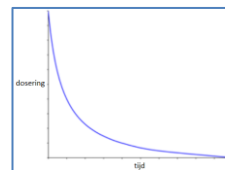


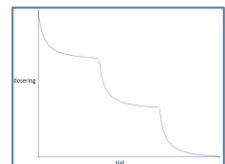
1. För att säkerställa ett ansvarsfullt slut på läkemedelsanvändningen krävs ofta en gradvis nedtrappning. Om nedtrappningen med de tillgängliga registrerade doserna inte lyckas, eller leder till för många abstinenssymtom, kan nedtrappningsmedicin (lägre sammansatta doser) förskrivas.

2. Nedtrappningen kan göras med två vetenskapligt beprövade metoder:  
**The Maudsley Deprescribing Guidelines (beskrivande riktlinje):**  
 där den nedtrappningens förlopp stämmer överens med en hel hyperbolisk bana (mindre steg mot slutet)



**Hyperbolisk minskning från registrerad dos till registrerad dos:**

Denna typ av nedtrappning leder till små separata hyperboliska banor från en dos till en annan.



- Kryssrutor för riskfaktorer;** varaktighet för läkemedlets användning; aktuell dos; intagsmoment
- Data om patienten** måste fyllas i eller bifogas via en etikett med namn, adress, stad, land, telefonnummer och e-postadress (obligatoriskt för kommunikation med patienten).
- Uppgifter om ordinerande läkare** måste fyllas i eller förses med stämpel med informationen.
- Välj Tapering-trajectory i tabellen på beställningsformuläret. Fyll i:
  - \* Medicin (kryssruta)
  - \* Starta doseringen
  - \* Slutdosering
  - \* Nödvändig varaktighet för nedtrappningen (i multipler av 28 dagar)
- Ange datum och låt läkaren skriva under och stämpla orderformuläret (= giltigt recept). Skicka sedan orderformuläret med fax eller e-post till det nummer/e-postadress som anges överst på sidan.

För att begära råd om en ansvarsfull nedtrappning, se **sidan 2**

8. Det är **viktigt** att fylla i självövervakningsformuläret under nedtrappningen. Detta gör det möjligt för patienter och läkare att fastställa abstinenssymptom så snart som möjligt. Vid abstinensbesvär: Förvärring av abstinenssymtomen, eller misslyckande av nedtrappningen kan förhindras genom att patienten stabiliseras (på den lägsta dosen utan abstinenssymtom) och/eller genom att välja en mer gradvis nedtrappning.

För att förverkliga en ansvarsfull nedtrappning kan dessa remsor ordinerars:

<b>Taperingstrip</b>	Strip i 28 dagar med självvald start- och slutdosering
<b>Stabiliseringstrip</b>	Remsa i 28 dagar för att stabilisera en patient på samma dos (i 28 dagar)
<b>Switchstrip</b>	Strip för ett ansvarsfullt byte till ett annat läkemedel inom 28 dagar

#### Koncept

**Nedtrappningsmedicinering** är utvecklad för att ge möjlighet att trappa/minska läkemedelsanvändningen på ett säkert och ansvarsfullt sätt. Denna bana kan anpassas och justeras vid behov. Fastställandet av nedtrappningsbanan görs på grundval av ett *delat beslutsfattande* och (själv)övervakning; detta i enlighet med noga utarbetade riktlinjer.

I en **Taperingstrip** sänks den dagliga dosen (intaget) enligt en hyperbolisk kurva. Hyperbolisk betyder att stegen (skillnaden i det dagliga intaget) mot slutet blir mindre. Detta är nödvändigt för att undvika/förebygga abstinensbesvär så mycket som möjligt.

Ett **nedtrappningsbana** kan bestå av en eller flera Taperingstrips, som används sekventiellt; i kombination med en eller flera stabiliseringsremsor eller inte.

En **Stabilizationstrip** kan, när abstinenssymtom uppstår, förskrivas för att stabilisera en patient på en viss dos. Patienten kan sedan stabilisera sig på den dosen innan han fortsätter med den (justerade) nedtrappningen.

**Egenövervakning:** tillsammans med nedtrappningsläkemedlet tillhandahålls ett självövervakningsformulär. Detta formulär måste fyllas i en gång om dagen så att patienten och läkaren kan övervaka hur allvarliga de potentiella abstinenssymtomen är (om de uppstår). Om svårighetsgraden ökar kan justeringar göras i nedtrappningen för att förhindra abstinensbesvär.

## Ansökningsformulär RÅDGIVNING NEDTRAPPNING (fri)

Jag  läkare eller  patient (kryssa för) önskar rådgivning om nedtrappningsprocessen för nedanstående patient med följande egenskaper:

Patient ordinerades: ..... (medicin)

för följande villkor: .....

Patienten har för tillfället inga besvär:  ja  nej (kryssa för)

Anledningen/anledningarna till nedtrappningen är: .....

### Kryssa för alla alternativ som gäller:

- 1a. Riskfaktor:**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> missad dos:              | patient har utsättningssymtom redan efter en missad dos                                    |
| <input type="checkbox"/> rädsla för nedtrappning: | patient känner rädsla för nedtrappningen   |
| <input type="checkbox"/> tidigare misslyckande:   | tidigare försök att sluta har misslyckats  |
| <input type="checkbox"/> skillnad:                | det är nödvändigt att kunna skilja mellan ett återfall och utsättningssymtom eller rebound |
| <input type="checkbox"/> långsam metaboliserare:  | den lägsta dosen ger en hög plasmakoncentration  |
| <input type="checkbox"/> hög dos:                 | dosen har längre än 6 månader varit högre än 100 % av DDD                                  |
| <input type="checkbox"/> start:                   | vid start av behandlingen uppstod problem med effekt/biverkningar                          |
| <input type="checkbox"/> tidigare bytt:           | patienten har en gång tidigare bytt psykofarmaka   |
| <input type="checkbox"/> övrigt .....             | .....  |

**1b. Varaktighet av användning av**  <1 år  1-2 år  2-5 år  5-10 år  >10 år

**1c. Nuvarande intag av :**

..... mg tidpunkt kl. ....	önskad slutdos .....
..... mg tidpunkt kl. ....	önskad slutdos .....
..... mg tidpunkt kl. ....	önskad slutdos .....
..... mg tidpunkt kl. ....	önskad slutdos .....

**1d. Övriga orala läkemedel:**

..... (namn)	..... mg per dag
..... (namn)	..... mg per dag
..... (namn)	..... mg per dag
..... (namn)	..... mg per dag
..... (namn)	..... mg per dag
..... (namn)	..... mg per dag

**1e. Övriga upplysningar:** .....

**1f. Tabletter är önskat administreringsätt**  ja (kryssa för)

**1g. Patienten önskar nedtrappningsperioden:** ... månader (antal)

**1h. Patienten samtycker till informationsutbyte med lokalt apotek:**  ja (kryssa för)

**Lokalt apotek:** .....

**1i. Namn sjukförsäkringsgivare:** .....

**2. Initialer och namn patient:** .....

Födelsedatum: ..... - ..... - ..... Kön:  M /  K Personnummer: .....

Gata och husnummer: .....

Postnummer och ort: ..... Land: .....

E-postadress (**obligatoriskt**): ..... Telefon: .....

**3. Namn förskrivande läkare:** .....

Förskrivarkod: .....

Gata och husnummer: .....

Postnummer och ort: .....

E-postadress (**obligatoriskt**): ..... Telefon: .....

**Jag bekräftar härmed att all begärd information har lämnats sanningsenligt.**

Datum: ..... Stämpel läkare (önskvärt): .....

Underskrift läkare eller patient: .....

1. En plötslig avslutning av behandlingen eller en plötslig minskning av dosen kan leda till betydande abstinenssymptom. För att undvika detta bör den dagliga dosen reduceras gradvis i små steg under en tidsperiod. Detta kan göras med Taperingstrips™.
2. En eller flera Taperingstrips™ kan användas för att gradvis minska dosen till en önskad lägre dos eller till noll. Om mer än en remsa behövs är den slutliga dosen av den föregående remsan alltid lika med eller lägre än startdosen för följande remsa. Detta måste göras för varje intag (om mer än ett intag per dag).
3. Den behandlande läkaren (psykiatern eller allmänläkaren) ska planera schemat för gradvis minskning tillsammans med patienten. Det är inte möjligt att förutsäga det perfekta schemat för varje patient. Vissa patienter är mer känsliga för abstinenssymtom än andra, och vissa patienter klarar symptomen bättre än andra. Risken för abstinenssymtom och deras intensitet kan minskas genom att välja ett mer gradvis minskningsschema.
4. Taperingstrips™ finns endast tillgängliga på recept. Det (av läkare) undertecknade orderformuläret anses vara ett giltigt recept. Efter att formuläret har fyllts i ska den behandlande läkaren säga upp eventuellt aktuellt recept på det läkemedlet på det lokala apoteket..
5. I de flesta länder täcks kostnaderna för medicinering i Taperingstrips™ av sjukförsäkringen. Gradvis minskande och stabiliserande remsor innehåller medicinering under en fast period på 28 dagar och alla remsor har samma pris.
6. När beställningsblanketten/receptet har mottagits av Regenboog Apotheek skickar vi en faktura. När vi har tagit emot betalningen kommer Taperingstrip™ att skickas till patientens hemadress. Patienten kommer att få en faktura och förklaring i förväg per post.
7. En Taperingstrip™ innehåller 28 numrerade påsar, där varje påse innehåller en eller flera tabletter. Antalet piller per dag kan variera. Den totala dosen av medicinen minskar med tiden eftersom patienten tar pillerna i varje daglig doseringspåse.
8. Patienten startar sitt gradvis minskningsschema (helst) på en söndag genom att ta pillren i den första påsen, numrerad 028. Genom att räkna ner slutar patienten med att ta pillerna i den sista påsen, numrerad 001, på en lördag fyra veckor senare. Genom att göra detta kan patienten enkelt hålla reda på hur många doser och dagar som finns kvar.
9. Varje påse på remsan har tryckt information som anger sekvensnummer, färg och styrka för varje tablett, det totala antalet tabletter och apotekets namn.
10. **STABILISERING:** En stabiliseringsremsa kan hålla patienten på en fast dos under en önskad tidsperiod. En sådan stabilisering kan vara nödvändig om gradvis minskning verkar gå för snabbt för patienten eller om patienten inte vill reducera dosen till noll utan förblir på en optimal lägre dos. Stabiliseringsremsan kan tillverkas i nästan vilken dos som helst.
11. **VIKTIGT MEDDELANDE:** Taperingstrips™ är inte avsedda att ersätta medicinsk vård som ges av en läkare. Noggrann rådgivning och övervakning av patienten förblir nödvändig under och efter behandling med remsor för gradvis minskning.

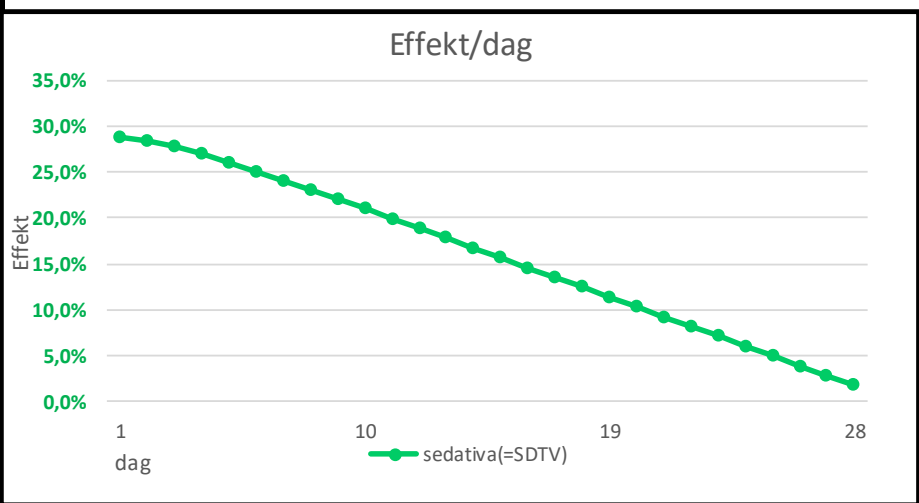
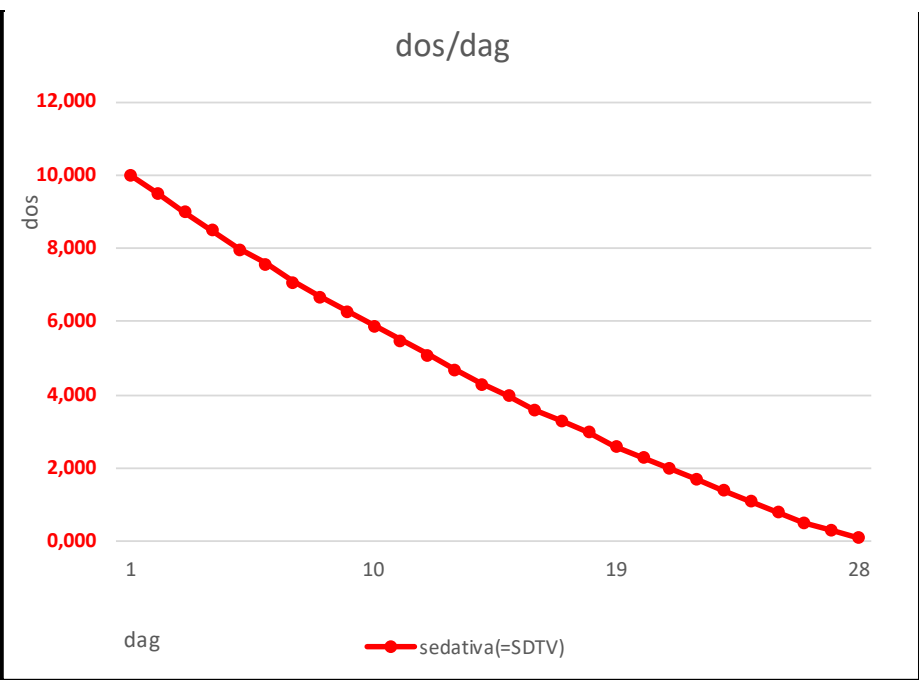
Observera: Behandlingen med Taperingstrip™ stöder en gradvis minskning av läkemedlet, vilket reducerar abstinenseffekterna till ett minimum. Om abstinenseffekter uppstår kommer de inte att vara lika intensiva eller långvariga som under en traditionell gradvis minskningsstrategi. Detta kommer att göra det lättare för den behandlande läkaren att känna igen ett återfall (till exempel återkommande depression eller ångest) och att särskilja återfall eller abstinens i god tid.

Det är en märkbar skillnad i tidpunkten mellan förekomsten av abstinenssymtom och återfall. Abstinenssymptom uppstår vanligtvis strax eller omedelbart efter att en gradvis minskning har börjat. Återfall återkommer vanligtvis vid ett senare skede, ofta efter att gradvis minskning har avslutats. Även om abstinenssymtom blir mindre allvarliga och försvinner med tiden, tenderar symptomen till följd av återfall att kvarstå och kan till och med bli värre.

Om du har några frågor eller om du behöver mer information, kontakta Regenboog Apotheek (Regnbåge Apotek) på [tapering@regenboogapotheek.com](mailto:tapering@regenboogapotheek.com) eller + 31-(0)161-745 061.

12. **Tabelleffekt\*** enligt den dagliga förändringen (minskningen) av dosen från mg till 0 mg av läkemedlet på 28 dagar.

sedativa(=SDTV)		
ficka	dos (mg)	Effekt
28-01	10,000	28,82%
27-01	9,500	28,43%
26-01	9,000	27,79%
25-01	8,500	26,98%
24-01	8,000	26,05%
23-01	7,600	25,11%
22-01	7,100	24,08%
21-01	6,700	23,07%
20-01	6,300	22,05%
19-01	5,900	21,03%
18-01	5,500	19,98%
17-01	5,100	18,92%
16-01	4,700	17,84%
15-01	4,300	16,72%
14-01	4,000	15,69%
13-01	3,600	14,59%
12-01	3,300	13,55%
11-01	3,000	12,54%
10-01	2,600	11,42%
09-01	2,300	10,35%
08-01	2,000	9,29%
07-01	1,700	8,23%
06-01	1,400	7,17%
05-01	1,100	6,09%
04-01	0,800	4,99%
03-01	0,500	3,88%
02-01	0,300	2,88%
01-01	0,100	1,96%



\* "Effekt" visar beläggningsgraden för receptorn (i procent) där läkemedlet fäster som en funktion av den dagliga dosen; från den lägsta registrerade dosen till 0. Förändringen (minskning) bör ske så gradvis som möjligt för att förhindra abstinensbesvär så mycket som möjligt. Detta kommer att ske genom att sänka dosen på en överensstämmande hyperbolisk funktion. Hyperbolisk betyder att stegen (förändring av det dagliga intaget) blir mindre mot slutet.

## Förklaring av tabletter i hyperbolisk bana

**Bygg upp:** öka dosen → börja med väska 01-01  
**Nedtrappning:** minska dosen → börja med väska 28-01

byggnad	utfasning	påse nr	SDTV mg	10 mg	5 mg	2 mg	1 mg	0,5 mg	0,2 mg	0,1 mg
lördag	söndag	28-01	10	1						
fredag	måndag	27-01	9,5		1	2		1		
torsdag	tisdag	26-01	9		1	2				
onsdag	onsdag	25-01	8,5		1	1	1	1		
tisdag	torsdag	24-01	8		1	1	1			
måndag	fredag	23-01	7,6		1	1		1		1
söndag	lördag	22-01	7,1		1	1				1
lördag	söndag	21-01	6,7		1		1	1	1	
fredag	måndag	20-01	6,3		1		1		1	1
torsdag	tisdag	19-01	5,9		1			1	2	
onsdag	onsdag	18-01	5,5		1			1		
tisdag	torsdag	17-01	5,1		1					1
måndag	fredag	16-01	4,7			2		1	1	
söndag	lördag	15-01	4,3			2			1	1
lördag	söndag	14-01	4			2				
fredag	måndag	13-01	3,6			1	1	1		1
torsdag	tisdag	12-01	3,3			1	1		1	1
onsdag	onsdag	11-01	3			1	1			
tisdag	torsdag	10-01	2,6			1		1		1
måndag	fredag	09-01	2,3			1			1	1
söndag	lördag	08-01	2			1				
lördag	söndag	07-01	1,7				1	1	1	
fredag	måndag	06-01	1,4				1		2	
torsdag	tisdag	05-01	1,1				1			1
onsdag	onsdag	04-01	0,8					1	1	1
tisdag	torsdag	03-01	0,5					1		
måndag	fredag	02-01	0,3						1	1
söndag	lördag	01-01	0,1							1
				1	11	20	10	12	13	13

Efter att ha slutfört den här sidan, skanna och e-posta till tapering@regenboogapotheek.com eller  
 faxa det till +31 85-2736129 (båda kanalerna är säkrade).

## RECEPT



(Medicin kommer att skickas när betalning har tagits emot.)

Läkemedelsanvändningens varaktighet:  <1 år  1-2 år  2-5 år  5-10 år  >10 år

Risikfaktor:  missad dos  reducering av ångest  misslyckades tidigare  skillnad  långsam metaboliserare  hög startdos

Initialer och patientnamn\*:

födelsedatum (DD\_MM\_AAAA)\*: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

Personnummer: \_ \_ \_ \_ \_

Sex\*:  M  K

Gata och husnummer\*:

Postnummer och adress\*:

E-postadress\*:

Lokalt apotek:

eller sticka etiketten

Telefon: \_ \_ \_ \_ \_

Patienten ger tillstånd att få läkemedlet från Regenboog-apotek\*  Ja

Patienten ger samtycke till informationsöverföring med lokala apotek\*  Ja

Namn på förskrivande läkare\*:

Läkarens registreringsnummer\*:

Gata och husnummer\*:

Postnummer och adress\*:

E-postadress\*:

Telefon\*:

Datum\*: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

Stämpelläkare (föredraget)

signatur Läkare\*:

Ge läkemedlet med en hyperbolisk dosminskning eller  Linjär dosminskning.

Vi skickar medicinen till patienten om medicinering inte är kontrollerad medicinering.

**\* obligatorisk**

**Fyll i RÖDA kolumner**

Cross box medicin	medicin (mg)	DDD (mg)	Dos (bygga upp/minska/stabilisera)				Total avsmalningslängd		Genomsnittlig nedtrappning period från	Periodjuster ing vid + eller -½DDD (mg)***
			Den minsta dosen på marknaden	Lägsta dos i remsa (mg)	startdos (mg)	slutdos (mg)	Antal remsor	Antal dagar per remsa		
<input type="checkbox"/>	alprazolam**	1	0,25	0,01	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	bromazepam**	10	3	0,1	_____	_____	under utveckling (3-12 må		4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	chloordiazepoxide**	30	5	0,5	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	diazepam**	10	2	0,1	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	flurazepam**	30	15	0,1	_____	_____	under utveckling (3-12 må		4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	lorazepam**	2,5	1	0,05	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	midazolam**	15	7,5	0,1	_____	_____	under utveckling (3-12 må		4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	nitrazepam**	5	5	0,5	_____	_____	under utveckling (3-12 må		4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	oxazepam**	50	10	0,1	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	temazepam**	20	10	0,1	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	zolpidem**	10	5	0,1	_____	_____	under utveckling (3-12 må		4 x 28 dagar	+/-28 dagar
<input type="checkbox"/>	zopiclon**	7,5	3,75	0,1	_____	_____	__	x28 dagar	4 x 28 dagar	+/-28 dagar
Inkludera gärna i sortimentet										

\*\* Patienten ska hämta den kontrollerade medicinen på Amsterdam Airport Schiphol (AMS) eller på Regenboog Pharmacy.

\*\*\* Om dosen är högre än DDD: Lägg till en extra Taperingstrip per 1/2 DDD.

\*\*\* Om dosen är lägre än DDD: Dra av en Taperingstrip per 1/2 DDD.



J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137  
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

KWITANTIE VOOR: DATUM: xx-xx-xxxx

E Example  
 Brigidastraat 12  
 4854 CT Bavel

Arts	Zi-nr	Omschrijving	Materiaal	Tarief WMG	Bijbet.	Prestatiekoppelnr	Bedrag	BTW
Betreft E Example, 01-01-2001/V BSN:			(Invoice for Insurance Company)					
S/SPBUI		1ST Medication Tapering 28 days		95,00		VRB03407100230623	95,00	0,00

**FRR03407**

Voorschrift van:

H = Huisarts HS = Huisarts op advies specialist  
 S = Specialist HV = Handverkoop  
 V = Verloskundige P = Psychiater / Neuroloog  
 T = Tandarts

Bank NL70RABO039.50.37.679  
 KvK 20060757  
 BTW NL0087.63.914.B.01

RECEPTNUMMER

TE BETALEN

37022099P/FRB03407

95,00

Algemene Verkoop- en Betalingsvoorwaarden zijn op 1 februari 2009 gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage (HR 40 409 373)

J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137  
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

**Data of pharmacy and Registered Pharmacists**

E Example  
 Brigidastraat 12  
 4854 CT Bavel

**Personal data of patient (address)**

**FRR03407** & 37022099P/FRB03407

**Invoice number**

Bank NL70RABO039.50.37.679

**IBAN**

KvK 20060757

**Registration number Chamber of Commerce**

NEDERLANDS	ENGLISH	DEUTSCH	FRANCAIS
Kwitantie	Receipt	Quittung	Reçu
Datum	Date	Datum	Date
Arts	Physician	Arzt	Médecin
Zi-nr	Medicine number	Medikamentennummer	Numéro de médicament
Omschrijving	Description medication	Beschreibung	Description
Tarief WMG	Rate	Rate	Taux
Prestatiekoppelnr.	Correlated handling no.	Leistungszahl	Numéro de prestation
Bedrag	Amount	Menge	Montant
BTW	VAT	MwSt	T.V.A.
Te betalen	To pay	Zu zahlen	à payer