

Ansvarsfull användning av beroendeframkallande läkemedel i Region Kalmar län

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att förtydliga förskrivarens ansvar vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel (BFL) i Region Kalmar län, samt att informera om vetenskapligt förankrade metoder och åtgärder vid förskrivning, uppföljning och utsättning av BFL.

Denna riktlinje fastställs av sjukvårdsledningen för implementering i respektive förvaltning. För öppenvård fastställs riktlinjen inom Hälsovalsområdet.

Mål

Samtliga patienter som behandlas med beroendeframkallande ska ha en ansvarig läkare. Det ska finnas en dokumenterad medicinsk indikation och läkemedelsplan i journalen.

Med regelbunden prövning av medicinsk indikation och uppföljning, kommer olämplig förskrivning att minska. Patienterna får därmed en patientsäker handläggning då iatrogen substansbrukssyndrom förväntas minska.

Avgränsningar

Riktlinjerna för BFL avser förskrivning av opioider, pregabalin, bensodiazepiner och bensodiazepinbesläktade preparat. Behandling med BFL vid malign sjukdom och vård i livets slutskede omfattas inte.

Beskrivning

BFL ska användas under en begränsad tidsperiod för utvalda patienter. Vid korrekt medicinsk indikation kan behandlingen ha god effekt och bör inte undanhållas patienten. All behandling följs upp för att kunna avgränsas och sättas ut så snart som möjligt.

Definitioner

Regiongemensamma definitioner relaterade till förskrivning av BFL ska användas.

Dokumentation

Förskrivning av BFL kräver tydlig dokumentation i journalsystemet. Medicinsk indikation, riskbedömning, läkemedelsplan och plan för uppföljning eller utsättning dokumenteras i journalen. Detta ökar patientsäkerheten.

Ansvarsfördelning

Läkare som förskriver BFL är skyldig att följa upp medicineringen. Om behandlingen ska övertas av annan förskrivare, krävs att behandlingsansvar accepterats via remittering eller annan övertagning. Om ansvarig läkare inte längre är tillgänglig, ansvarar den enhet där behandling påbörjats för uppföljning och utsättning.

Behandling

Vid förskrivning av BFL ska läkaren:

- Säkerställa medicinsk indikation och välja en lämplig behandling utifrån fastställd diagnos, ej symtombild.
- Göra en riskbedömning av aktuell patient gällande användande av BFL.
- Kontrollera nuvarande och tidigare förskrivning av BFL i journalen samt i registret för uthämtade läkemedel på apotek.
- Upprätta en läkemedelsplan i journalen och informera patienten muntligt och skriftligt.
- Följa upp behandlingen och sätta ut preparatet enligt läkemedelsplanen.

Alla avvikelser från läkemedelsplanen eller misstanke om substansbrukssyndrom ska rapporteras till ansvarig läkare. När förskrivning lett till risk för, eller medfört vårdskada, ska detta rapporteras vidare enligt gällande rutiner.

Bilaga 1 – Bakgrund

Beroendeframkallande läkemedel eller drogers effekt består i att de direkt aktiverar hjärnans belöningssystem, vilket i sin tur återverkar på beteenden som förstärks och kan bli så intensiva att belöningssystemet för andra intryck än droger nedregleras eller helt försummas[1]. Utveckling av tolerans och abstinens är tecken på att en beroendeproblematik utvecklats.

Nationella och internationella studier [2-4] har visat att den ökade användningen av beroendeframkallande läkemedel i samhället har utvecklats till en ökning av folkhälsoproblematiken, vilket kan tyckas paradoxalt då läkemedlen skrivs ut mot just folksjukdomar som exempelvis långvarig icke cancerrelaterad smärta, ångest, depression och stressrelaterade tillstånd.

Region Kalmar län har, relaterat till riket, en högre förskrivning av dessa läkemedel sett till definierade dygnsdoser. Visserligen syns en minskande trend över hela riket, inkluderat Kalmar län, men förskrivningen av BFL är fortsatt högre än riksgenomsnittet, även standardiserat på kön och ålder[5].

Överförskrivning av BFL leder till problematiskt bruk, utveckling av beroende och en ökad dödlighet inte bara i riskgrupper [4-6]. Personer i riskgrupper är speciellt utsatta då de får preparaten såväl direkt men även indirekt via läckage från annan förskrivning [7] samt stölder och svinn av beroendeframkallande läkemedel på svenska sjukhus. Även toleransutveckling med bristande effekt av läkemedlen, och ökad smärta både under behandling och i samband med utsättning, förorsakad av opioiden i sig, så kallad opioidhyperalgesi [8,9] är oönskade konsekvenser.

Funktionsnedsättning med sämre livskvalité, passivisering, dysfori, hormonrubbingar, sexuella biverkningar, kognitiva problem och mindre mottaglighet för rehabiliterande åtgärder

är andra exempel på följder av läkemedelsanvändningen liksom ökad ångest vid minskning av bensodiazepindoser [4, 10, 11]. Det är inte ovanligt att patienter som medicinerades med opioider även får bensodiazepiner. En kombination av dessa läkemedel är förenad med högre grad av funktionsnedsättning både fysiskt och psykiskt, lägre livskvalité och högre smärtskattning [10], dessutom saknas evidens för kombinationsbehandling av långvarig smärta med bensodiazepiner [10,11].

Opioider

Långvarig användning av BFL är kontroversiell och evidensen för framgångsrik långvarig opioidbehandling saknas för långvarig icke cancerrelaterad smärta. Trots detta är användningen hög och det finns all anledning att försöka minska förskrivningen och därmed reducera de av vården orsakade, iatrogena, substansbruksproblemen [4, 13]. Akut smärta, till exempel postoperativt, kräver ofta mindre än 4 dagars behandling, sällan mer än 15 dagar [14].

Riktlinjer och rekommendationer för användning av BFL finns internationellt [11] och nationellt [15,16] men följs inte [4]. En del av förklaringen i vår region kan vara att en lokal förankring med tydligt fastställda dokument och rutiner saknas i Kalmar län och därmed saknas även övergripande implementering.

Bensodiazepiner och bensodiazepinbesläktade läkemedel

Det saknas evidens för regelbundet bruk och långtidsanvändning av bensodiazepiner och benzodiazepinbesläktade läkemedel vid ångesttillstånd, depressioner och sömnstörningar [17].

Det finns även anledning att inte rekommendera samtidig användning av opioider och bensodiazepiner då riskerna för allvarlig förgiftning och död är kraftigt förhöjda vid kombination av läkemedlen [18].

Referenser

1. Association, A.P., Mini-D-5 Diagnostiska kriterier enligt DSM -5. 2014: Pilgrim Press AB.
2. CDC grand rounds: prescription drug overdoses - a U.S. epidemic. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2012. 61(1): 10-3.
3. Bäckryd, E., M. Heilig, and M. Hoffmann, Opioid prescription changes in Sweden 2000–2015. Läkartidningen, 2017. 114(18): 830-5.
4. Rhodin, A., Increased use of opioids can lead to tolerance development. Great need for new guidelines and increased collaboration between health care providers. Läkartidningen, 2014. 111(44-45): 1974-7.
5. Statistikdatabas för läkemedel. 2016.
6. Paulozzi, L.J. and G.W. Ryan, Opioid Analgesics and Rates of Fatal Drug Poisoning in the United States. American Journal of Preventive Medicine, 2006. 31(6): 506-511.
7. Fugelstad, A., Large increase in drug deaths and altered patterns in drug use. Socialmedicinsk Tidskrift, 2015. 92(4): 424-31.
8. Rivat, C.a. and J.b. Ballantyne, The dark side of opioids in pain management: basic science explains clinical observation. PAIN Reports, 2016. 1(2): e570.
9. Ballantyne, J.C. and N.S. Shin, Efficacy of opioids for chronic pain: a review of the evidence. Clin J Pain, 2008. 24(6): 469-78.

10. Gauntlett-Gilbert, J.P., D.P. Gavriloff, and P.M. Brook, Benzodiazepines May Be Worse Than Opioids: Negative Medication Effects in Severe Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, 2016. 32(4): 285-291.
11. Chou, R., et al., Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain*, 2009. 10(2): 113-30.
12. Cohen, S.P., Benzodiazepines for neuropathic back pain: when the cure is worse than the disease. *Pain*, 2010. 149(3): 424-5.
13. Turk, D.C., H.D. Wilson, and A. Cahana, Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 2011. 377(9784): 2226-2235.
14. Scully, R.E., et al., Defining Optimal Length of Opioid Pain Medication Prescription After Common Surgical Procedures. *JAMA Surg*, 2017.
15. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2017. 28(3): 23-53.
16. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning 2015, Socialstyrelsen.
17. Djurfeldt, D.R., Behandling av ångestsjukdomar Information från Läkemedelsverket 6:2016, Läkemedelsverket, Editor. 2016: Stockholm.
18. Sun, E.C., et al., Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. *Bmj*, 2017. 356: j760.

Ändringshistorik

Datum	Ändring	Utförd av