

# Opioidförskrivning och beroende

Per Steneryd läkare Närsjukvården

maj 2022

# Att förskriva läkemedel

- **Förutsättningar:** Vårdsystemet, lokala arbetsvillkor, samarbetet med kollegor och personlig hälsa och förtrogenhet med specifika läkemedel.
- **Krav och ansvar:** Uppnå terapeutiska mål, agera i samråd med patienten, vara rationell i förskrivningsprocessen, beakta etiska och ekonomiska aspekter
- **Behovet av stöd** för att vara trygg och säker vid förskrivning: rekommendationer, riktlinjer, förutbestämda förskrivningsstrategier
- **Återkoppling**
- Tillräckligt med **tid** i patientmötet och för fortbildning

# Varför svårt göra rätt?

- Bristande kontinuitet: insättning-uppföljning
- Bristande dokumentation: smärtanalys, riskanalys, behandlingsplan och vad som kommunicerats till patienten
- Kunskapsbrister hos förskrivare
- Möta patientförväntningar. Lång och kort sikt. Stigma.
- Tidsbrist att göra grundläggande analysarbete, uppföljning
- Brist på lokalt förankrade rutiner och samsyn inom verksamheten
- Resursbrist inom närsjukvården, ej fast personal, bristande kontinuitet

# Bra kunskap och beslutsstöd finns i terapirekommendationerna.

+ European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain. Eur J Pain 2021;949-968

- **Smärtanalys:** Vad ska behandlas? Hur?
- Om opioider aktuellt:
- **Risikanalys**, Hög risk: unga vuxna-tonåringar, beroendesjukdom, utsatt psykosocial situation, ej välbehandlad psykisk sjukdom, ej välbehandlad neuropsykiatri, instabil personlighetsstörning och antisocial personlighetsstörning
- Låg risk: >45 år, psykiskt frisk, stabil social situation, ingen anamnes eller ärftlighet för beroendesjukdom
- Medel: <45 år, tidigare depression, beroendesjukdom eller heriditet

# Göra rätt

- **Behandlingsplanering** som dokumenteras. Definiera behandlingsmål.
- Patienten delaktig-insatt i vad som beslutats.
- Patientinformation kan innehålla: Dos, tidpunkt för intag, duration, missad dos vad göra?, interaktion med andra mediciner, profylax av förstoppning, uppehåll med alkohol och lugnande mediciner, patientens ansvar att följa ordination, förvara medicinen säkert, vad göra med icke använd medicin, tänka på vid utlandsresa, ev. påverkan vid bilkörning, på arbetet, potentiellt skadliga kort och långtidseffekter

# Göra rätt

- Vid **insättning** öka dosen stegvis med 25 % var 3-8 dag.
- Optimal dos: uppnå fördefinierat terapeutisk mål med minimala eller tolerabla biverkningar.
- Maxdos: Morfin ca 90 mg/d. Buprenorfin 40ug/h. Oxykodon ca 50.
- **Uppföljning:** Om riskpatient mycket stram.
- Vid långtidsbehandling var 3:e månad: Aktivitets-funktionsnivå, smärta, avvikande beteende, biverkningar.
- Fortsätta om stabil dos, förbättrad funktion och smärtkontroll, tolerabla bieffekter och inga tecken på icke-medicinsk användning
- Begränsat antal förskrivare, jmf bensodiazepiner.

# Göra rätt

- **Avsluta** behandlingen om: doseskalering, förlust av förbättrad funktion och smärtkontroll, icke tolerabla/hanterbara bieffekter eller tecken på icke-medicinsk användning av förskrivna opioider.

# Att tänka på

- Vid kombination med antipsykotika och tricykliska antidepressiva risk för antikolinergasymtom: urinretention, förstoppning, muntorrhet, förvirring mm
- QT-förlängning: metadon, oxykodon, tramadol. Morfin och buprenorfin är lågrisk.
- Långtidbehandling ökar risken för depression.
- Smärtsystemet störs: generellt ökad smärta.
- Opioidinducerad hyperalgesi: ökad smärta över tiden, spridning till fler områden, externa stimuli smärtar



# Att tänka på

- Hormonpåverkan: hypogonadism, sexuell dysfunktion, reversibel cortisolbrist
- Kraftigt ökad risk för överdos och död vid kombinationsbehandling med bensodiazepiner och gabapentin/pregabalin. Dessa mediciner kan vara andningsdeprimerande
- Missbruk/skadligt bruk: 25%. Beroende 10-15%
- Psykiska bieffekter: Förvirring, trötthet, känslomässig dämpning, eufori mm, påverkat belöningssystem
- Centralt i beroendeutvecklingen är beteendeförändring.
- Toleransutveckling och abstinens vid utsättning ej lika med beroendesjukdom.

# Om fel vad göra?

- Luta sig mot lokala rutiner
- Informera patienten. Motiverande samtal. Konsultera TILMA vid behov. Remittera till TILMA för ytterligare information-bedömning.
- Typpatient 1. Socialt stabil, iatrogen beroende. Ingen psykiatri. Ofta lätt att trappa på VC efter info.
- Typpatient 2. Psykisk samsjuklighet. Missbruk, köpt svart. Socialt instabil. Behöver stöd av soc-tjänst och psykiatrins beroendeteam.
- Typpatient 3. Skör, viss psykisk samsjuklighet men ej på specialistnivå. Kräver mycket stöd under trappning. Ofta lämplig för TILMA

# På TILMA

- Hur ser verkligheten ut? Medicindagbok
- Stabilisera. 3-dos långverkande
- Lagom trappningstakt: Från Oxykodon 200 till 100 mg minskning med 20 mg per vecka. 100 till 40 mg 10 mg per vecka, 40 till 0 5 mg/vecka.
- Erbjuds eftervård upp till 1 år. Underliggande problem tas om hand.
- Stödmedicinering vid behov. Sömnbesvär ffa melatonin och mirtazapin. Vid ångest Atarax. Vid aktiverat stresssystem testa betablockad.
- Ej sjukskrivning. Mår bättre av sysselsättning.

# Om vi gör rätt

- För verksamheten: Bättre arbetsmiljö. Vi kan känna oss professionellt stoltare och vi frigör resurser för annan verksamhet på sikt.
- För patienten: Färre vårdskador. Mindre lidande och bättre funktion på sikt. Skapar trygghet. Vet vad som gäller.