

Opioider

Information og rådgivning
til sundhedspersoner

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

FORORD

Behandling med opioider kan være en vanskelig opgave for både patient og læge blandt andet pga. risikoen for afhængighed. Det kræver støtte til patienten fra både læge og pårørende ved ophør efter lang tids brug.

Region Sjælland ønsker med denne folder at skabe opmærksomhed om hensigtsmæssig brug af opioider, motivere til dosisreduktion og seponering samt generelt støtte almen praksis i arbejdet med denne type medicin.

Hensigtsmæssig brug af opioider omfatter blandt andet:

- Grundig smerteanamnese
- Information om non-farmakologiske tiltag
- At ét opioid anvendes ad gangen i så lav dosis som muligt
- At opioider ikke bør anvendes til kroniske non-maligne smerter
- Aftale om behandlingsmål og slutdato inden behandlingsstart
- At receptfornyelse kun bør ske ved personlig konsultation
- Motivation af patienten til dosisreduktion og seponering
- Information om afhængighedspotentiale

På sundhed.dk¹ findes uddybende materiale og værktøjer.

De regionale lægemiddelkonsulenter yder gerne sparring og rådgivning på området. Henvendelse via: Imenheden@regionsjaelland.dk.

Lægemedelenheden, Region Sjælland
November 2018

¹⁾ www.sundhed.dk > Fagperson > Region Sjælland > Almen praksis > Lægemidler > Afhængighedsskabende lægemidler

INDIKATION FOR START AF OPIOID

Patientens smertetype og -intensitet har betydning for, om der er indikation for behandling med opioid. Behandling med opioid bør hovedsagligt betragtes som kortvarig symptombehandling.

Opioider bør så vidt muligt ikke anvendes, medmindre der er tale om akutte (postoperative) smerter eller cancersmerter. Opioider bør kun yderst sjældent anvendes til kroniske non-maligne smerter.

Hos patienter med kroniske non-maligne smerter bør non-farmakologisk og anden farmakologisk behandling være afprøvet og fundet utilstrækkelig inden opioid anvendes.

Kun en lille gruppe af disse patienter (maks. 10 %) kan have gavn af opioid. Disse patienter vil opleve smertelindring inden for de første 1-2 behandlingsmåneder.

Opioid er absolut sidste valg ved neuropatiske smerter², og evidensen er sparsom.

Inden opioider ordineres:

- Optages en grundig smerteanamnese
- Fastsættes et behandlingsmål (smertereduktion/forbedret funktionsevne) og en slutdato
- Oplyses patienten om virkning, bivirkning, udvikling af tolerance og risiko for afhængighed
- Oplyses patienten om den tidsbegrænsede behandlingsvarighed
- Overvejes om motorkøretøjer og maskiner kan føres forsvarligt under behandlingen

²⁾ Neuropatiske smerter opstår som følge af en beskadigelse af nervesystemet enten perifert eller centralt.

VALG AF OPIOIDER

Morfin er et hensigtsmæssigt valg til de fleste patienter, hvor der er indikation for opioid.

Anvend ét opioid ad gangen i lavest mulig dosis og i kortest mulig tid.

Opioidplastre bør kun anvendes, hvis oralt indtag ikke er muligt. Plastre giver øget risiko for utilsigtede hændelser, er et dyrere valg og vanskeligere at dosisitere.

Præparater med hurtigindsættende virkning bør kun anvendes til patienter med akutte smerter eller cancersmerter. Disse præparater har højt misbrugspotentiale og risiko for abstinensbetingede gennembrudssmerter.

Ved indikation for opioid til patienter med kroniske non-maligne smerter anvendes opioid i depotform. Uanset dosering og type af opioid kan patienterne ikke forvente total smertelindring.

Ældre og patienter med demens har øget følsomhed over for opioiders effekt og bivirkninger. Start med lav dosis og trap evt. langsomt op, hvis behandlingsmålet ikke er nået.

BIVIRKNINGER

Opioider er forbundet med mange bivirkninger, blandt andet obstipation, kognitiv dysfunktion, afhængighed og misbrug. Disse bivirkninger bør overvejes, før behandlingen iværksættes. Graden og forekomsten af bivirkninger er forskellig for de enkelte opioider.

Alle opioider kan medføre afhængighed.

Risikoen for afhængighed og andre bivirkninger stiger, jo længere tid der behandles og jo højere doser, der anvendes.

Patientindividuelle faktorer kan gøre visse patienter mere udsatte for psykisk afhængighed, f.eks. ung alder og misbrug i familien. Et signal, om at patienten er blevet afhængig, kan være, at patienten hyppigt henvender sig grundet mistede medicinpakninger eller hyppigt opsøger lægevagt/andre læger for supplerende ordinationer.

Langtidsbehandling med opioider kan have paradokseffekt og medvirke til forværring af smerterne (opioidinduceret hyperalgesi). Disse smerter er meget svære at differentiere fra de egentlige smerter hos patienter i behandling med opioid.

Bivirkninger bør give anledning til fornyet vurdering af patientens smertetilstand og stillingtagen til indikationen for fortsat behandling.

REVURDERING AF INDIKATION

Indikationen bør revurderes ved hver receptfornyelse, uafhængigt af om det er til en fast bruger eller til forlængelse af nystartet behandling.

Indikationen for opioid kan revurderes ud fra følgende parametre:

- Smertens karakter, lokalisation, intensitet, ændringer over tid/døgnet og evt. udløsende og lindrende faktorer
- Effekt af opioid (minimum 30-50% reduktion på VAS-score og/eller patientspecifik aktivitetsforbedring)
- Behandlingslængde og dosis³
- Anvendt medicin mod smerter, herunder p.n.-medicin, håndkøbsmedicin, naturlægemidler m.fl.

³) Døgndosis på mere end 100 mg morfin eller morfinækvivalenter hos patienter med kroniske non-maligne smerter er sjældent indiceret.

- Bivirkninger, herunder afhængighed og misbrug
- Toleranceudvikling
- Psykosociale forhold

Medicinstatus ved afslutning fra smertecenter eller sygehus er ikke et udtryk for en fast og endelig løsning. Behandlingen bør løbende justeres og evt. forsøges aftrappet afhængigt af patientens tilstand.

Hvis en patient med kronisk smerte oplever manglende smertedækning, bør der tages højde for dagsvariation, manglende tilpasning af aktivitetsniveau og psyko-sociale faktorer inden opioiddosis øges. Smerteforværring grundet tidligere nævnte paradokseffekt bør også overvejes.

Der kan med fordel indføres årskontrol hos patienter med kroniske smerter.

DOSISREDUKTION OG SEPONERING

Ved akutte smerter reduceres dosis i takt med, at smerterne aftager. Faste brugere motiveres løbende til dosisreduktion og seponering. Dette bør foregå i en så rolig fase af patientens liv som muligt. Den nødvendige psykosociale støtte gives undervejs.

Dosisreduktion og seponering kan overvejes ved:

- Motiverede patienter⁴
- Manglende effekt på smerter og/eller funktionsniveau
- Manglende overholdelse af behandlingsplanen
- Tegn på misbrug
- Alvorlige bivirkninger

⁴⁾ Elementer fra den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi kan anvendes.

Fokus på succeshistorier, bivirkninger, afhængighed, sygdomsmestring og kørselsrestriktioner kan motivere patienten.

For at sikre den fortsatte motivation hos patienten, er det vigtigt med løbende samtaler; også efter endt seponering.

Nedtrapning

En nedtrappingsplan udarbejdes sammen med patienten. Den samlede døgndosis af opioider inkl. p.n.-forbrug omlægges til ét depotopioid, hvis patienten er i behandling med flere opioider. Når patienten er i stabil behandling (efter 1-2 måneder), kan langsom nedtrapning påbegyndes.

Forslag til nedtrappingsregimer:

Kortvarig behandling (under 4-6 uger):

Reduktion af dosis med 25 % hver 3.-5. dag.

Langvarig behandling (over 4-6 uger):

Reduktion af dosis med 10-20 % med 1-2 ugers interval.

Hvis patienten når til et vanskeligt punkt i nedtrapningen, kan nedtrappingsintervallerne forlænges eller planen pauseres. Dosis bør ikke øges under nedtrapningen.

Abstinenssymptomer

Patienten bør informeres om mulige abstinenssymptomer. Symptomerne starter typisk efter 2-3 halveringstider for det pågældende opioid, topper de efterfølgende 2-3 dage og aftager i løbet af 7-14 dage. Der kan ses abstinenssmerter⁵, som kan forveksles med patientens egentlige smerter. Abstinenssmerterne ophører typisk efter 14 dage. Patientens egentlige behov for fortsat behandling med opioid kan derfor først vurderes herefter.

³⁾ Patienten kan initialt ved nedtrapningen opleve, at smerterne forværres. Dette kan skyldes, at der i forbindelse med nedtrapning kan opstå abstinensbetingede smerter

REFERENCER

Høgh M, Jensen NH og Pickering AP. 2015. Smertebogen. Munksgaard.

Højsted J og Rindom H. 2017. Strategier til at undgå afhængighed ved smertebehandling. Ugeskrift for læger.

ugeskriftet.dk/videnskab/strategier-til-undgaa-afhaengighed-ved-smertebehandling

La Cour B og Handberg G. 2017. Kronikerkontrol af den komplekse, nonmaligne smertepatient.

www.sundhed.dk/content/cms/62/93162_11-artikel-til-medicinsk-smertebehandling--kronikerkontrol-af-den-komplekse-nonmaligne-smertepatient.pdf

Sundhedsstyrelsen. 2018. National klinisk retningslinje for opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter. HØRINGSVERSION. prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/601cd22a-728e-459e-bc9e-8a22671c079a/NKR%20for%20opioidbehandling%20af%20kroniske%20non-maligne%20smerter%20h%C3%B8ringsversion.pdf

Sundhedsstyrelsen. 2018. Neuropatiske smerter med fokus på håndtering af farmakologisk behandling i almen praksis. Rationel Farmakoterapi.

www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedssbladet/2018/-/media/B7D69C8437144C239849422BCBA71802.ashx

Sundhedsstyrelsen. 2018. Brug af opioider ved kroniske nociceptive, ikke-maligne smerter. Rationel Farmakoterapi.

www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedssbladet/2018/rationel-farmakoterapi-3,-2018/brug-af-opioider-ved-kroniske-nociceptive,-ikke-maligne-smerter

Sundheds- og ældreministeriet. 2018. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Retsinformation.
www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=200176

