjukskrivna i allmänhet och deras användning av smärtstillande gav en litteratursökning lika magert resultat som ovan när det gällde användningen i befolkningen. Däremot finns studier som visar förekomst av smärtstillande behandling hos

---

<sup>5</sup> Försäljningen redovisas inte för enskilda individer utan redovisas exempelvis i antal recept per år. En person kan då stå för flera recept.

personer som är sjukskrivna för specifika sjukdomsbesvär. I RFV:s stora enkätundersökning till personer med rygg- och nackbesvär visades exempelvis att drygt 70 procent av deltagarna behandlats med smärtstillande. Dessutom uppgav ca en femtedel av de tillfrågade att de fått sömn- och lugnande medel för sina rygg- och nackproblem (Hansson & Hansson 1999).

Användningen av sömn- och lugnande medel bland sjukskrivna personer i Stockholm har studerats av Försäkringskassan i Stockholm (Westerlund-Mutz m.fl. 1996). Denna studie visade att ungefär dubbelt så stor andel av personer som varit sjukskrivna mer än ett halvt år använde sömn- och lugnande medel jämfört med dem som varit sjukskrivna 15–30 dagar (17 procent jämfört med 8 procent). Vidare visades i denna studie att 56 procent av dem som varit sjukskrivna mer än ett halvt år hade tagit dessa läkemedel mer än ett år jämfört med 37 procent av dem som varit sjukskrivna 15–30 dagar.

Sammanfattningsvis har studier visat att vid sidan av de lindrande effekterna kan smärtstillande, sömn- och lugnande medel ge allvarliga sidoeffekter och sekundära sjukdomstillstånd. Dessa kan i sin tur leda till ett ökat vårdbehov och ökad risk att bli sjukskriven. Långvarig användning och beroende av dessa läkemedel verkar också kunna utgöra hinder för återgång i arbete. Det finns emellertid få studier som visar i vilken utsträckning sjukskrivna använder och är beroende av dessa läkemedel. Med avseende på Försäkringskassans rehabiliteringsansvar är det därför viktigt att öka kunskapen om de sjukskrivnas läkemedelsanvändning.



## **2 Undersökningen**

RFV-HALS är en återkommande enkätundersökning som påbörjades år 2002. En enkät skickades ut till ett urval av individer som påbörjade sin sjukskrivning de två senaste veckorna i januari och som var sjukskrivna 15 dagar eller längre (sjukskrivningsgruppen). För att undersöka om de sjukskrivna skiljde sig i olika aspekter från befolkningen i sin helhet gjordes även ett urval av normalbefolkningen (befolkningsgruppen). I syfte att följa sjukskrivningsprocessen hos en och samma individ sändes en uppföljande enkät ut ett år senare till dem som svarat på den första enkäten.

Enkäten innehöll frågor uppdelade på fem olika områden. Dessa var a) allmänna frågor, b) hälsa, sjukdom och sjukskrivning, c) arbete och arbetsförhållanden, d) utredning, åtgärder och väntetider och e) levnadsvanor, livsstil och mediciner. Enkäten till befolkningsurvalet innehöll samma frågor som till de sjukskrivna med undantag av de frågor som direkt berörde sjukskrivningen.

### **2.1 RFV-HALS 2002**

Föreliggande undersökning bygger på den enkät som sändes ut i maj 2002 (RFV-HALS 2002). *Sjukskrivningsgruppen* bestod av 10 781 slumpmässigt valda individer i åldern 20–64 år, vilka påbörjade en ny sjukskrivning i januari 2002, medan *befolkningsgruppen* utgjordes av 5 000 personer i åldern 20–64 år. I sjukskrivningsgruppen besvarades enkäten av 6 171 personer (57,2 procent) och i befolkningsgruppen av 3 160 personer (63,5 procent). Vid enkät-tillfället var 40 procent i sjukskrivningsgruppen fortfarande sjukskrivna och i befolkningsgruppen var nio procent sjukskrivna. Båda grupperna bestod således av såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna personer. För en mer omfattande beskrivning av genomförandet av RFV-HALS 2002 hänvisas till RFV Analyserar 2002:16.

#### **2.1.1 Sjukskrivningsstatistik från RFV:s sjukfallsregister**

Uppgifter om sjukskrivningslängden av den sjukskrivning som påbörjades i januari 2002 hämtades från RFV:s sjukfallsregister. Senast tillgängliga uppgift om sjukskrivningslängden för dem som fortsatt att vara sjukskrivna sen januari 2002 är från slutet av januari 2003. Sjukskrivningslängden för de svarande kan därmed sträcka sig alltifrån 15 dagar till cirka ett år.

## **2.1.2 Definitioner**

I föreliggande rapport kallas hädanefter smärtstillande, sömn- och lugnande medel gemensamt för *läkemedel*.

De som vid enkättilfället uppgav att de regelbundet använde läkemedlen benämns *användare* medan de som uppgav att de inte använde dessa kallas för *icke-användare*.

## **2.2 Uppföljande intervju angående beroende**

För att undersöka i vilken utsträckning användarna utvecklat ett beroende av läkemedlen genomfördes en uppföljande intervju med ett slumpmässigt urval bland dem som uppgivit att de regelbundet använde läkemedel. Redan i enkäten (RFV-HALS 2002) fick sjukskrivningsgruppen ange om de var beredda att bli kontaktade för uppföljande intervjuer med kompletterande frågor. Vilken typ av frågor som avsågs specificerades dock inte, då det var tänkbart att olika frågeställningar skulle kunna följas upp.

Intervjun innehöll 60 frågor uppdelade på fyra delområden: a) arbete och sjukskrivning vid intervjutillfället b) allmänt om läkemedelsanvändningen c) bedömning av läkemedelsberoende d) avslutning. Samtliga intervjuer genomfördes av samma person, en legitimerad sjuksköterska med läkemedelsberoende som specialitet. Även de som vid intervjutillfället slutat med sina läkemedel intervjuades angående den användning de uppgivit vid enkättilfället i maj/juni 2002.

### **2.2.1 Bedömning av beroende**

För att kartlägga läkemedelsberoende inkluderades frågor från ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument) i intervjun. ADDIS är en svensk översättning av det amerikanska SUDDS (Substance Use Disorder Diagnostic Schedule), ett strukturerat intervjuformulär för diagnostisering av alkohol- och drogberoende. Det är validerat i USA (Davis m.fl. 1992) och anpassat till svenska förhållanden (Hoffmann m.fl. 1996). Diagnosinstrumentet är utformat så att det skall ge underlag för diagnos av beroende i enlighet med de internationella diagnossystemen ICD-10 (WHO 1992) och DSM-IV (APA 1994).<sup>6</sup> Ett urval bestående av 25 bedömningsfrågor gjordes från ADDIS. Frågor som

---

<sup>6</sup> I bilaga 1 ingår en beskrivning av beroende av smärtstillande, sömn- och lugnande medel enligt ICD-10 och DSM-IV.

visat hög validitet när det gäller läkemedelsberoende valdes, vilket skedde i samråd med en av SUDDS:s upphovsmän, Norman Hoffman.<sup>7</sup>

För att optimera säkerheten i bedömningen jämfördes intervjuarens bedömning med bedömningar gjorda av såväl projektledaren<sup>8</sup> som av en extern expert.<sup>9</sup> För att en person skulle bedömas som läkemedelsberoende krävdes full överensstämmelse bedömarna emellan. Trots denna försiktighet i bedömningen är det viktigt att betona att studiens utformning – en enstaka och tidsbegränsad telefonintervju – utgjorde en begränsning för bedömningen. Bland annat fanns ingen möjlighet att följa upp motsägelsefulla svar. Personer som vill dölja ett beroende ger ofta motsägelsefulla svar, och för en korrekt bedömning krävs i dessa fall uppföljande samtal. I fall där personer lämnat motsägelsefulla svar och inte uppfyllde kriterierna bedömdes de som icke-beroende. Detta förfarande ledde snarare till en underrapportering än en överrapportering av beroende, varför resultatet antas ge en mycket säker bild av en lägsta nivå på andelen sjukskrivna personer som utvecklat ett läkemedelsberoende.

I rapporten kommer de som bedömdes som *beroende* att kallas beroende. Även personer som visade *tecken på fysiologisk tillvänjning* – exempelvis ökad tolerans och abstinensbesvär<sup>10</sup> – men som inte bedömdes som beroende enligt diagnossystemens kriterier inkluderas bland de beroende i analysen. Personer som uppfyller kriterierna för *skadligt bruk* och som använt läkemedel sex månader eller längre kommer också att inkluderas bland de beroende i analysen. Övriga användare benämns icke-beroende.

När det gäller urvalet behöver det även betonas att personer, som väljer att svara på enkäter och även är villiga att delta i uppföljande intervjuer, kan

---

<sup>7</sup> Norman G Hoffmann, Clinical Associate Professor of Community Health, Brown University and President, Evince Clinical Assessments.

<sup>8</sup> Psykologförbundets specialistkompetens i bedömning och diagnostik.

<sup>9</sup> Lynn Wickström, Certified Counselor of Alcohol and other Drug Abuse, International Certification and Reciprocity Consortium – Alcohol and Other Drug Abuse, ICRC-AODA, North Carolina, and the Swedish Certification Association of Alcohol and Other Drug Abuse Counselors. Ansvarig för ADDIS® i Skandinavien - 4M Konsult AB".

<sup>10</sup> Ökad tolerans innebär att en person behöver mer av läkemedlet för att få samma effekt som tidigare. Abstinens uppstår då en person drar ner på eller upphör med medicineringen. Den kan yttra sig bland annat som svettningar, hjärtklappning, skakningar och epileptiska anfall. Den kan också ge samma besvär som medlet tas emot t.ex. smärta och sömnrubbningar.

antas vara tämligen väl socialt fungerande personer. Det innebär att de som missbrukade alkohol eller andra droger troligen inte fanns med bland intervjudeltagarna i någon större utsträckning.

### **3 Resultat och diskussion**

För att jämföra om användningen av smärtstillande, sömn- och lugnande medel skiljer sig åt mellan sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen inleds analysen med en beskrivning av läkemedelsspecifika faktorer, såsom andel användare, av vilken anledning medicinen skrevs ut och användningstid för båda grupperna (avsnitt 3.1).<sup>11</sup>

Eftersom rapporten specifikt syftar till att kartlägga användningen av läkemedel bland sjukskrivna övergår sedan analysen till att enbart gälla sjukskrivningsgruppen (avsnitt 3.2) Avsnittet börjar med en beskrivning av i vilken utsträckning användarna utvecklat ett beroende av medicinen. En sådan utveckling kan som ovan nämnts leda till att personen blir än mer utsatt för de allvarliga biverkningar som långvarig användning av dessa läkemedel kan ge upphov till.

Utifrån olika studier om att användning av smärtstillande, sömn- och lugnande medel kan generera ohälsa är det även viktigt att undersöka om det föreligger några skillnader mellan användare och icke-användare – och beroende och icke-beroende användare – när det gäller olika hälsoaspekter. Även om föreliggande data inte kan påvisa i vilken riktning eventuella samband mellan användning och hälsoaspekterna går, utgör informationen en viktig grund vid eventuell rehabilitering. De hälsoaspekter som kommer att belysas är sjukskrivningslängd, i vilken utsträckning den sjukskrivne upplevt försämringar i psykiska och sociala hänseenden under sjukskrivningstiden samt den svarandes syn på sin framtida hälsa och arbetsförmåga (avsnitt 3.3).

För att få en uppfattning om eventuella riskgrupper fortsätter analysen med en redovisning av användare fördelad på olika individspecifika faktorer som antas ha betydelse för läkemedelsanvändningen. Dessa är demografiska faktorer, sjukskrivningsorsak, fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt stressrelaterade händelser i privatlivet (avsnitt 3.4). Varje enskild faktors betydelse för risken att vara användare – då de andra faktorerna kontrolleras – undersöks slutligen i en multivariat analys i form av en logistisk regression. I denna undersöks samma faktorer som i den deskriptiva analysen innan (avsnitt 3.5).

---

<sup>11</sup> I bilaga 2 redovisas läkemedelsfrågan i RFV-HALS 2002.

### 3.1 Användning av läkemedel i sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen

Tabell 1 visar att cirka en femtedel i sjukskrivningsgruppen använde läkemedel medan ca en tiondel var användare i befolkningsgruppen.

**Tabell 1 Andel som vid enkättilfället använde läkemedel i sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen. Procent**

	<i>Sjukskrivningsgruppen (n=5 914)</i>			<i>Befolkningsgruppen (n=3 074)</i>		
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>
Icke-användare	83	82	82	91	93	92
Användare	17	18	18	9	7	8

Kvinnor och män använde läkemedel i samma utsträckning i båda grupperna. Detta är med tanke på försäljningsstatistiken förvånande eftersom dessa läkemedel skrivs ut till kvinnor i mycket större utsträckning (Apoteket AB 2003).<sup>12</sup> Det skulle kunna tyda på att kvinnorna av någon anledning underrapporterat sin användning av läkemedlen. Detta resultat skulle i sådana fall överensstämma med en tidigare studie som visat att kvinnor med kronisk smärta i större utsträckning än män underrapporterar sin användning av läkemedel, speciellt när det gäller sömn- och lugnande medel. (Ready m.fl. 1982).

#### 3.1.1 För vad togs medicinen?

Även om analysen i fortsättningen gäller användare av smärtstillande, sömn- och lugnande medel tillsammans är det intressant att se för vilka besvär läkemedlen togs. I tabell 2 redovisas vilken typ av problem som användarna uppgav att de fått sin medicin mot. Det bör framhållas att det inte är självklart att de som exempelvis fått medicinen mot smärta faktiskt tog smärtstillande medel. Det finns fall där sömn- och lugnande medel skrivs ut mot smärta, det har tidigare studier visat (Hansson & Hansson 1999).

---

<sup>12</sup> Resultatet skiljer sig även från CAN:s tidigare befolkningsundersökningar, som visade att större andel kvinnor än män uppgav att de använde sömn- och lugnande medel (SOU 2000:91).

**Tabell 2      Användarna fördelade på de besvär som läkemedlet skrivits ut för. Procent**

Förskrivnings- orsak <sup>1</sup>	Sjukskrivningsgruppen (n=1021)			Befolkningsgruppen (n=242)		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Smärta	67	69	68	63	62	62
Sömnbesvär	43	39	42	43	38	41
Ångest/oro	25	20	23	27	31 <sup>2</sup>	29

<sup>1</sup> Att procentsumman blir större än 100 beror på att en del personer har läkemedel för fler än ett besvär.

<sup>2</sup> På grund av att antalet män i befolkningsgruppen som fått läkemedlen för ångest/oro var så litet går det ej att lägga vikt vid att det tycks föreligga en skillnad jämfört med männen i sjukskrivningsgruppen.

Som tabell 2 visar var det vanligast såväl i sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen som hos kvinnor och män att ha fått medicin för smärta (ca två tredjedelar), medan det var minst vanligt att ha fått läkemedlet för ångest och oro (20 till 30 procent). Detta resultat kan för sjukskrivningsgruppen förklaras med att en betydligt större andel personer var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen än för psykiska besvär. Med tanke på försäljningsstatistiken är det dock något förvånande att mönstret ser likadant ut även i befolkningsgruppen. Den visar nämligen att försäljningen av sömnmedel är betydligt större än den av smärtstillande medel (Apoteket AB 2003). En förklaring till denna diskrepans kan vara att smärtstillande tas mer regelbundet än sömn- och lugnande medel. En annan kan vara – som påpekades ovan – att personer med smärta får sömn- och lugnande medel för att kunna sova eller kunna slappna av och lindra smärtan. I dessa fall kanske personen uppfattar det som att hon/han fått medlet för smärta och inte exempelvis för sömnproblem. Det kan också finnas en föreställning om att det är mer acceptabelt att ta medicin för smärta än för psykiska besvär och att en del därför inte uppger sin användning av sömn- och lugnande medel.

### 3.1.2      Hur länge hade användarna tagit sina läkemedel?

Ett flertal studier har visat att den terapeutiska effekten läkemedlen tenderar att vara övergående (Mellinger m.fl. 1984, Marriot & Tyrer 1993, Levnadsvanor 1, underlagsrapport 7 1999, Longo & Johnson 2000). Enligt Melander m.fl. (2002) finns det exempelvis inga kliniska studier som klart visat att sömn- och lugnande medel skulle vara effektiva längre än tre månader.

Det finns också en enighet i vetenskapliga rapporter om att en längre tids användning av smärtstillande eller sömn- och lugnande medel kan innebära ökade risker att drabbas av nya sjukdomssymptom och beroende (Gudex 1991, Salzman 1998, Michelini m.fl. 1996, Longo & Johnson 2000). Det är därför viktigt att kartlägga hur länge användarna tagit sina läkemedel. Tabell 3 visar konsumtionstiden för användarna i sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen.

**Tabell 3 Användarna fördelade på konsumtionstid. Procent**

<i>Konsumtionstid<sup>1</sup></i>	<i>Sjukskrivningsgruppen (n=1037)</i>			<i>Befolkningsgruppen (n=251)</i>		
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>
1–8 veckor	27	29	28	22	25	23
2–6 månader	28	32	30	14	11	12
7–12 månader	8	6	7	9	6	8
Mer än ett år	37	33	35	55	58	57

<sup>1</sup> Konsumtionstiderna var de samma för personer som tog läkemedel mot smärta som för dem som medicinerade mot sömnproblem/ängest/oro.

Resultatet visar att majoriteten av användarna – såväl kvinnor som män – i båda grupperna hade använt smärtstillande eller sömn- och lugnande medel i mer än två månader. Drygt en tredjedel i sjukskrivningsgruppen och nästan 60 procent i befolkningsgruppen hade använt läkemedlen mer än ett år. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att den terapeutiska effekten – enligt de tidigare nämnda studierna – är kortvarig. Även med tanke på att rekommendationerna till läkare (FASS för förskrivare 2003) är att förskrivning ska ske med stor försiktighet och under så kort tid som möjligt är en konsumtionstid på över ett år att betrakta som lång. Det är inte heller osannolikt att det bland de användare som tagit medicinen mer än ett år fanns personer som använt medlen i flera år. Tidigare studier har rapporterat om användningstider på 15–20 år (Jonasson & Leo-Andersson 1995, Fritz m.fl. 1998).

Att en betydligt större andel i befolkningsgruppen tagit medicinen mer än ett år jämfört med sjukskrivningsgruppen skulle kunna bero på att de sjukskrivna i befolkningsgruppen varit sjukskrivna under betydligt längre tid än de sjukskrivna i sjukskrivningsgruppen. Nästan hälften av de sjukskrivna i befolkningsgruppen hade vid enkättilfället varit sjukskrivna mer än ett år (redovisas ej i någon tabell), medan de sjukskrivna i sjukskrivningsgruppen vid samma tillfälle som mest varit sjukskrivna 160 dagar. Detta antagande är i



enlighet med resultatet i den tidigare nämnda studien som visat att större andel personer, som varit sjukskrivna mer än ett halvt år, tagit sömn- och lugnande medel mer än ett år jämfört med dem som varit sjukskrivna mindre än ett halvår (Westerlund-Muz m.fl. 1996).

### 3.1.3 Screening av beroende

För att screenas<sup>13</sup> för fysiologisk tillvänjning och beroende av läkemedlen fick användarna svara på om de brukade ta mer av medicinen än ordinerat och om de försökt dra ner på konsumtionen av medicinen men inte kunnat. Studier har visat att dessa två frågor med stor tillförlitlighet kan användas som screening av läkemedelsberoende (Zywiak m.fl. 1999, Brown m.fl. 2001). Att använda mer än ordinerat är en indikation på att toleransen har ökat, dvs. mer av medicinen behövs för att ge samma effekt som tidigare. Att försöka att dra ner på konsumtionen, men inte kunna kan indikera att personen upplever abstinens eller andra utsättningsbesvär när hon/han försöker dra ner.

Tabell 4 visar andelen användare i sjukskrivningsgruppen och befolkningsgruppen som angivit att de använt mer läkemedel än ordinerat respektive försökt dra ner på konsumtionen utan att lyckas.

**Tabell 4 Andel av användarna som svarat att de använt mer av läkemedlen än ordinerat respektive försökt dra ner sin konsumtion av läkemedel utan att kunna. Procent**

Screeningsfrågor	Sjukskrivningsgruppen (n=1037)			Befolkningsgruppen (n=251)		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Mer än ordinerat	22	29	24	18	33	24
Försökt dra ner	50	56	52	45	57	50

I båda grupperna hade en fjärdedel av användarna använt mer än ordinerat, medan hälften i båda grupperna hade försökt dra ner sin konsumtion, men

<sup>13</sup> Att screena för ett medicinskt problem innebär att med hjälp av relativt billiga och enkla metoder söka rätt på ”riskgrupper”, dvs. personer som har indikationer på en sjukdom. En av de vanligaste medicinska screeningsmetoderna är mammografi. Steget efter screeningen är att undersöka patienten vidare för att kunna ställa diagnos.

inte kunnat. Resultatet indikerar att det föreligger en betydande risk att utveckla beroende vid användning av smärtstillande eller sömn- och lugnande medel.

### **3.1.4 Sammanfattning**

Icke oväntat använde en betydligt större andel (18 procent) i sjukskrivningsgruppen läkemedel jämfört med befolkningsgruppen (8 procent). Däremot använde kvinnor och män – mot förväntan – dessa läkemedel i samma utsträckning. I båda grupperna tog största andelen av både kvinnor och män medicin mot smärta (två tredjedelar). En tredjedel i sjukskrivningsgruppen och nästan 60 procent i befolkningsgruppen hade tagit medicinen i mer än ett år, vilket är anmärkningsvärt med tanke på de allvarliga biverkningar som långvarig användning av dessa mediciner kan ge upphov till. Resultatet indikerar att det finns en betydande risk att bli beroende vid användning av dessa läkemedel.

Då huvudsyftet med rapporten är att undersöka sjukskrivnas läkemedelsanvändning övergår analysen nu till att enbart gälla sjukskrivningsgruppen.

### **3.2 Beroende av läkemedel i sjukskrivningsgruppen**

Ovan konstaterades att risken att bli beroende tycks betydande vid användning av läkemedlen. Det är därför av stor vikt att undersöka i vilken utsträckning användarna faktiskt var beroende. Att vara beroende innebär att en persons utsatthet för de biverkningar som smärtstillande, sömn- och lugnande medel ger upphov till blir större. Dels ökar toleransen, vilket innebär att personen tar allt mer av läkemedlet, dels kan beroendet leda till att det är svårt att dra ner på konsumtionen eller sluta ta medicinen. Det innebär att den beroende både blir utsatt för större doser och en längre tids påverkan. Detta i sin tur torde ha betydelse för hälsan.

Tabell 5 visar urvalsunderlaget för den uppföljande intervjuundersökningen. Urvalet kunde endast ske från den grupp användare som samtidigt ställt sig positiva till att bli kontaktade. Från de 479 personer som regelbundet använde läkemedel och som accepterade att bli kontaktade drogs ett slumpmässigt urval på 240 personer – dvs. hälften.

**Tabell 5 Urvalsunderlag för intervjuundersökningen. Antal**

Regelbunden användning av smärtstillande eller sömn- och lugnande medel	1 037
Accepterade att bli kontaktade	479
Urval till intervjuundersökningen	240

Intervjuer genomfördes med 187 (78 procent) av dessa. I bortfallet var 21 personer oanträffbara, 8 personer avböjde att vara med och 24 personer kände inte igen de läkemedel som intervjuaren läste upp<sup>14</sup>.

I tabell 6 redovisas bedömningarna gjorda på de 187 personer som deltog i den uppföljande intervjuundersökningen. I tabellen sker en uppdelning på de specifika bedömningarna: beroende, skadligt bruk och fysiologisk tillvänjning (se avsnitt 2.2.1). Resultatet visar att 30 personer (16 procent) bedömdes vara beroende av läkemedel. Vidare bedömdes 21 personer (11 procent) ha utvecklat en fysiologisk tillvänjning, medan fyra personer bedömdes ha ett skadligt bruk. Inga skillnader i förekomsten av beroende förelåg mellan kvinnor och män, liksom inte heller inom faktorerna civilstånd, ålder, lägsta utbildningsnivå, födelseland och sjukskrivningsorsak (bilaga 3; tabell 1).

---

<sup>14</sup> 21 av de 24 personer som inte kände igen något av de uppräknade läkemedlen hade trots detta svarat på delfrågorna i läkemedelsfrågan i RFV-HALS. Detta skulle kunna bero på att de av någon anledning inte ville bli intervjuade om sin användning. Det kan också vara så att de svarat på frågan med tanke på något annat smärtstillande eller sömn- och lugnande medel, som inte fanns med bland de uppräknade. Eventuella handskrivna tillägg på frågeformuläret registrerades inte vid inmatningen av data på SCB, vilket gör att det senare antagandet inte kan prövas.

**Tabell 6** Beroende, skadligt bruk och fysiologisk tillvänjning bland användarna. (n=187) Smärtstillande = sm, sömn- och lugnande = s/l

Bedömning	Antal	Procent
Skadligt bruk	4	2
Fysiologisk tillvänjning (sm)	15	8
Fysiologisk tillvänjning (s/l)	6	3
Beroende (sm)	18	10
Beroende (s/l)	10	5
Beroende (sm/s/l)	2	1
Totalt	55	29

Notering: Då såväl beroende som fysiologisk tillvänjning kan förväntas leda till långvarig utsatthet för läkemedlen kommer de 51 personer som fick dessa bedömningar fortsättningsvis att analyseras tillsammans under beteckningen *beroende*. Samtliga fyra personer som bedömdes ha ett skadligt bruk hade använt läkemedlen i mer än ett halvår, dvs. hade långvarig utsatthet för läkemedlen. Därför inkluderas även dessa bland de beroende i analysen. De resterande kommer att benämnas *icke-beroende*.

De vanligaste symtom som de beroende visade var ökad tolerans, att de kände en stark önskan eller tvång att ta läkemedlen, att de använde medicinen i större mängder och under längre perioder än de tänkt sig, att de fortsatte använda medicinen trots negativa konsekvenser (fysiska, psykiska eller sociala) och att familj och vänner klagade på läkemedelsanvändningen. Med undantag för en person uppvisade de beroende en symtombild som enligt tidigare studier är typisk för personer, som utvecklat ett beroende till läkemedel (Maruta 1979, Evans 1981, Friedman 1990, Salzman 1998). Det handlar om personer som inte tycks ha några synbara missbruksbeteenden. Detta stämmer helt med antagandet tidigare, att urvalet i denna undersökning inte skulle komma att omfatta personer som tillhör "missbrukarpopulationen", dvs. personer som använder andra, ofta illegala, droger. Snarare torde det handla om "vanliga" patienter som blivit fast i en ond cirkel med sina läkemedel.

Tidigare studier har visat att användningstid och dos tycks ha betydelse vid utveckling av läkemedelsberoende (Maruta 1979, Evans 1981, Friedman 1990, Salzman 1998). Resultatet i föreliggande undersökning Tabell 7 visar att dubbelt så stor andel av de beroende hade använt läkemedel mer än ett år jämfört med de icke-beroende.

**Tabell 7      Användningstid och användningsfrekvens. Procent**

	<i>Icke-beroende</i> (n=132)	<i>Beroende</i> (n=55)
<i>Användningstid</i>		
Använt mindre än ett år	71	38
Använt mer än ett år	29	62
<i>Användningsfrekvens</i>		
Använt mindre än 3 dagar per vecka	37	20
Använt 3–7 dagar per vecka	63	80

Vidare hade 80 procent av de beroende tagit medicinen minst tre dagar per vecka jämfört med drygt 60 procent av de icke beroende. Det är dock i båda fallen svårt att veta i vilken riktning sambanden går. Antagligen kan de gå i båda riktningarna. En längre tids användning kan leda till beroende, som i sin tur leder till att personen inte kan sluta sin medicinering. På så vis kan en ond cirkel skapas, där en medicinering fortgår trots att ursprungsbesvären kanske inte längre finns kvar eller trots att läkemedlen inte längre har någon terapeutisk effekt för de ursprungliga besvären. Användningen kanske då endast syftar till att undvika abstinens, trots att användaren oftast inte alls är medveten om detta.

Ovan nämndes att de två screeningsfrågorna i RFV-HALS 2002 antogs utgöra en tillförlitlig indikation på om en person utvecklat ett beroende. Beräkning av den relativa risken att vara beroende visar att personer, som både angivit att de tagit mer läkemedel än ordinerat och försökt dra ner konsumtionen utan att lyckas, löpte fem gånger så stor risk att bedömas som beroende jämfört med dem som inte svarat ja på någon av de två frågorna. Screeningsfrågorna tillsammans kan därför sägas fungera tillfredsställande som en indikation på beroende. De skulle således kunna användas av läkare och annan sjukvårdspersonal för att i ett tidigt skede fånga upp personer, som är i riskzonen att utveckla ett beroende av sina läkemedel. Även för handläggarna på Försäkringskassan kan dessa frågor fungera som en indikation på att läkemedelsanvändningen behöver beaktas i en eventuell rehabiliteringsplan.

Noteras bör att mindre än hälften av de intervjuade hade informerats om risken att bli beroende av de här läkemedlen av någon läkare, medan tre fjärdedelar själva funderat över risken. Detta är anmärkningsvärt med tanke på den stora beroendepotential som dessa läkemedel har.

### **3.3 Läkemedelsanvändning och olika hälsoaspekter**

Utifrån rapporterna att längre tids läkemedelsanvändning i sig kan ge upphov till ohälsa (Gudex 1991, Salzman 1998, Micheline m.fl. 1996, Longo & Johnson 2000) är det viktigt att undersöka om det föreligger några skillnader mellan icke-användare och användare, när det gäller olika hälsoaspekter. Även om denna undersökning inte kan påvisa i vilken riktning eventuella samband mellan användning och hälsoaspekterna går, kan informationen utgöra en viktig grund för hur en eventuell rehabilitering ska läggas upp.

De hälsoaspekter som kommer att jämföras är sjukfallslängd, subjektivt skattad hälsa, försämring i psykologiska och sociala hänseenden under sjukskrivningstiden samt bedömning av den framtida hälsan och arbetsförmågan.

Längden på sjukskrivningen antas spegla svårighetsgraden av de besvär som personen sjukskrevs för. En lång sjukskrivningstid kan också bero på att komplikationer alternativt nya besvär uppstått under sjukskrivningstiden.

Den subjektivt bedömda hälsan har enligt tidigare studier visat att stor betydelse för risken att bli sjuk och sjukskriven (Weinehall m.fl. 1998, Nationella folkhälsokommittén, SOU 2002:5).

Skälet till att en person blir sjukskriven skall vara att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Om sjukdomen är behandlingsbar upplever förhoppningsvis personen en förbättring under sjukskrivningstiden. Frågan är om sjukskrivningstiden även kan innebära att olika sociala och psykologiska aspekter av livet förändras. Försämringar under sjukskrivningstiden torde ha stor betydelse för möjligheterna att återgå i arbetet.

Slutligen har en tidigare RFV-rapport visat att den sjukskrivnes egen bedömning av och prognos om sin framtida hälsa och arbetsförmåga ger en god bild av sannolikheten att återgå i arbete (Bergendorff m.fl. 2001).

När det gällde användarna antogs såväl *beroende* som *användningstid* ha betydelse för hälsan. Den jämförande analysen gällande beroende och icke-beroende användare visade dock att det inte förekom några skillnader mellan dessa i någon av de undersökta hälsoaspekterna (bilaga 4, tabell 1–4). Av den anledningen redovisas nedan endast jämförelsen mellan icke-användarna och två grupper av användare, dvs. de som tagit sina läkemedel mindre än ett år och de som tagit dem mer än ett år.

För att göra presentationen så överskådlig som möjligt kommer samtliga resultat inom detta avsnitt att redovisas för kvinnor och män tillsammans.

Eventuella skillnader kommer dock att kommenteras i texten och tabeller över separata analyser för kvinnor och män återfinns i bilaga 5.

### *Sjukskrivningslängd och läkemedelsanvändning*

I inledningen nämndes studier som rapporterat att användningstid tycks relaterat till sjukskrivningslängd (Westerlund-Muz m.fl. 1996). Det är därför viktigt att även i denna studie undersöka ett eventuellt samband, då detta kan ha stor betydelse för valet av rehabilitering. Om en längre tids sjukskrivning har samband med en längre tids läkemedelsanvändning bör detta beaktas i utredningen av den försäkrade. Den senaste uppgiften om sjukskrivningslängd för dem som påbörjade sin sjukskrivning i januari 2002 är från januari 2003. Detta innebär att denna sjukskrivning kan sträcka sig från 15 dagar till cirka ett år.

**Tabell 8** **Icke-användare och användare fördelade över sjukfallslängder för den sjukskrivning som påbörjades i januari 2002. Procent**

<i>Sjukfallslängd för sjukskrivningen i januari 2002</i>	<i>Icke-användare (n=5134)</i>	<i>Använt mindre än 1 år (n=665)</i>	<i>Använt mer än 1 år (n=372)</i>
15–60 dagar	55	34	43
2–6 månader	26	27	24
7–12 månader	17	33	29
Mer än ett år	3	6	3

Som tabell 8 visar förelåg skillnader mellan icke-användare och användare men inte mellan dem som använt mindre respektive mer än ett år, då det gäller sjukskrivningen som påbörjades i januari 2002. Användarna hade varit sjukskrivna sju månader eller mer i betydligt större utsträckning än icke-användarna. Inga större skillnader förelåg mellan könen (bilaga 5; tabell 1). Det tycks således som det främst är användning – och inte användningstid – som är relaterat till sjukskrivningslängden.

### *Den subjektivt skattade hälsan*

I RFV-HALS 2002 fick de svarande själva skatta sitt allmänna hälsotillstånd avseende tiden då de besvarade enkäten i maj/juni 2002 (enkättillfället), ett år tidigare (maj/juni 2001) och hur de trodde det skulle vara ett år senare (maj/

juni 2003). Skattningen av det allmänna hälsotillståndet skedde med hjälp av en tiogradig skala, där 1 stod för mycket dåligt och 10 för mycket bra.

Tabell 9 visar andelen som skattade att de mådde mycket dåligt eller ganska dåligt (1–4 på skalan) ett år före enkättilfället och vid enkättilfället. Vidare visas andelen som skattade att de mådde mycket dåligt eller ganska dåligt vid *båda* tillfällena.

**Tabell 9      Andel av icke-användarna och användarna som skattade att de mådde dåligt/ganska dåligt. Procent.**

<i>Skattning av hälsan</i>	<i>Icke-användare (n=5134)</i>	<i>Använt mindre än 1 år (n=665)</i>	<i>Använt mer än 1 år (n=372)</i>
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt ett år före enkättilfället	22	28	54
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt vid enkättilfället	24	52	53
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt vid <i>båda</i> tillfällena	9	17	36

Som tabell 9 visar var det en tydligt skillnad mellan icke-användare och användare i skattningen av hälsan. Förutom vid skattningen av hälsan vid enkättilfället finns också en skillnad mellan dem som använt läkemedel mindre än ett år och dem som använt mer än ett år. Dubbelt så stor andel av dem som använt läkemedel mer än ett år mådde mycket dåligt eller ganska dåligt såväl ett år före enkättilfället som vid båda tillfällena jämfört med dem som använt mindre än ett år. Det var inga skillnader i skattningarna mellan kvinnor och män (bilaga 5; tabell 2)

Som tidigare nämdes är det omöjligt att avgöra vad som är orsak och verkan i den relation som uppenbart råder mellan den självskattade hälsan och läkemedelsanvändningen. Det kan dock synas anmärkningsvärt att mer än en tredjedel av dem som använt läkemedlen i mer än ett år uppgav att de mådde dåligt vid såväl enkättilfället som ett år tidigare. En slutsats som kan dras av detta resultat är att den långvariga läkemedelsanvändningen i dessa fall åtminstone inte påverkat den självuppskattade hälsan till det bättre.



*Försämringar under sjukskrivningstiden*

RFV-HALS 2002 hade som syfte att – förutom att undersöka tänkbara orsaker till sjukskrivning – även kartlägga vad som hände under själva sjukskrivningen. Det kunde vara olika typer av åtgärder, men även huruvida de sjukskrivna upplevde förändringar i vissa sociala och psykologiska förhållanden under sjukskrivningstiden. I tabell 10 redovisas endast i vilken utsträckning de svarande upplevt försämringar under sjukskrivningstiden.

**Tabell 10** Andel som försämrats i olika avseenden under sjukskrivningstiden. Procent

<i>Försämringar med avseende på:</i>	<i>Icke-användare (n=5134)</i>	<i>Använt mindre än 1 år (n=665)</i>	<i>Använt mer än 1 år (n=372)</i>
Allmänna hälsotillståndet	18	31	22
Relationen till familjen	4	10	10
Sociala kontakten med vänner	11	22	21
Sociala kontakten med arbetskamrater	26	37	31
Lusten till fritidsaktiviteter	26	38	39
Självkänslan	19	36	31
Sömnvanorna	24	46	41
Motionsvanorna	33	40	38
Kostvanorna	11	17	17
Ekonomi	62	70	69

Resultaten är entydiga. I samtliga avseenden hade användarna upplevt en försämring i större utsträckning än icke-användarna. Kvinnor och män hade upplevt försämringar i stort sett i samma utsträckning (bilaga 5; tabell 3). Däremot var det inga större skillnader mellan användargrupperna, utom när det gällde det allmänna hälsotillståndet. Där upplevde de som använt läkemedel mindre än ett år försämringar i större utsträckning (31 procent) än de som använt mer än ett år (22 procent). Kanske kan en förklaring vara att de som använt läkemedel mindre än ett år mådde bättre innan sjukskrivningen än de som använt mer än ett år. Då såväl smärtstillande som sömn- och lugnande medel antas ha god effekt på sömnen är det anmärkningsvärt att mer än 40 procent av användarna uppgav att sömnvanorna försämrats. Det faktum att så stor andel av användarna upplevde försämringar i så många aspekter av livet

under sjukskrivningstiden bör vara en klar indikation på att det bör följas upp i vilken utsträckning de har hjälp av sina läkemedel.

### **Bedömning av framtida hälsa och arbetsförmåga**

I RFV-HALS 2002 inkluderades, förutom skattningen av den egna hälsan, frågor avseende de svarandes bedömning av sin framtida arbetsförmåga. De som inte längre var sjukskrivna vid enkättilfället i maj/juni 2002 fick ange om de trodde att de skulle bli sjukskrivna igen under minst två veckor i samma besvär som i januari 2002. Vidare fick de som fortfarande var sjukskrivna vid enkättilfället ange när de trodde att de skulle kunna arbeta sin normala arbetstid igen. Alla fick uppge om de med tanke på sin nuvarande arbetsförmåga skulle vilja ha förtidspension.

Tabell 11 visar den egna bedömningen av den framtida hälsan och arbetsförmågan hos icke-användare och användare. Även detta resultat är entydigt. Läkemedelsanvändarna överlag såg mer negativt på sina möjligheter att bli friska och att återgå i arbete än icke-användarna. Detta gällde såväl kvinnor som män (bilaga 5; tabell 4).

**Tabell 11 Egen bedömning av den framtida hälsan och arbetsförmågan hos icke-användare och användare som ätit medicinen mindre respektive mer än ett år. Procent**

	<i>Icke-användare (n=5134)</i>	<i>Använt mindre än 1 år (n=665)</i>	<i>Använt mer än 1 år (n=372)</i>
Bedömer hälsan om ett år som dålig/mycket dålig	10	23	34
Friskskriven och tror att hon/han ska bli sjuk igen i samma besvär	28	57	55
Fortfarande sjukskriven och tror att hon/han aldrig kan arbeta i normal utsträckning igen	23	26	43
Önskar förtidspension	16	28	43

Inom gruppen användare var dessutom de som använt läkemedel mer än ett år mer pessimistiska när det gällde den framtida hälsan och arbetsförmågan än dem som använt mindre än ett år.

### **3.3.1 Sammanfattning**

Sammanfattningsvis tycks jämförelsen mellan icke-användare och användare visa att användningen är relaterad till negativa hälsoaspekter. Användarna hade i högre utsträckning varit sjukskrivna under en längre tid. De skattade sin tidigare, nuvarande och kommande hälsa mer negativt än icke-användarna. De hade upplevt försämringar under sjukskrivningstiden i betydligt högre utsträckning än icke-användarna och de var mer pessimistiska när det gällde sin framtida arbetsförmåga. Det fanns också skillnader mellan de användare som använt läkemedel mindre än ett år jämfört med dem som använt läkemedel mer än ett år. De som använt läkemedel mer än ett år såg mer pessimistiskt på sina möjligheter att återgå i arbete än dem som använt läkemedel mindre än ett år. Likaså önskade de sig förtidspension i större utsträckning.

Däremot förelåg inga skillnader mellan beroende och icke-beroende användare med avseende på de undersökta hälsoaspekterna (bilaga 4). Därav dras slutsatsen att det är användningen i sig – och användningstiden – som är relaterad till ett sämre mående och en mer pessimistisk uppfattning om den framtida hälsan och arbetsförmågan än om en person är läkemedelsberoende eller ej.

Huruvida dessa resultat beror på att användarnas ursprungliga sjukdomar var mer allvarliga än icke-användarnas eller om de till dels kan vara en följd av själva läkemedelsanvändningen kan inte denna studie visa. Emellertid visar resultatet att långvarig läkemedelsanvändning inte tycks leda till att dessa personer i större utsträckning upplever sin hälsa eller arbetsförmåga bättre än icke-användarna, utan snarare tvärtom.

### **3.4 Deskriptiv analys av läkemedelsanvändarna**

För att se om det förelåg olikheter mellan olika grupper när det gällde i vilken utsträckning de använde läkemedel redovisas i tabell 12 användarna fördelade på olika bakgrunds- och andra faktorer som antas ha betydelse för läkemedelsanvändningen.

Att döma av försäljningsstatistiken borde kön ha betydelse för användningen av smärtstillande, sömn- och lugnande medel. En betydligt större andel av försäljningen gäller kvinnor än män. Ovan visades dock att i denna undersökning använde lika stor andel kvinnor som män läkemedlen. Trots detta är det möjligt att kvinnors och mäns konsumtionsmönster kan se olika ut. En tidigare rapport från RFV-HALS 2002 visade exempelvis att kvinnor i större utsträckning var sjukskrivna för psykiska problem och män för besvär i rörel-

seorganen (Eklund m.fl. 2002). I tabell 12 redovisas därför, förutom andelen användare bland samtliga svarande, även andelen användare bland kvinnor och män.

En tidigare svensk studie visade att såväl ogifta som skilda män hade större risk att använda sömn- och lugnande medel än gifta, liksom att skilda kvinnor löpte större risk att vara användare än gifta kvinnor (Blennow m.fl. 1994). Det är därför rimligt att det även i den föreliggande studien kommer att vara skillnad mellan gifta, ogifta och skilda när det gäller användningen av läkemedel.

Ålder antas utifrån försäljningsstatistiken ha betydelse för användningen. Försäljningen av såväl smärtstillande som sömn- och lugnande medel är positivt korrelerad med åldern. Personer i de äldre åldersklasserna (35–64 år) bör därför ha uppgivit att de använder dessa läkemedel i större utsträckning än de mellan 20 och 34 år.

I en nyligen framlagd doktorsavhandling visades att en ogynnsam socioekonomisk situation har betydelse för användning av centralt verkande läkemedel (Henricson 2003). Som mått på socioekonomisk nivå väljs i föreliggande undersökning högsta utbildningsnivå. Antagandet blir att de med grundskola som högsta utbildningsnivå kommer att vara användare i större utsträckning än de med högre utbildning.

Den ovan nämnda doktorsavhandlingen visade även att personer med utländskt ursprung är överrepresenterade när det gäller användning av centralt verkande läkemedel. Hypotesen är att även i denna undersökning kommer utlandsfödda att vara användare i större utsträckning än personer som är födda i Sverige.

Sjukskrivningsorsak borde vara det som är starkast relaterat till användningen av smärtstillande, sömn- och lugnande medel. För att undersöka detta delas de svarande in i fem grupper av sjukskrivningsorsaker. Den första är besvär i rörelseorganen, som omfattar 31 procent av de sjukskrivna. I denna grupp inkluderas besvär i nacke, axlar, skuldror, armar, ben och fötter, ryggbesvär, leder, allmän värk och fibromyalgi. Den andra gruppen är psykiska besvär (omfattande 17 procent av de sjukskrivna) i vilken bland annat depression, nedstämdhet, ångest, stress, utbrändhet, psykotiska besvär och missbruksproblem ingår. I gruppen ”övriga besvär” (36 procent av de sjukskrivna) ingår bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, besvär i andningsorganen, tumörsjukdomar, mag- och tarmbesvär, olycksfall och arbetsskador och graviditetskomplikationer. En del personer hade angivit flera sjukskrivningsorsaker och dessa utgör den fjärde gruppen (2 procent). I denna grupp uppgav 78 procent

att de var sjukskrivna både för besvär i rörelseorganen och för psykiska besvär. Slutligen hade en del av de svarande inte angivit någon sjukskrivningsorsak och dessa utgör den sista gruppen (14 procent).

De som var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och psykiska besvär förväntas vara användare i högre grad än de som var sjukskrivna för övriga besvär. Trots att många personer med övriga besvär naturligtvis har smärtor och sömnproblem är det rimligt att anta att denna grupp i större utsträckning ordinerar andra typer av läkemedel. Exempelvis antas de med graviditetskomplikationer (drygt sex procent) använda dessa läkemedel i liten utsträckning. Likaså är det troligt att personer med exempelvis akuta skador – såsom brott på armar eller ben – får smärtstillande en begränsad tid. I de fall de med övriga besvär får läkemedel bör det således mindre ofta vara fråga om regelbunden användning.

En ansträngande fysisk arbetsmiljö före sjukskrivningen antas ha betydelse för användningen av framför allt smärtstillande medel. I analysen inkluderas därför fysisk arbetsmiljö. De svarande fick i RFV-HALS 2002 ange hur ofta de i sitt arbete utsattes för hälsofarliga ämnen, buller och vibrationer, lyft av tunga föremål, upprepade böjningar och vridrörelser, ensidiga rörelser, bildskärmsarbete, utsatthet för köld eller hetta, temperaturväxlingar och risk för olycksfall. Ett standardiserat index för denna fråga, som använts i tidigare rapporter som bygger på RFV-HALS 2002, användes (Lidwall 2003, Eklund 2003). I analysen indelas arbetsmiljön i ”ej fysiskt ansträngande” och ”fysiskt ansträngande” arbetsmiljö, där det senare innebär att personen utsattes för flera av betingelserna dagligen.

Enligt en tidigare studie inom RFV-HALS har den psykosociala arbetsmiljön stor betydelse för att förklara långvariga sjukskrivningar (Lidwall 2003). Där tillämpades bland annat Karasek & Theorells krav- och kontrollmodell, och personer med arbeten som framför allt innebar höga krav visade sig ha störst risk att bli långtidssjukskrivna. Likaså hade dåligt socialt stöd betydelse för risken att bli långtidssjukskriven. En psykosocial arbetsmiljö, som ger ökad risk för långtidssjukskrivning, kan också ha betydelse för användning av läkemedel, varför dessa faktorer tas med i analysen.<sup>15</sup>

Slutligen torde också omständigheter i det privata livet påverka användningen av läkemedel, framför allt sömn- och lugnande medel. Därför undersöks även

---

<sup>15</sup> För beskrivning av krav- kontrollmodellen och hur dessa faktorer och faktorn om socialt stöd skapades hänvisas till RFV Analyserar 2003:3 och RFV Analyserar 2003:10.

om händelser som är kända för att kunna orsaka stress är av betydelse för om den sjukskrivne är läkemedelsanvändare. Dessa händelser är skilsmässa, allvarlig konflikt med närstående, sjukdom hos närstående, dödsfall hos närstående, ekonomiska problem, mobbning/kränkning, offer för brott och ansvar för någon handikappad eller långvarigt sjuk. I denna studie antas att personer som varit med om stressrelaterade händelser under det senaste året i större utsträckning använder läkemedel än de som inte har varit med om några sådana händelser.

**Tabell 12 Andel sjukskrivna som var läkemedelsanvändare. Procent**

	<i>Kvinnor</i> (n=3994)	<i>Män</i> (n=1891)	<i>Samtliga</i> (n=5885)
<i>Civilstånd</i>			
Gift/sambo	16	18	16
Ogift	17	12	15
Skild/änka/änkling*	21	18	20
<i>Ålder</i>			
20–34	13	13	13
35–49	17	19	18
50–64	19	17	18
<i>Utbildningsnivå</i>			
Grundskola	20	15	18
Gymnasium	17	18	17
Universitet	15	16	15
<i>Födelseland</i>			
Sverige	16	16	16
Annat land	25	24	24
<i>Sjukskrivningsorsak</i>			
Besvär i rörelseorganen	23	21	22
Psykiska besvär	19	24	20
Övriga besvär	9	8	9
Flera besvär	18	29	21
Ingen orsak angiven	23	20	22
<i>Fysisk arbetsmiljö</i>			
Ej fysiskt ansträngande	16	15	16
Fysiskt ansträngande	20	18	19
<i>Psykosocial arbetsmiljö</i>			
Höga krav/hög kontroll (aktivt arbete)	18	16	17
Låga krav/hög kontroll (avspänt arbete)	14	13	14
Låga krav/låg kontroll (passivt arbete)	16	20	18
Höga krav/låg kontroll (anspönt arbete)	20	21	20
<i>Socialt stöd</i>			
Bra socialt stöd	16	16	16
Dåligt socialt stöd	22	20	21
<i>Händelser i privatlivet det senaste året</i>			
Inga stresshändelser	13	15	14
1–2 stresshändelser	21	19	20
3–8 stresshändelser	23	24	23
<b>Totalt</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>

\* Änkorna/änklingarna har förts samman med de skilda, beroende på att de var så få (endast tre av de manliga läkemedelsanvändarna var änklingar).

Resultatet i tabell 12 visar att skillnader i användningen tycks föreligga inom varje förklaringsfaktor. Den största skillnaden förelåg som förväntat mellan olika sjukskrivningsorsaker. Bara nio procent av dem som var sjukskrivna för övriga besvär var användare jämfört med över 20 procent bland de övriga fyra sjukskrivningsorsakerna. Även mellan svenskfödda och utlandsfödda var skillnaden betydande (16 procent jämfört med 24 procent).

Vidare såg mönstret olika ut för kvinnor och män när det gällde vissa förklaringsfaktorer, exempelvis tycktes kvinnor som var sjukskrivna för psykiska problem använda läkemedel i mindre utsträckning än män som var sjukskrivna för samma typ av besvär (19 respektive 24 procent).

Eftersom beskrivningen visar på skillnader i varje förklaringsfaktor är det viktigt att undersöka vilka av dem som har betydelse när de övriga kontrolleras för.

### **3.5 Multivariat analys avseende den relativa risken att vara läkemedelsanvändare**

För att undersöka om skillnaderna inom en enskild faktor kvarstår vid kontroll för de övriga faktorerna skapas en logistisk regressionsmodell som innehåller samtliga faktorer från den deskriptiva analysen ovan.

#### *Logistisk regression*

Logistisk regression används då den faktor som undersöks endast kan anta två värden, i detta fall att vara användare eller icke-användare. I den logistiska regressionen beräknas den relativa risken att vara användare för var och en av de förklaringsfaktorer som tas med i modellen, t.ex. kön, ålder och civilstånd. En kategori i varje förklaringsfaktor tas ut som referens, t.ex. ”kvinna” i förklaringsfaktorn ”kön”. Referensen ges värdet 1. I den logistiska regressionen beräknas sedan risken för män att vara användare jämfört med kvinnor. Risken anges i form av en oddskvot där 1 betyder att det inte föreligger någon skillnad i risken mellan de två kategorierna i förklaringsfaktorn. Dvs. om män får oddskvoten 1 föreligger ingen skillnad mellan kvinnor och män när det gäller risken att vara användare. Om män däremot skulle få oddskvoten 0,85 innebär det att män löper 15 procent mindre risk att vara användare än kvinnor. På motsvarande sätt innebär oddskvoten 1,15 att män löper 15 procent



större risk att vara användare jämfört med kvinnor.<sup>16</sup> Olika tänkbara förklaringsfaktorer inkluderas i regressionen och samtliga faktorer kontrolleras för de andra. Om exempelvis modellen innehåller förklaringsfaktorerna kön, ålder och civilstånd beräknas risken för en man att vara läkemedelsanvändare jämfört med en kvinna som är lika gammal och som har samma civilstånd.

Resultaten i den deskriptiva analysen indikerade att det kunde vara betydelsefulla skillnader i konsumtionsmönstret mellan kvinnor och män och av den anledningen presenteras i tabell 13 oddskvoterna förutom för samtliga även separat för kvinnor och män.

---

<sup>16</sup> Om avvikelserna från 1 är ”verkliga” skillnader eller inte uträknas som vanligt med hjälp av signifikanstest.

**Tabell 13** Oddskvoter för att vara läkemedelsanvändare.

	<i>Oddskvot Kvinnor</i>	<i>Oddskvot Män</i>	<i>Oddskvot Totalt</i>
<i>Kön</i>			
Kvinna (ref.)			1
Man			0,90
<i>Civilstånd</i>			
Gift (ref.)	1	1	1
Ogift	1,14	0,70	0,96
Skild/Änka/änkling	1,16	0,86	1,07
<i>Ålder</i>			
20–34 (ref.)	1	1	1
35–49	1,30*	1,37	1,33**
50–64	1,64***	1,81**	1,71***
<i>Utbildningsnivå</i>			
Grundskola (ref.)	1	1	1
Gymnasium	1,09	1,36*	1,18*
Universitet	0,97	1,21	1,04
<i>Sjukskrivningsorsak</i>			
Besvär i rörelseorganen (ref.)	1	1	1
Psykiska besvär	0,79*	1,14	0,87
Övriga besvär	0,41***	0,33***	0,39***
Flera olika besvär <sup>1</sup>	0,84	1,27	0,90
Ingen angiven orsak	1,11	0,82	1,02
<i>Födelseland</i>			
Sverige (ref.)	1	1	1
Annat land	1,64***	1,24	1,49***
<i>Fysisk arbetsmiljö</i>			
Ej fysiskt ansträngande (ref.)	1	1	1
Fysiskt ansträngande	1,11	1,21	1,12
<i>Psykosocial arbetsmiljö</i>			
Höga krav/hög kontroll (aktivt arbete)	1,17	1,24	1,20*
Låga krav/hög kontroll (avspänt arbete) (ref.)	1	1	1
Låga krav/låg kontroll (passivt arbete) <sup>2</sup>	1,18	1,99**	1,41**
Höga krav/låg kontroll (anspönt arbete)	1,22	1,56*	1,32**
<i>Socialt stöd</i>			
Bra socialt stöd på arbetet (ref.)	1	1	1
Dåligt socialt stöd på arbetet	1,03	1,02	1,03
<i>Stressrelaterade händelser i privatlivet senaste året</i>			
Inga stresshändelser (ref.)	1	1	1
1–2 stresshändelser	1,49***	1,25	1,42***
3–8 stresshändelser	1,70**	1,55	1,66**

\*\*\* P&lt;0,001 \*\* P&lt;0,05 \* P&lt;0,1

<sup>1</sup> Antalet personer som använde läkemedel och som var sjukskrivna för flera orsaker var endast 35 (24 kvinnor och 11 män).<sup>2</sup> Antalet män som använde läkemedel och som arbetade i en miljö med låga krav och låg kontroll var endast 22.

Tabell 13 visar att risken att vara läkemedelsanvändare var lika stor för kvinnor och män, även då de övriga faktorerna kontrollerades. Även civilstånd, fysiskt ansträngande arbetsmiljö och socialt stöd på arbetet saknade betydelse för risken att vara användare. Däremot hade ålder, utbildningsnivå, sjukskrivningsorsak, födelseland, psykosocial arbetsmiljö och stressrelaterade händelser det senaste året betydelse.

Hypotesen bekräftas när det gäller åldern. Risken att vara användare var högre för de äldsta åldersklasserna jämfört med att vara 20–34 år. När alla övriga förklaringsfaktorer i modellen var desamma var det drygt 70 procents större risk att använda läkemedel bland dem som var 50–64 år jämfört med dem som var 20–34 år. Detta skulle kunna förklaras av att de äldre har allvarligare eller mer omfattande besvär än de yngre, trots att sjukskrivningsorsaken är den samma. Det kan också vara en skillnad i attityderna till medicinering hos äldre och yngre. De yngre känner kanske mer motstånd till att använda läkemedel än äldre. Förklaringen kan också ligga hos de förskrivande läkarna. Det är möjligt att dessa är mer restriktiva när det gäller att skriva ut dessa läkemedel till yngre personer än till äldre.

När det gäller utbildningsnivå bekräftas inte hypotesen att personer med grundskoleutbildning skulle vara användare i större utsträckning. Tvärtom var risken att vara användare något större bland gymnasieutbildade personer jämfört med dem med endast grundskoleutbildning. Vid uppdelning på kön kvarstod skillnaden endast för män, där risken var nästan 36 procent större att vara användare bland dem som gått gymnasiet jämfört med dem som endast gått ut grundskolan.

Som väntat hade sjukskrivningsorsak betydelse för läkemedelsanvändningen. Risken att vara användare var betydligt mindre vid övriga besvär än vid besvär i rörelseorganen. Detta stämmer med antagandet att personer med övriga besvär i första hand inte ordinerar dessa läkemedel. Däremot förelåg inga skillnader mellan dem som var sjukskrivna för flera olika besvär eller dem som inte uppgivit någon orsak jämfört med dem som var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. I gruppen som hade flera besvär hade hälften uppgivit att de bland annat var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen, vilket kan förklara resultatet. Att det inte var någon skillnad i risken att vara användare bland personer som inte uppgivit någon sjukskrivningsorsak jämfört med dem med besvär i rörelseorganen skulle kunna tyda på att denna grupp till stor del bestod av personer som var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. För kvinnor var risken drygt 20 procent mindre att vara användare vid psykiska besvär än vid besvär i rörelseorganen, medan någon sådan skillnad inte förelåg för männen. Detta bekräftar resultatet från den deskriptiva analysen ovan.

Resultatet visar vidare att skillnaden mellan att vara född i Sverige och i ett annat land kvarstod. Vid uppdelning på kön kvarstod dock skillnaden endast för kvinnor. Givet att alla de andra faktorerna var lika var risken 64 procent större att de utlandsfödda kvinnorna använde läkemedel jämfört med de kvinnor som var födda i Sverige. Det kan finnas flera förklaringar till denna skillnad. En skulle kunna vara, att trots att sjukskrivningsorsaken var den samma, var det faktiska sjukdomstillståndet mer allvarligt hos den utlandsfödda. En annan förklaring kan vara, att kvinnor i olika kulturer har olika sätt att uttrycka smärta och psykiskt lidande. I en del sydligare kulturer finns en tradition att visa sina känslor och sitt lidande starkare än i nordliga kulturer. Det kan vara så att läkare uppfattar att en person, som uttrycker sina känslor starkt, har ett större behov av läkemedel än en person med motsvarande smärta eller ångest, men som av kulturella skäl inte ger lika starkt uttryck åt det. Ytterligare en förklaring kan vara att konsumtionsmönstret ser olika ut i olika länder. Det kan vara betydligt vanligare att behandla smärta, sömnproblem och ångest med läkemedel i vissa andra länder och den utlandsfödda kan därför framföra detta önskemål även vid sjukdom i Sverige. Slutligen kan läkarnas benägenhet att skriva ut dessa läkemedel i större utsträckning till utlandsfödda bero på skäl som ligger hos läkarna själva. Om en patient har svårt att förstå språket, är det kanske lättare för läkaren att skriva ut läkemedel än att erbjuda en annan behandling. Oavsett hur förklaringen ser ut är det viktigt att uppmärksamma denna skillnad och reflektera över om den verkliga är befogad.

Enligt resultaten hade också psykosocial arbetsmiljö betydelse för risken att vara användare. I jämförelse med att ha ett arbete med låga krav och hög kontroll (så kallat avspänt arbete) var risken större vid alla de övriga kombinationerna av krav och kontroll (aktivt och passivt arbete samt arbete med hög anspänning). Vid uppdelning på kön kvarstår skillnaden endast när det gäller männen, där risken att vara användare var dubbelt så stor vid passivt arbete (låga krav och låg kontroll) och 56 procent större vid arbete med hög anspänning (höga krav och låg kontroll) jämfört med att ha ett avspänt arbete. Som noterades i tabell 13 var det dock endast 22 män som använde läkemedel och som uppgivit att de hade ett passivt arbete. Av den anledningen måste det resultatet ses som osäkert.

Slutligen hade stressrelaterade händelser under det senaste året en uttalad betydelse för risken att vara läkemedelsanvändare. Risken var drygt 40 procent större att vara användare bland personer som varit med om 1–2 stresshändelser och 66 procent större hos dem som varit med om tre eller flera händelser jämfört med dem som inte upplevt någon sådan händelse alls under det senaste året. Uppdelning på kön visar dock att denna skillnad endast gäll-

er kvinnorna. Skillnader i kvinnors och mäns reaktioner på privata problem – såsom relationsproblem eller en närståendes dödsfall – kan kanske förklara varför stressrelaterade händelser i privatlivet endast hade betydelse för kvinnornas läkemedelsanvändning. Det är känt att män mer sällan än kvinnor söker hjälp vid den typen av krissituationer. Däremot är det vanligare bland män än bland kvinnor att ta hjälp av alkohol – som också kan fungera ångestlindrande och lugnande – i svåra livssituationer.

### **3.5.1 Sammanfattning**

Sammanfattningsvis visar den multivariata analysen av vilka som var läkemedelsanvändare att ålder, sjukskrivningsorsak och tidigare långtidssjukskrivning hade den största betydelsen för vem som var läkemedelsanvändare bland både kvinnor och män. Det var större risk att vara läkemedelsanvändare i den äldsta åldersklassen (50–64 år) än i åldersklassen 20–34 år. Vidare löpte personer som var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och psykiska besvär större risk att vara läkemedelsanvändare jämfört med dem som var sjukskrivna för övriga besvär.

Kvinnor som var födda i annat land hade större sannolikhet att vara användare än kvinnor som var födda i Sverige. Vidare var det betydligt större risk att kvinnor som varit med om stressrelaterade händelser under det senaste året använde läkemedel jämfört med kvinnor som inte varit med om någon sådan händelse.

Vidare löpte män med gymnasium som högsta utbildningsnivå större risk att vara användare än dem som hade grundskola. Vidare var det större risk att män med passiva arbeten och arbeten med hög grad av anspänning var användare jämfört med män som hade arbeten med låg anspänning.

Det är värt att notera att kvinnors sårbarhet för smärta, sömnproblem och ångest/oro inte är relaterat till den sociala arbetsmiljön utan till stressrelaterade händelser i det privata livet, medan det tycks vara tvärtom för män. Detta är helt i linje med tidigare kunskap om kvinnors och mäns känslomässiga mönster. Kvinnor har traditionellt sett ett djupare engagemang i hemmet, familjen och relationer medan män har ett djupare känslomässigt engagemang i arbetet.

## **4 Avslutande diskussion**

I detta avsnitt kommenteras först beroendebedömningen. Därefter sker en uppskattning av omfattningen av läkemedelsanvändning och beroende i Sveriges befolkning i åldrarna 20–64 år.

### **4.1 Beroende av läkemedel**

I intervjustudien bedömdes så stor andel som 18 procent av läkemedelsanvändarna ha ett beroende eller skadligt bruk enligt de internationella klassifikationerna ICD-10 och DSM-IV. Dessutom bedömdes 11 procent ha utvecklat en fysiologisk tillvänjning. Med tanke på att antalet som bedömdes som beroende troligen var i underkant är detta mycket höga siffror. Vidare inkluderade studien sannolikt inga – eller få – personer ur den så kallade missbrukarpopulationen, då dessa knappast deltar i – eller nås av – den här typen av undersökningar. Resultatet indikerar således att en betydande del av ”vanliga” läkemedelsanvändare utvecklar ett beroende eller en fysiologisk tillvänjning av sina läkemedel. Detta identifieras sällan av vare sig behandlare eller av läkemedelsanvändarna själva.

Studien visar vidare att beroende (inklusive fysiologisk tillvänjning) av smärtstillande förekom i större utsträckning än beroende av sömn- och lugnande medel. Eftersom en så stor andel av användarna (två tredjedelar) tar smärtstillande är detta ett allvarligt problem, som behöver uppmärksammas mer. Det har länge funnits en föreställning bland forskare och kliniska utövare att risken att bli beroende av smärtstillande läkemedel vid medicinsk användning är liten. Resultatet från denna studie tyder på motsatsen.

Jämförelsen mellan beroende och icke-beroende användare i de hälsospecifika aspekterna (sjukskrivningslängd, självskattad hälsa, försämringar under sjukskrivningstiden och bedömningen av den framtida arbetsförmågan) visade inga skillnader. En förklaring till detta kan vara att de intervjuade utgjordes av ”vanliga” läkemedelsanvändare med framför allt fysiologiska symtom och andra symtom som speciellt kännetecknar ett tidigt eller lindrigt beroende. Det är inte osannolikt att resultatet skulle ha blivit ett annat om de personer, som har ett mer omfattande beroende varit inkluderade i undersökningen.

Då risken är överhängande att beroendetillstånd förvärras över tid och att allt fler symtom tillstöter är det av stor vikt att tidigt identifiera läkemedelsberoende. Det är således ytterst viktigt att de förskrivande läkarna regelbundet följer upp sina patienter och försäkras sig om att läkemedelsanvändningen har

avsedd effekt och inte är en följd av att patienten inte kan sluta på grund av att hon/han blivit beroende. Det är även viktigt att inom Försäkringskassan identifiera om läkemedelsberoende kan utgöra ett hinder vid en eventuell rehabiliteringsplanering. En person som är beroende av läkemedel behöver få hjälp med nedtrappning av medicinen innan andra rehabiliteringsåtgärder sätts in.

De screeningsfrågor som användes i RFV-HALS 2002 visade sig ha god träffsäkerhet, när det gällde att skilja ut personer som var beroende och kan därför rekommenderas som ett enkelt och billigt screeningsinstrument inom sjukvården och Försäkringskassan.

## **4.2 Uppskattning av läkemedelsanvändning och beroende i befolkningen i åldern 20–64 år**

Föreliggande studie har visat andelen läkemedelsanvändare bland dem som blev sjukskrivna i januari 2002 och andelen av dessa som utvecklat ett läkemedelsberoende (sjukskrivningsgruppen). Vidare har även andelen användare i normalbefolkningen undersökts (befolkningsgruppen). Utifrån dessa resultat går det att göra en ungefärlig skattning av antalet läkemedelsanvändare och antalet personer som kan ha utvecklat ett beroende i totalbefolkningen i åldrarna 20–64 år. Studien har visat att andelen användare ökar med sjukskrivningslängden. Detta beaktas vid beräkningen av antalet användare och antalet beroende i den totala befolkningen i åldern 20–64 år (tabell 14 och 15).

Analys av läkemedelsanvändning och sjukskrivningslängd i *sjukskrivningsgruppen* visar att 27 procent av dem som varit sjukskrivna mer än ett halvår använde läkemedel jämfört med 13 procent av dem som varit sjukskrivna mindre än ett halvår. Eftersom de sjukskrivna som mest varit sjukskrivna ca ett år går det emellertid inte att utifrån dessa data undersöka läkemedelsanvändningen för personer som varit sjukskrivna längre än ett år. Där används i stället data från de sjukskrivna i *befolkningsgruppen*, där ju hälften varit sjukskrivna mer än ett år (avsnitt 3.1.2). Bland dessa använde 39 procent läkemedel. Då antalet sjukskrivna i befolkningsgruppen inte var så stort blir denna skattning något osäkrare än de övriga. Slutligen visade resultatet att 5 procent av dem som *inte* var sjukskrivna i befolkningsgruppen var läkemedelsanvändare.

Uppgifterna i tabell 14 och tabell 15 om sjukskrivning och befolkningsstorlek har hämtats från RFV:s statistikbas för sjukskrivna (STORE) och från SCB:s befolkningsstatistik.

**Tabell 14 Skattning av antalet läkemedelsanvändare i totalbefolkningen i åldern 20–64 år<sup>1</sup>**

	<i>Antal personer</i>	<i>Andel användare i RFV-HALS 2002 Procent</i>	<i>Antaget antal användare i Sveriges befolkning i åldern 20–64 år</i>
<i>Sjukskrivna fördelade på sjukfallslängd</i>			
1–179 dagar	115 000	13	15 000
180–364 dagar	59 000	27	16 000
Mer än ett år	136 000	39	53 000
<i>Normalbefolkningen 20–64 år (ej sjukskrivna)</i>	Ca 5 000 000	5	250 000
<b>Totalt</b>	<b>5 310 000</b>	<b>26</b>	<b>334 000</b>

<sup>1</sup> Antalet sjukskrivna gäller mars 2003.

**Tabell 15 Skattning av antalet personer, som kan ha ett beroende eller en fysiologisk tillvänjning av läkemedel i totalbefolkningen i åldern 20–64 år**

	<i>Antal beroende (18% av användarna)</i>	<i>Antal med fysiologisk tillvänjning (11% av användarna)</i>
<i>Sjukskrivna fördelade på sjukfallslängd</i>		
1–179 dagar	2 700	1 700
180–364 dagar	2 800	1 800
Mer än ett år	9 500	5 800
<i>Normalbefolkningen 20–64 år</i>	45 000	28 000
<b>Totalt</b>	<b>60 000</b>	<b>37 000</b>



Under förutsättning att andelen läkemedelsanvändare är ungefär densamma vid sjukskrivning som varat 1–179 dagar som vid 15–179 dagar och vid alla sjukskrivningslängder över ett år använder ca 334 000 av alla personer i Sverige mellan 20 och 64 år läkemedel. Förutsatt att användare som inte blev sjukskrivna i januari 2002 utvecklar beroende i samma utsträckning som de som blev sjukskrivna då, kan ca 60 000 av användarna ha utvecklat ett beroende av sina läkemedel, medan ca 37 000 kan ha utvecklat en fysiologisk tillvänjning.

Beräkningen visar således att det kan vara ett ansevärt antal personer i vårt land som använder centralt verkande smärtstillande, sömn- och lugnande medel och som kan vara beroende av dessa läkemedel. Detta gör det än mer befogat att närmare undersöka läkemedelsanvändningens eventuella negativa bieffekter, när det gäller hälsa och sjukskrivning.

## **5 Kort sammanfattning och slutsatser**

Föreliggande studie visar:

1. att ca en femtedel av personer som varit sjukskrivna 15–160 dagar använde läkemedel
2. att en tredjedel av läkemedelsanvändarna tagit läkemedel i mer än ett år
3. att nästan en tredjedel av användarna utvecklat ett beroende eller fysiologisk tillvänjning av sina läkemedel
4. att endast hälften av användarna blivit informerad av någon läkare om risken att bli beroende.

Vidare visar studien med stor tydlighet att sjukskrivna som använde läkemedel på olika sätt mådde betydligt sämre än de som inte använde dessa medel. I jämförelse med icke-användarna:

5. var läkemedelsanvändarna långtidssjukskrivna i större utsträckning
6. uppgav de i större utsträckning försämringar under sjukskrivningen i olika psykiska och sociala hänseenden
7. skattade de sin tidigare, nuvarande och kommande hälsa som dålig i större utsträckning
8. hade de mindre tilltro till sin framtida arbetsförmåga
9. önskade de förtidspension i större utsträckning.

Enligt en skattning i föreliggande studie använder ca 84 000 av Sveriges nästan 300 000 sjukskrivna läkemedel. Av dessa har i sin tur ca 24 000 utvecklat ett beroende eller fysiologisk tillvänjning av sina läkemedel. Sannolikt har de allra flesta – om inte alla – av dessa läkemedelsanvändare ursprungligen fått dessa läkemedel för att lindra allvarliga symtom, såsom smärta, sömnproblem, ångest och oro. En fråga som kan ställas utifrån studien är om samtliga läkemedelsanvändare, som fortfarande tar dessa läkemedel efter en längre tid, har fortsatt terapeutisk effekt av sina läkemedel. En annan fråga är om det faktum, att användarna mår sämre och skattar sina möjligheter att återgå i arbete mer pessimistiskt än icke-användarna, till någon del kan vara relaterad till läkemedelsanvändningen. Det finns således ett behov av fortsatta studier, som på ett mer djupgående sätt kan undersöka dessa frågeställningar.

Oavsett om den negativa framtidssynen hör samman med att användarnas ursprungliga besvär faktiskt är allvarigare än icke-användarnas eller om lä-

kemedelsanvändningen i sig har del i att de mår sämre kommer de sannolikt att återgå i arbete i mindre utsträckning än de som inte använder läkemedel. I första hand är det naturligtvis en angelägenhet för läkarna att följa upp att deras patienter har fortsatt terapeutisk hjälp av sina läkemedel och att inte en beroendeutveckling eller andra icke önskvärda bieffekter drabbat patienten. Men eftersom läkemedelsberoende, enligt tidigare studier, även kan utgöra hinder för återgång i arbete bör det också vara en uppgift för Försäkringskassan att vid en eventuell rehabilitering uppmärksamma beroende och initiera behandling för detta.

## Referenser

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition – DSM-IV. Washington D.C., 1994.

Apoteket AB. Svensk läkemedelsstatistik. Stockholm 2000.

Beerman B. Läkemedelsbiverkningar, ur Läkemedelsboken 2003/2004, Uppsala 2003.

Bergendorff S, Hansson E, Hansson T, Johnsson R. Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning? – prediktorer för återgång i arbete och förändring av hälsotillstånd. Rygg och Nacke 8. Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska universitetssjukhuset 2001.

Borg S, Blennow G, Sandberg P, Tönne U, Vikander B. Bensodiazepinberoende och andra långtidsbiverkningar – en översikt. Läkartidningen 1986;83:321–326.

Blennow G, Romelsjö A, Leifman H, Leifman A, Karlsson G. Sedatives and hypnotics in Stockholm: social factors and kinds of use. Am J Pub Health 1994;84:242–246.

Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. J Am Board Fam Pract 2001;14:95–106.

Chabal C, Erjavec MK, Jacobson L, Mariano A, Chaney E. Prescription opiate abuse in chronic pain patients: clinical criteria, incidence, and predictors. Clin J Pain 1997;13:150–155.

Chambers CD, Russel Taylor WJ. Patterns of propoxyphene abuse. Int Zeitschrift fur Klin Pharm Ther und Tox 1971;40:298–309.

Collins GB, Kiefer KS. Propoxyphene dependence: An update. Postgraduate Medicine 1981;70:57–61.

Davis LJ, Hoffmann NG, Morese RM, Leuhr JG. Substance Use Disorder Diagnostic Schedule (SUDDS) – the equivalence and validity of a computer-administered and an interviewer-administered format. Alcohol Clin Exp Res 1992;2:250–54.

Eklund M, Jonasson B, Sundén A. Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete – en första beskrivning av resultaten från undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning. RVF Analyserar 2002:16, Stockholm 2002.

Eklund M. Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning? RVF Analyserar 2003:10, Stockholm 2003.

Evans PJD. Narcotic addiction in patients with chronic pain. *Anaesthesia* 1981;36:597–602.

Finlayson RE, Maruta T, Morse RM, Martin MA. Substance dependence and chronic pain: experience with treatment and follow-up results. *Pain* 1986;26:175–180.

Fraser HF, Isbell H. Pharmacology and addiction liability of dl- and d-propoxyphene. *Bulletin on narcotics* 1960;12:9–14.

Fraser AD. Use and abuse of the benzodiazepines. *Therapeutic Drug Monitoring* 1998;20:481–489.

Friedman DP. Perspectives on the medical use of drugs of abuse. *J Pain Symptom Manage* 1990;5:2–5.

Fritz E. Konsekvenser av läkemedelsberoende inom somatisk sjukvård. <http://www.benzoinfo.dk/tromso/p121-127.htr>

Fritz E, Martinsson J, Möller M. TUB-verksamheten – Terapi vid Utsättande av Beroendeframkallande läkemedel. Delrapport 1995–1998, Sjukhuset i Varberg 1998.

Gudex C. Adverse effects of benzodiazepines. *Soc. Sci. Med.* 1991;33:587–596.

Henricson K. Pharmacoepidemiology of antibiotics, weak opioids and statins with special reference to socioeconomic aspects – an ecological approach. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Lund 2003.

Hansson E, Hansson T. Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär. Rygg och Nacke 3. Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska universitetssjukhuset, Stockholm 1999.

Hoffmann NG, Olofsson O, Salen B, Wickström L. Prevalence of abuse and dependency in chronic pain patients. *Int J Addict* 1995;30:919–927.

Ingemansson B. Bensodiazepiner. Narkotikan som skall bort från kriminalvården. KVR Rapport 38, Göteborg 1998.

Jeurgens SM. Benzodiazepines and addiction. *Psychiatric clinics of North America* 1993;16:75–84.

Jonasson U. Droger som kan skapa beroende. Utbildningsförlaget Brevskolan, Stockholm 1995.

Jonasson B, Leo-Andersson A. Tidig(are) upptäckt av alcohol- och drogerberoende. Brevskolans utbildningsförlag, Stockholm 1995.

Jonasson U, Jonasson B, Wickström L, Andersson E, Saldeen T. Analgesic use disorders among orthopedic and chronic pain patients at a rehabilitation clinic. *Substance Use and Misuse* 1998;33:1375–1385

Jonasson B. Studies on dextropropoxyphene – with special reference to dependence among chronic pain patients, classification of the manner of death in fatal poisoning, and characteristics of the fatal poisoning victims. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations Med fak 933*, Uppsala Universitet, Uppsala 2000.

Jonasson U. Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Doktorsavhandling vid Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg 2001.

Katon W, Kelly E, Miller D. Chronic pain: Lifetime psychiatric diagnosis and family history. *Am J Psychiatry* 1985;142:1156–1160.

Kerstin Burman, Apoteket AB. Personlig kommunikation. 2003.

Lader M. Abuse of weak opioid analgesics. *Human Toxicol* 1984:229–236.

Levnadsvanor 1. Underlagsrapport 7 – rapport från arbetsgruppen levnadsvanor 1 till Nationella Folkhälsokommittén.  
<http://social.regeringen.se/pressinfo/informationsmaterial.htm>

Lidwall U. Psykosocial arbetsmiljö & långvarig sjukskrivning. RFV Analyserar 2003:3, Stockholm 2003.

Longo LP, Johnson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines – side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician* 2000;61:2121–2128.

Lorentzon, S. (1995). Lugnande medel, sömnmedel. I Berglund, M. & Rydberg, U (Red.), *Beroendelära* (s.) Studentlitteratur, Lund, 1995.

Läkemedelsverket. Läkemedelsverkets föreskrifter om kontroll av narkotika, LVFS 1997:12.

Marriot S, Tyrer P. Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal. *Drug Saf* 1993;9:93–103.

Maruta T, Swanson DW, Finlayson RE. Drug abuse and dependence in patients with chronic pain. *Mayo Clin Proc* 1979;54:241–244.

Maruta T, Swanson DW. Problems with the use of oxycodone compound in patients with chronic pain. *Pain* 1981;11:389–96.

McQuay H, Moore A. *An evidencebased resource for pain relief*. Oxford United Press, New York 1998.

Melander A, Bergdahl I, Hanson H-B, Kaij L, Olovsson L. Anxiolytika – hypnotika i öppen vård – omfattningen av bruk och missbruk. *Läkartidningen* 1894;81:3690–3693.

Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Prevalence and correlates of the long-term use of anxiolytics. *JAMA* 1984;251:375–379.

Michelini S, Cassano GB, Frare F, Perugi G. Long-term use of benzodiazepines: tolerance, dependence and clinical problems in anxiety and mood disorders. *Pharmacopsychiat*. 1996;29:127–134.

Nationella Folkhälsokommittén. *En hälsoinriktad hälso- och sjukvård – rapport från arbetsgruppen för analys av hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan*. Underlagsrapport nr 15, Stockholm 2000.

Ng B, Alvear M. Dextropropoxyphene addiction – A drug of primary abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993;19:153–158.

Patient-FASS 2002–2003. *Uppslagsboken om alla mediciner*. Linfo, Läkemedelsinformation AB, 2001.

Ready LB, Sarkis E, Turner JA. Self-reported vs. actual use of medications in chronic pain patients. *Pain* 1982;12:285–294.

Rättsmedicinalverket, rapport 2002:1. Lugnande medel som oroar, Stockholm 2002.

Salzman C. Addiction to benzodiazepines. *Psychiatric Quarterly* 1998;69:251–261.

Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998;98:95–101.

Smith BD, Salzman C. Do benzodiazepines cause depression? *Hosp Comm Psychiatry* 1991;42:1101–2.

SOU 1999:137. Hälsa på lika villkor. Andra steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén, Stockholm 1999.

SOU 2000:1. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén, Stockholm 2000.

SOU 2002:5. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Bilaga till slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, Stockholm 2002.

Strode SW. Propoxyphene dependence and withdrawal. *American Family Physician* 1985;32:105–108.

Swanson DW, Maruta T, Wolff VA. Ancient pain. *Pain* 1986;25:383–387.

Tunving K, Nordegren T, Droger A-Ö. *Natur och Kultur*, Stockholm 1993.

Tyrer P. Benzodiazepines dependence: a shadowy diagnosis. *Biochem. Soc. Symp.* 1994;59:107–119.

Uhlenhuth EH, Balter MB, Ban TA, Yang K. International study of expert judgement on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: IV. Therapeutic dose dependence and abuse liability of benzodiazepines in the long-term treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychopharmac.* 1999;19:23–29.



Vikander B, Andersson G. Rehabilitering & behandling – ett samarbetsprojekt för patienter med läkemedelsberoende, Stockholms läns landsting, Stockholm 2000.

Wall R, Linford SMJ., Akhter MI. *Br Med J* 1980;i:1213–1214.

Weinehall L, Johnson O, Janson J-H, Boman K, Huhtasaari F, Hallman G, Dahlén G, Wall S. Perceived health modifies the effect of biomedical risk factors in the prediction of acute myocardial infarction. An incident case-control study from Northern Sweden. *J Int Med* 1998;243:99–107.

Westerlund-Muz G, Larsson S, Lilja J, Melander A. Användning av sömnmedel och lugnande medel bland sjukskrivna personer i Stockholm. FoU-rapport nr 15, Försäkringskassan i Stockholm, 1996.

Whittington RM. Dextropropoxyphene addiction. *The Lancet* 1979;ii:743–744.

World Health Organisation. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Rev. ICD-10. World Health Organisation, Geneva, 1992.

Zywiak WH, Hoffmann NG, Floyd AS. Enhancing alcohol treatment outcomes through aftercare and self-help groups. *Medicine & Health/Rhode Island* 1999;82:87–90.

## **Bilaga 1 Smärtstillande, sömn- och lugnande medel – en allmän bakgrund**

Nedan följer en kort bakgrund till centralt verkande smärtstillande läkemedel – opioider – och centralt verkande sömn- och lugnande medel – bensodiazepiner och med dem besläktade substanser.

### *Opioider*

Redan för 5000 år sedan var opium känt som läkemedel. Opium fungerar dämpande på det centrala nervsystemet och användes därför bland annat som smärtlindrande medel. Råopium innehåller ca 20 olika kemiska föreningar som har starka effekter på människokroppen. De viktigaste är morfin och kodein, vilka båda har smärtstillande effekter (Tunwing & Nordegren 1993). Opiaterna ger snabbt en effekt i form av dämpning av smärta, men även i form av ett rus, som beskrivs som mycket behagligt (eufori). Denna bieffekt innebär att opiater lätt leder till beroende och missbruk. En annan allvarlig biverkning är andningsdepression, dvs. personens andning hämmas (Jonasson 1995).

För att ta vara på opiaternas smärtstillande effekter, men samtidigt undvika risken för biverkningar, har läkemedelsindustrin utvecklat smärtstillande medel i form av opiatbesläktade syntetiska preparat s.k. opioider. Effekterna av dessa syntetiska morfinderivat liknar morfins, men är svagare. Till dem hör exempelvis dextropropoxifen (DXP), petidin, ketobemidon och tramadol. I Sverige är försäljningen störst av smärtstillande medel som innehåller kodein (exempelvis Citodon, Kodein och Treo Comp), DXP (exempelvis Dexofen, Distalgesc, Doleron och Doloxene) och tramadol (exempelvis Nobligan, Tradolan och Tiparol) (Apoteket AB 2003).

### *Bensodiazepiner*

Ångest, oro och sömnproblem har drabbat människan i alla tider. På 1800-talet började kemiska medel mot ångest och oro att framställas (bromid och kloralhydrat). Dessa hade svåra biverkningar och ersattes på 1940-talet av de s.k. barbituraterna. Det visade sig dock att såväl beroendepotentialen som giftigheten var mycket stor i dessa medel och läkemedelsindustrin sökte vidare efter en effektiv substans utan allvarliga biverkningar mot sömnproblem, ångest och oro (Rättsmedicinalverket, rapport 2002:1).

I början av 1960-talet introducerades klordiazepoxid (Librium), den första bensodiazepinen. Precis som opioiderna verkar bensodiazepinerna på det

centrala nervsystemet, vilket bland annat betyder att effekten inträder snabbt. I Sverige finns ett tiotal olika bensodiazepiner, bland andra diazepam (Stesolid), flunitrazepam (Rohypnol), nitrazepam (Mogadon) och oxazepam (Sobril). På senare år har dessutom två närbesläktade substanser introducerats, zopiklon (Imovane) och zolpidem (Stilnoct).

### *Biverkningar*

Trots att avsikten med såväl opioiderna som med bensodiazepinerna var att skapa läkemedel med färre biverkningar än föregångarna började rapporter om sådana att publiceras kort tid efter introduktionen på marknaden. Som exempel på somatiska biverkningar som långvarig användning av opioider eller bensodiazepiner kan ge upphov till kan nämnas:

dimsyn, dubbelseende, ögonirritation, nästäppa, tinnitus, lockkänsla, ont i spottkörtlar, irritation i näs- o halslemhinnor, huvudvärk, balanssvårigheter, yrsel, känselbortfall, domningar, hormonförändringar, mensrubbingar, svullna bröstkörtlar, sexuella störningar, infektionskänslighet, omväxlande svettningar-frossa, temperaturväxlingar, influensaliknande symtom med värk i kroppen, allmän och kronisk trötthet, matthetskänsla hudrodnader, självsprickor, allergier, hjärtklappning, blodtrycksförändringar, vätskeansamling, magtarmproblem, illamående, avmagring, thyroideapåverkan, blodbildspåverkan, astmatiska problem, gastrit, magsår, tarmproblem (snabb tarmpassage, spastisk kolit, förstoppning och diarreillstånd), gallbesvär, pancreasbesvär och leverpåverkan, svårt att kasta vatten, urinvägsinfektioner, inkontinens, ryggackbesvär, nervpåverkan, värk i muskler och leder, ledsvullnad (ödem), fibromyalgiliknande besvär, ångest, oro, sömnlöshet, depression, psykisk insufficiens, självmordstankar (Fritz 1998).

Andra allvarliga bieffekter är förgiftning – som ofta leder till att den drabbade slutar att andas – och beroendeutveckling och missbruk (Jonasson 2000, Jonasson 2001, Juergens 1993, Tyrer 1994, Schweizer & Rickels 1998, Uhlenhuth m.fl. 1999). Beroende av läkemedel kan leda till att personen får svårt att sluta med medicineringen på grund av så kallade utsättningsproblem. Det finns tre olika typer av utsättningsproblem: *abstinens*, *reboundfenomen* (finns inget bra svenskt ord) och *recidiv* (Gudex 1991, Salzman 1998). *Abstinens* uppstår som en följd av att hjärnan kräver substansen för att fungera ”normalt”. Besvären kan variera i svårighetsgrad, alltifrån svettningar, hjärtklappning, frossa, feber, smärta, ångest till epileptiska anfall och hallucinationer. Ofta upplever personen dessa besvär som så svåra att de inte kan sluta med läkemedlet, trots att ursprungsbesvären inte längre är aktuella eller trots att läkemedlet kanske inte längre har någon effekt på ursprungssymtomen.

*Rebound* innebär att ursprungsbesvären återkommer med betydligt större styrka än innan medicineringen. Denna effekt är dock övergående, och ska inte förväxlas med *recidiv*, som innebär att personen får tillbaka ursprungsbesvären. Dessa visar sig senare än abstinensbesvären och reboundeffekterna och stannar kvar, medan de övriga är övergående. Utsättningsproblemen leder inte sällan till att läkemedlen används över lång tid, vilket i sin tur ger en ökad utsatthet för de biverkningar som kan uppträda efter längre tids användning.

#### *Beroende och missbruk av opioider och bensodiazepiner*

Den officiella definitionen i Sverige av beroende följer ICD-10, den internationella klassifikationen för sjukdomar och relaterade hälsoproblem (WHO 1992). Definitionen i ICD-10 är i stort överensstämmande med den i DSM:IV, den internationella diagnosnyckeln för psykiatriska störningar (APA 1994). I båda systemen anges ett antal kriterier för drogrelaterade störningar. I ICD-10 delas dessa störningar in i beroende och skadligt bruk, medan DSM-IV har indelningen beroende och missbruk. Kriterierna gäller droger såsom alkohol, amfetamin, cannabis, koffein, kokain, nikotin, opiater och sömn- och lugnande och ångestdämpande läkemedel. För att en person enligt ICD-10 ska kunna diagnostiseras som *beroende* krävs att hon/han ska uppfylla minst tre av sex kriterier inom en tolv månadersperiod. Dessa kriterier kan sammanfattas i följande punkter:

1. personen känner ett starkt sug eller tvång att ta drogen
2. kontrollförlust av mängd, varaktighet och tidpunkt
3. abstinensbesvär och återställarbehov
4. ökad tolerans
5. ett alltmer drogcentrerat liv, viktiga sociala aktiviteter ges upp, avsevärd tid går åt för att skaffa, inta eller återhämta sig från effekterna av drogen.
6. fortsatt användning trots medvetenhet om negativa fysiska och psykiska konsekvenser.

Motsvarande ska en person enligt DSM-IV uppfylla minst tre av sju kriterier under en tolv månadersperiod. De sju kriterierna är följande:

1. Ökad tolerans
2. Abstinens och återställarbehov
3. Större mängd, längre perioder av bruk
4. Misslyckade försök att kontrollera bruket
5. Mycket tid går åt för att skaffa, inta, återhämta sig från drogen

6. Viktiga sociala aktiviteter ges upp
7. Fortsatt bruk trots negativa fysiska och psykiska konsekvenser.

*Skadligt bruk* innebär enligt ICD-10 i korthet att personen fortsätter använda drogen trots negativa fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser. En person med *missbruk* ska enligt DSM-IV uppfylla ett eller flera av fyra kriterier under en tolv månaders period (upprepad oförmåga att sköta sina åtaganden, upprepat bruk i situationer som kan medföra risk för skada, upprepad drogrelaterad kriminalitet och drogrelaterade sociala eller interpersonella problem).

#### *Narkotikaklassning av centralt verkande läkemedel*

Substanser som kan skapa beroende skall generellt narkotikaklassas. Det är FN:s narkotikakonventioner från 1954 som bestämmer vad som räknas till narkotika, dvs. preparat som endast får användas för medicinska och vetenskapliga ändamål. Narkotika klassas i fem förteckningar. I Sverige gäller Läkemedelsverkets förteckningar över narkotika (LVFS 1997:12).

*Förteckning I:* illegala droger och tung narkotika som normalt inte har någon medicinsk användning (exempelvis cannabis, kokain och heroin).

*Förteckning II:* de tunga narkotiska preparaten som används som läkemedel (exempelvis morfin, metadon).

*Förteckning III:* opioiderna, exempelvis kodein och DXP. Narkotikaklassningen gäller dock endast läkemedel som innehåller mer än en viss mängd av substansen, vilket inget gör i Sverige. Ett flertal studier har dock visat att även läkemedel som underskrider gränsvärdena kan ge upphov till beroende (Maruta m.fl. 1979, Evans 1981) och krav på narkotikaklassning av dessa läkemedel har framförts (Jonasson 2000).

*Förteckning IV:* främst sömn- och lugnande medel, framför allt bensodiazepinerna. Dessa narkotikaklassades redan 1974. Rapporter om beroende ledde fram till att Socialstyrelsen 1990 gav ut rekommendationer för förskrivningen (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7). Nya sömnmedel som innehåller substanserna zopiklon och zolpidem introducerades i mitten av 1990-talet och försäljningen ökade snabbt. Dessa är besläktade med bensodiazepinerna, men antogs inte ge upphov till beroendeutveckling. Mycket snart rapporterades dock att även dessa läkemedel var beroendeframkallande och de narkotikaklassades enligt förteckning IV. I dag är forskarna mindre benägna att tro att bensodiazepinerna kan ersättas av alternativa substanser som inte verkar via bensodiazepinreceptorerna i hjärnan (Schweizer & Rickels 1998).

Förteckning V: några äldre och udda preparat där missbruk anses vara ovanligt.

### Försäljning av opioider och bensodiazepiner

De centralt verkande läkemedlen är den största läkemedelsgruppen och svarar för en femtedel av försäljningsvärdet. År 2002 uppgick det till ca 5 miljarder kronor. Av dessa stod opioider och bensodiazepiner för ca 670 miljoner kronor.

Tabell 1 visar försäljningen av opioider och bensodiazepiner – inklusive de bensodiazepinbesläktade preparaten – för år 2001. Tabellen visar att försäljningen – med undantag för lugnande medel i åldersklasserna t.o.m. 30–39 år – är störst till kvinnor när det gäller såväl opioider som bensodiazepiner.

**Tabell 1 Försäljningen av opioider och bensodiazepiner (inklusive bensodiazepinbesläktade droger) år 2001 i antal DDD/1000 invånare och dag (DDD/t.i.d.)**

Ålder	Opioider (DDD)		Bensodiazepiner – sömnmedel (DDD)		Bensodiazepiner – lugnande medel (DDD)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
00–09	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,2	0,2
10–19	0,7	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4
20–29	5,5	3,6	4,4	3,6	2,6	3,0
30–39	17,8	11,4	13,2	9,6	7,9	8,1
40–49	29,4	20,7	29,2	20,0	17,9	16,2
50–59	39,1	28,2	52,3	30,2	25,9	19,3
60–69	46,4	36,1	58,5	45,7	29,2	19,8
70–79	63,1	47,6	120,8	82,4	37,1	23,4
80–	97,8	66,8	202,2	151,7	47,4	27,8
Totalt	28,6	18,1	43,9	24,4	16,4	11,1

Notering: DDD = definierad dygnsdos, den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedel används av vuxen vid medlets huvudindikation. Försäljningsuppgifter sammanställda och presenterade som antal DDD/t.i.d. ger ett mått på läkemedels-expositionen; dvs. hur stor del av befolkningen som per dag kan behandlas (Apoteket AB 2000).

Som jämförelse kan nämnas att försäljningen av de mest sålda läkemedlen – blodfettssänkande medel – år 2001 i genomsnitt var 36,5 DDD/t.i.d. för kvinnor och 53,6 DDD/t.i.d. för män.

## **Bilaga 2 Fråga i RFV-HALS 2002 angående läkemedel**

Använder Du regelbundet någon/några av de uppräknade medicinerna?

Ja                      Nej

Sömnmedel: Apodorm, Flunitrazepam, Imovane, Mogadon, Nitrazepam, Rohypnol, Stilnoct

Lugnande medel: Apozeepam, Diazepam, Halcion, Heminevrin, Iktorivil, Oxazepam, Sobril, Stesolid, Temesta, Valium, Xanor

Smärtstillande medel: Ardinex, Citodon, Distalgesic, Dolcontin, Doleron, Dolotard, Doloxene, Fortalgesic, Ketodur, Ketogan, Kodein, Maxidon, Metadon, Morfin, Nobligan, Panocod, Paraflex Comp, Petidin, Somadril, Somadril Comp, Spasmofen, Temgesic, Tiparol, Tradolan, Treo Comp

b. För vilka besvär tar Du medicinen/medicinerna? Fler svar kan anges!

Sömnbesvär    Ångest/oro    Smärta                      Annat

c. Hur länge har Du som mest tagit någon av dessa mediciner på ett regelbundet sätt?

1 – 8 v                      2 – 6 mån                      7 – 12 mån                      Mer än 1 år

d. Har Du under denna tid använt mer av medicinen/medicinerna än ordinerat?

Ja, ofta                      Ja, någon gång                      Nej

e. Har Du under denna tid försökt dra ner på Din konsumtion av medicinen/medicinerna men inte kunnat?

Ja, ofta                      Ja, någon gång                      Nej

### **Bilaga 3 Andel beroende fördelat på kön, civilstånd, ålder, utbildningsnivå, födelseland och sjuk-skrivningsorsak**

**Tabell 1 Andel med beroende, skadligt bruk eller fysiologisk tillvänjning bland läkemedelsanvändarna. Procent**

<i>Kön</i>	
<i>Kvinnor</i>	29
<i>Män</i>	32
<i>Civilstånd</i>	
Gift	29
Ogift/Skild/änka/änkling	31
<i>Ålder</i>	
20–44 år	36
45–64 år	25
<i>Utbildningsnivå</i>	
Grundskola	29
Gymnasium/Universitet	30
<i>Födelseland</i>	
Sverige	29
Annat land	33
<i>Sjukskrivningsorsak</i>	
Rörelse/psyk/flera /ingen	30
Övriga besvär	24

Notering: Inga signifikanta skillnader föreligger



## Bilaga 4 Jämförelse mellan icke-beroende och beroende avseende olika hälsoaspekter

**Tabell 1** Icke-beroende och beroende fördelade över sjukfallslängder för den sjukskrivning som påbörjades i januari 2002 och den sjukskrivning som senast föregick denna. Procent. Viktat

	<i>Icke-beroende</i> (n=132)	<i>Beroende</i> (n=55)
<i>Sjukfallslängd för sjukskrivningen i januari 2002</i>		
15–179 dagar	71	74
Mer än 180 dagar	29	26
<i>Sjukfallslängd för den sjukskrivning som senast föregick den i januari 2002</i>		
Ingen sjukskrivning	23	34
1–179 dagar	67	50
Mer än 180 dagar	10	16

Notering: Inga signifikanta skillnader föreligger

**Tabell 2** Andel av icke-beroende och beroende som skattade att de mådde dåligt/ganska dåligt. Procent

	<i>Icke-beroende</i> (n=132)	<i>Beroende</i> (n=55)
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt ett år före enkättilfället	34	32
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt vid enkättilfället	52	49
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt vid båda tillfällena	22	17

Notering: Inga signifikanta skillnader föreligger

**Tabell 3 Andel som försämrats i olika avseenden under sjukskrivningstiden. Procent**

<i>Försämringar med avseende på:</i>	<i>Icke-beroende (n=132)</i>	<i>Beroende (n=55)</i>
Allmänna hälsotillståndet	30	27
Relationen till familjen	9	18
Sociala kontakten med vänner	20	34
Sociala kontakten med arbetskamrater	35	49
Lusten till fritidsaktiviteter	43	51
Självkänslan	40	45
Sömnvanorna	48	63
Motionsvanorna	36	47
Kostvanorna	23	22
Ekonomi	75	70

Notering: Inga signifikanta skillnader föreligger

**Tabell 4 Egen bedömning av den framtida hälsan och arbetsförmågan hos icke-beroende och beroende. Procent**

	<i>Icke-beroende (n=132)</i>	<i>Beroende (n=55)</i>
Bedömer hälsan om ett år som dålig/mycket dålig	20	29
Friskskriven som tror att hon/han ska bli sjuk igen i samma besvär	57	58
Fortfarande sjukskriven och tror att hon/han aldrig kan arbeta igen	27	32
Önskar förtidspension	30	30

Notering: Inga signifikanta skillnader föreligger

## Bilaga 5 Jämförelse mellan icke-användare och användare när det gäller olika hälsoaspekter uppdelat på kvinnor och män

**Tabell 1** Icke-användare och användare fördelade över sjukfallslängder för den sjukskrivning som påbörjades i januari 2002 och den sjukskrivning som senast föregick denna. Procent

	<i>Kvinnor</i>			<i>Män</i>		
	<i>Icke-användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>	<i>Icke-användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>
<i>Sjukfallslängd för sjukskrivningen i januari 2002</i>						
15–60 dagar	54	35	47	56	31	37
2–6 månader	26	27	24	24	28	25
7–12 månader	16	34	26	18	32	35
Mer än ett år	3	4	3	3	9	4
<i>Sjukfallslängd för den sjukskrivning som senast föregick den i januari 2002</i>						
Ingen sjukskrivning	38	30	17	45	44	22
1–14 dagar	7	8	6	6	5	1
15–60 dagar	36	43	40	32	33	37
2–6 månader	13	13	19	11	12	12
7–12 månader	3	4	9	3	2	7
Mer än ett år	3	3	9	2	4	21

**Tabell 2**      **Andel av icke-användarna och användarna som skattade att de mådde mycket dåligt/ganska dåligt. Procent**

	<i>Kvinnor</i>			<i>Män</i>		
	<i>Icke-användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>	<i>Icke-användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt ett år före enkättilfället	22	29	53	20	25	56
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt vid enkättilfället	24	52	50	25	53	60
Mådde mycket dåligt/ganska dåligt vid båda tillfällena	9	17	34	9	16	39

**Tabell 3** Andel som försämrats i olika avseenden under sjukskrivningstiden. Procent

<i>Försämringar med avseende på</i>	<i>Kvinnor</i>			<i>Män</i>		
	<i>Icke- användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>	<i>Icke- användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>
Allmänna hälsotillståndet	17	28	19	18	34	22
Relationen till familjen	4	10	9	5	13	10
Sociala kontakten med vänner	12	21	18	11	26	21
Sociala kontakten med arbetskamrater	27	34	32	24	30	31
Lusten till fritidsaktiviteter	27	37	36	25	44	39
Självkänslan	19	37	28	19	37	31
Sömnvanorna	23	42	38	25	48	41
Motionsvanorna	33	39	35	34	42	38
Kostvanorna	11	17	15	11	22	17
Ekonomi	63	71	67	61	70	69

**Tabell 4 Egen bedömning av den framtida hälsan och arbetsförmågan. Procent**

	<i>Kvinnor</i>			<i>Män</i>		
	<i>Icke-användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>	<i>Icke-användare</i>	<i>Använt mindre än ett år</i>	<i>Använt mer än ett år</i>
Bedömer hälsan om ett år som mycket dålig/ganska dålig	8	20	31	14	29	42
Friskskriven som tror att hon/han ska bli sjuk igen i samma besvär	28	58	53	29	56	59
Fortfarande sjukskriven och tror att hon/han aldrig kan arbeta igen	21	24	40	26	30	48
Önskar förtidspension	13	26	36	22	32	57

## **Sjukskrivna och vanebildande läkemedel**

Långvarig användning av centralt verkande smärtstillande och sömn- lugnande medel kan i vissa fall generera ohälsa och därmed även öka risken att bli, eller förbli, sjukskriven. Användningen av vanebildande läkemedel är utbredd bland de sjukskrivna. Det visar denna studie som bygger på Riksförsäkringsverkets stora enkätstudie riktad till sjukskrivna (RFV-HALS 2002) som undersökte hälsoaspekter, arbetsförhållanden, livssituation och levnadsvanor för att öka kunskaperna om sjukskrivna och vad som påverkar dem. I den här rapporten, som är den fjärde delrapporten baserad på RFV-HALS 2002, redovisas de sjukskrivnas användning och beroende av läkemedlen.

Ju längre en person varit sjukskriven desto större är sannolikheten att vara användare av vanebildande läkemedel. En tredjedel av användarna hade tagit läkemedlen under mer än ett år och nästan en tredjedel har utvecklat ett beroende av sina läkemedel. Dessa personer utsätts alla för en ökad risk att drabbas av de biverkningar som är behäftad med långvarig användning av dessa läkemedel. Trots detta hade mindre än hälften av användarna informerats om risken att bli beroende av läkemedlen av någon läkare.

De som använder läkemedel ser mycket mörkare på sin framtida hälsa och sina möjligheter att återgå i arbete jämfört med dem som inte använder dessa läkemedel. De upplever också att har försämrats i en rad viktiga hänseenden under själva sjukskrivningen i betydligt större utsträckning än icke-användarna. Trots att denna undersökning inte kan påvisa om läkemedelsanvändningen i sig ledde till att personerna mådde så mycket sämre än icke-användarna dras slutsatsen att denna grupp sjukskrivna behöver uppmärksammas särskilt, eftersom risken annars är stor att många av dessa personer aldrig kommer att återgå i arbete.