

Läkarens behandlingsansvar vid opioidförskrivning kan förbättras

VID VISSA SMÄRTTILLSTÅND FÖRSKREVS BENSODIAZEPINER AV ENDAST EN VÅRDGIVARE, MEDAN FLERA FÖRSKRIVARE AV OPIOIDER VAR VANLIGT

Karl-Fredrik Sjölund, med dr, överläkare, högspecialiserad smärtvård, Funktion perioperativ medicin och intensivvård, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
 ● karl-fredrik.sjolund@sl.se

Opioider är viktiga i behandlingen av akut och cancerrelaterad smärta. Opioidbehandling vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta är en mer komplicerad fråga. Den smärtlindrande effekten är begränsad, och baksidan i form av iatrogena substanssyndrom har uppmärksamats. Denna problematik är bäst studerad i USA, där kanske även omfattningen är störst [1]. Ämnet opioidbehandling vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta i Sverige har belysts i Läkartidningen [2, 3]. Iatrogena substanssyndrom gällande opioider förekommer även här, men omfattningen är svår att fastslå. Gränsdragningen för diagnosen substanssyndrom är inte svartvit, och sannolikt registreras endast svåra tillstånd.

Patienten är aldrig ensam i en behandling med receptbelagda läkemedel. Det finns också en förskrivare: läkaren som åtar sig ett behandlingsansvar. Publicerade behandlingsrekommendationer gällande opioidbehandling beskriver betydelsen av att behandlaren gör en riskanalys, dokumenterar behandlingsmål, väljer lägsta effektiva dos, informerar om behandlingens mål och risker samt planerar hur behandlingen ska följas upp och utvärderas [4]. Dessa rekommendationer är inte tagna ur luften utan beaktar bland annat risken för substanssyndrom. Att genom planering och uppföljning förebygga utveckling av substanssyndrom är definitivt ett bättre alternativ än att behandla det när det väl uppkommit.

Jag har inte hittat publicerade svenska data som fokuserar just på förskrivarens roll vid opioidbehandling. Denna artikel baseras på ett utvecklingsarbete inom ramen för Region Stockholms organisation för kunskapsstyrning. Syftet var att identifiera möjliga åtgärder för att förbättra kvalitet och säkerhet i opioidförskrivning.

METOD OCH MATERIAL

Data från VAL (vårdanalys)-databasen, som kan leverera anonymiserade data gällande Region Stockholm, baserade på en rad sammankopplade databaser användes. Data gäller 2017–2019, och samtliga individer då folkbokförda i Region Stockholm ingår. Data levererades avidentifierade på grupp-nivå. Antalet individer som under respektive år haft minst en vårdkontakt där någon av diagnoskoderna myalgi med flera (M79), myalgi (M791), fibromyalgi (M797), huvudvärk av spänningstyp med flera (G44) samt migrän (G43) registrerats som huvuddiagnos togs fram. Antalet individer i dessa grupper som fått minst ett recept på en opioid (ATC-kod N02AA01/05/55/59, N02AB01/03, N02AE01,



»Patienten är aldrig ensam i en behandling med receptbelagda läkemedel. Det finns också en förskrivare: läkaren som åtar sig ett behandlingsansvar.«

N02AJ06/09, N02AX02/06) expedierat på apotek i Sverige samt förskrivarkod togs fram. Även preparat innehållande tramadol och kodein ingår, men buprenorfinberedningar som endast används inom beroendevård och metadon ingår inte. Inom grupperna insamlades även data om antalet individer som hämtat ut minst ett recept på en bensodiazepin (ATC-kod

HUVUDBUDSKAP

- Artikeln beskriver data från VAL (vårdanalys)-databasen gällande förskrivning av opioider och bensodiazepiner i Region Stockholm 2017–2019.
- Förskrivningsmönster vid vissa muskuloskeletala smärttillstånd och huvudvärk beskrivs. Opioidförskrivning i dessa grupper är betydligt vanligare än i hela populationen, trots att opioider inte ingår i rekommenderad behandling vid dessa smärttillstånd.
- Data visar att bensodiazepiner endast förskrivs av en vårdgivare, men flera förskrivare av opioider är vanligt.
- Högst antal opioidförskrivare ses i patientgruppen där även bensodiazepiner förskrivs.
- Ett förändrat förskrivarbeteende, där man hanterar opioidförskrivning på samma sätt som man redan använder gällande bensodiazepiner, är en enkel åtgärd som föreslås kunna minska förekomsten av iatrogen opioidberoende.

TABELL 1. Antal individer med vårdkontakt med angiven huvuddiagnos (diagnoskod enligt ICD-10), andel inom respektive grupp som hämtat ut opioid respektive bensodiazepin på apotek. Medelantalet förskrivare för respektive läkemedelstyp och andel med mer än en förskrivare av opioid. Data avser Region Stockholm 2019.

	M79 Myalgi m fl	M79.1 Myalgi	M79.7 Fibro- myalgi	G43 Migrän	G44 Spännings- huvudvärk m fl
Antal individer	137 890	49 908	4 356	14 267	19 840
Andel som hämtat ut opioid (procent)	18	16	39	17	15
Andel som hämtat ut bensodiazepin (procent)	5	5	13	6	5
Antal opioidförskrivare (medelvärde)	1,43	1,38	1,46	1,44	1,40
Antal bensodiazepinförskrivare (medelvärde)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Andel med mer än en opioidförskrivare (procent)	5	4	13	5	4

N05BA01/04/06/12) samt tillhörande förskrivarkod. Förskrivarkoden motsvarar i regel en vårdenhets eller mottagning. Kontroll gjordes för att se om förskrivning från det fåtal vårdenheter som har flera förskrivarkoder påverkade resultaten. Så var inte fallet.

RESULTAT

Det huvudsakliga fyndet i kartläggningen är att multipla förskrivare av opioidpreparat till en enskild individ är frekvent inom studerade diagnosgrupper, samtidigt som multipla förskrivare av bensodiazepiner inte förekom. Data för 2019 presenteras. Data för 2017 och 2018 är snarlika.

Region Stockholm hade 2019 en population på 2,3 miljoner invånare. Grupperna med minst en vårdkontakt med de valda huvuddiagnoserna varierade mellan 4 356 och 137 890 personer. En individ kan vara registrerad i mer än en diagnosgrupp. Av regionens vuxna invånare (18 år eller äldre) fick 8,4 procent minst ett opioidrecept expedierat under 2019. Motsvarande siffra för bensodiazepiner var 3,3 procent. Andelen patienter i de valda diagnosgrupperna som hämtat ut minst ett opioidrecept varierade mellan 15 och 18 procent, bortsett från gruppen med fibromyalgidiagnos (M797), där 39 procent av individerna gjort minst ett sådant uttag. 5–6 procent i de flesta grupperna hämtade ut recept på en bensodiazepin. Fibromyalgi (M797) avvek med 13 procent. Medelantalet förskrivare av opioid var 1,40–1,43 för respektive diagnosgrupp, och antalet förskrivare av bensodiazepin var genomgående 1,00. För grupperna som erhöll recept på bägge typerna av preparat var medelantalet opioidförskrivare 1,73–1,87 samtidigt som antalet förskrivare av bensodiazepin låg kvar på 1,00. Det högsta antalet opioidförskrivare till en individ som under året även hämtat ut bensodiazepinrecept var mellan 7 och 15 i respektive diagnosgrupp, med oförändrat 1,00 förskrivare för bensodiazepin. Ett urval av data presenteras i Tabell 1 och 2.

DISKUSSION

Data är hämtade från VAL-databasen, där data rörande bland annat vårdkontakter för offentligt finansierad vård inom Region Stockholm och expedierade

receptbelagda läkemedel registreras. Täckningsgraden är mycket hög. När det gäller smärta finns dock stor osäkerhet gällande diagnosregistrering. Den diagnos som registreras när opioider förskrivs beskriver ofta inte ett tillstånd där opioidbehandling används. Därför hämtades diagnos- och läkemedelsdata över en helårsperiod för att identifiera de diagnosgrupper som valts; diagnoser som med nödvändighet innefattar en ofta långvarig smärta men där opioider i regel inte förespråkas. Det är viktigt att komma ihåg att fokus ligger på att studera förskrivarbeteende, inte omfattningen av opioidbehandling vid en viss diagnos. En individ med diagnos/smärttyp som normalt inte behandlas med opioid kan exempelvis under samma år ha genomgått en operation och erhållit ett opioidrecept för postoperativ smärtbehandling. Det kan i materialet även finnas genomtänkta undantag där man valt opioidbehandling vid smärttillstånd där regeln är att avstå detta. Data differentierar inte heller mellan tillfällig behandling och långtidsbehandling. Mer än en registrerad förskrivarkod innebär ändå med nödvändighet uttag av opioider vid minst två tillfällen under året. Risken för utveckling av ett substanssyndrom ökar efter en kort period av daglig exponering. Flera förskrivningstillfällen under ett år kan vara en enkel varningsflagga för att en individ kan ha svårt att på egen hand avsluta behandlingen.

Opioidförskrivning är vanligare i de valda patientgrupperna än i populationen. Även om det finns en ökad förekomst av en rad sjukdomar vid exempelvis fibromyalgi är den betydligt högre andelen individer som erhållit opioidrecept värd att kommentera. Tillstånd där opioidbehandling rekommenderas (kortvarigt vid nytillkommen skada eller efter operation, vid smärta orsakad av cancersjukdom och undantagsvis till lågriskpatienter med exempelvis artrossjukdom) är inte alls så mycket vanligare. Resultaten visar även att opioidförskrivningen är ännu vanligare i gruppen som även behandlas med bensodiazepiner, trots att kombinationen bör undvikas [5].

Antalet förskrivare av opioid till en enskild patient står i kontrast till att förskrivning av bensodiazepiner sker från en vårdgivare. Även i patientgrupperna med oroande många opioidförskrivare följer man när det

TABELL 2. Andel individer med vårdkontakt för respektive huvuddiagnos som både hämtat ut minst ett recept på opioid och minst ett recept på bensodiazepin. Medelantalet förskrivare av opioid respektive bensodiazepin samt högsta antal förskrivare av opioid i subgrupperna. Data avser Region Stockholm 2019.

	M79 Myalgi m fl	M79.1 Myalgi	M79.7 Fibro- myalgi	G43 Migrän	G44 Spännings- huvudvärk m fl
Andel som hämtat ut opioid och bensodiazepin (procent)	3	2	8	3	2
Antal opioidförskrivare (medelvärde)	1,81	1,76	1,73	1,87	1,82
Antal bensodiazepinförskrivare (medelvärde)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Högsta antal opioidförskrivare	15	12	7	12	12

gäller bensodiazepiner principen att endast en vårdgivare förskriver. Data visar inte i vilken omfattning patienter efterfrågat förskrivning men nekats detta, alternativt om patienten endast efterfrågat preparat man lärt sig oftare kommer att förskrivas.

Låt oss betrakta förskrivaren lite närmare, eller mer precist den vårdenhet/förskrivarkodenhet som förskrivit receptet som apoteket sedan expedierat. Visar resultaten hur vi ser på behandlingsansvar när vi skriver ett opioidrecept i kontrast till bensodiazepiner? Många patienter som utvecklat en problematisk opioidanvändning vittnar om att det är lätt att få opioidrecept. Betraktar läkare opioidförskrivning som en åtgärd förknippad med ett fortsatt ansvar eller enbart som en humanitär åtgärd som inte kräver en medicinsk bedömning av vilken behandling som är lämplig? Hoppas man över behandlingsplan och plan för uppföljning? Tror och hoppas man att en icke identifierad, informerad eller tillfrågad vårdgivare kommer att ta hand om det hela framöver? Om svaret på dessa frågor är ja är det inte förvånande om dokumentation gällande tänkt behandlingstid, behandlingsmål och uppföljning saknas i journalen. Det faktum att flertalet patienter avslutar behandlingen spontant på egen hand kanske ironiskt nog bidrar till att man tar lättare på behandlingsansvaret vid opioidförskrivning.

Förskrivning av opioider från flera vårdgivare är en faktor associerad till ökad risk för substanssyndromutveckling och även dödsfall [5]. Det finns därför skäl att anta att färre individer skulle få problem om man följde principen att en vårdgivare förskriver till en enskild patient. Här presenterade data visar att vi som förskrivare redan har rutinen att hantera bensodiazepiner på det sättet. En övergång till att hantera opioidförskrivning utifrån samma principer borde vara en enkel åtgärd som höjer kvalitet och säkerhet i behandlingen.

Långvarig opioidanvändning vid icke-cancerrelate-

rad smärta är i sig associerad till ökad risk för död, en riskökning som inte självklart kan förklaras av samband med bakomliggande sjukdom eller skada. Även svenska data visar på detta samband [6]. Omfattningen av problemet i USA har gjort det möjligt att studera och kvantifiera denna tragiska utveckling. Begreppet »adverse selection» beskriver läkares benägenhet att förskriva opioider i hög utsträckning just till individer där behandlingen är mer riskabel och vid smärta av typ där behandlingen bör undvikas. Här presenterade svenska data indikerar en liknande slagsida i förskrivningsmönstret. Det är svårt att få fram data kring dödsfall där ett iatrogen substanssyndrom bidragit. En artikel i Läkartidningen nyligen beskriver dödsfall i Sverige kopplade till opioider [7]. Även om illegala preparat dominerar är det troligt att antalet dödsfall där receptförskrivna opioider bidrar ligger i samma storleksdimension som antalet människor som dör i trafikolyckor. Ett skäl att göra den jämförelsen är den välkända nollvisionen i trafiksäkerhetsarbete. Det är lika rimligt att ha en nollvision för opioidbehandling, och varje dödsfall är ett undvikbart misslyckande från vårdens sida. Få förespråkar att nollvisionen i trafiken ska nås genom att man helt avstår från att köra bil. Man kan med enkla medel närma sig nollvisionen avseende dödsfall orsakade av receptförskrivna opioider utan att avstå ändamålsenlig behandling. Här presenterade data pekar på en enkel åtgärd i förskrivarbete som skulle kunna ha stor betydelse. Opioidförskrivning från flera vårdgivare, kanske också utan dokumenterad behandlingsplan eller uppföljning, kan liknas vid bilkörning utan ratt, broms och säkerhetsbälte. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Lena Nederfeldt von Bell och Göran Lord, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, har bidragit med att ta fram data.

Citera som: Läkartidningen. 2022;119:21095

REFERENSER

1. National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. Opioid overdose crisis. 11 mar 2021. <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/opioids/opioid-overdose-crisis>
2. Bäckryd E, Heilig M, Hoffmann M. Dynamiken i förskrivningen av opioider i Sverige 2000–2015. Markanta omfördelningar inom opioidgruppen, men ingen »epidemi». Läkartidningen 2017;114:EFUE.
3. Ljung R, Tuvendal P, Grünwald M, et al. Beakta riskfaktorer för beroende vid förskrivning av opioider. Läkartidningen. 29 jun 2020 [uppdaterat 3 jul 2020].
4. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna. Information från Läkemedelsverket. 2017;(3):23–53.
5. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain – United States, 2016. JAMA. 2016;315(15):1624–45.
6. von Oelreich E, Eriksson M, Brattström O, et al. Risk factors and outcomes of chronic opioid use following trauma. Br J Surg. 2020;107(4):413–21.
7. Auer I, Druid H, Kahn L. De dödliga opioid-förgiftningarna har återgått till en stabil hög nivå. Dödsfall till följd av fentanyl-analoger kulminerade 2017. Läkartidningen 2021;118:137.

SUMMARY

More than one prescriber of opioids was relatively frequent while benzodiazepines were not prescribed by more than one health-care provider

The prescription of opioids and benzodiazepines in the Stockholm region 2017-19 was studied using data from the VAL database linking drugs dispensed at a pharmacy and individuals diagnosed with common musculoskeletal pain or headache disorders. The results show that both opioids and benzodiazepines are more often prescribed in these patients than in the general population. The most significant finding was that more than one prescriber of opioids was relatively frequent but benzodiazepines were not prescribed by more than one health-care provider. The highest number of opioid-prescribers was found in the group also using benzodiazepines. Current prescription behavior concerning benzodiazepines is suggested as a method to reduce or avoid iatrogenic opioid substance disorder.