

DASAIM/Sundhedsstyrelsen

Att. Overlæge Jette Højsted
j.hojsted@gmail.com

Høringsvar vedr. udkast til national klinisk retningslinje for systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på det fremsendte materiale. Vi finder det generelt positivt, at der med den nye NKR skal ske en systematisk opfølgning af patienter, der starter eller er i kontinuerlig behandling med opioider. Det vil bidrage til større tryghed for patienterne, ligesom det vil øge patientsikkerheden.

Vi vil imidlertid opfordre Sundhedsstyrelsen til, at man undersøger om – og i givet fald hvordan – disse retningslinjer kan implementeres i klinisk praksis, idet det er vores vurdering, at en implementering af disse retningslinjer vil give store administrative, logistiske og ressourcemæssige udfordringer for både patienter og sundhedsvæsen.

Eksempelvis er det ikke alle steder muligt for hospitalsafdelingerne at uddelegere nedtrapningen af opioider til primærsektoren (egen læge). Nogle patienter har et længerevarende behov for smertestillende medicin på opioid-niveau, hvor en nedtrappingsperiode kan strække sig over flere måneder – og her vil egen læge sjældent overtage en opioid-behandling ordineret i hospitalsregi. Konsekvensen vil være, at patienten skal følges ambulant under nedtrapningen, hvilket kan betyde lang transport og besvær for patienten samt store kapacitetsmæssige udfordringer i hospitalsregi.

Det samme kunne gøre sig gældende for patienter med kroniske smerter, der fx behandles på specialafdelinger med halvårige kontroller – og givetvis også for patienter, der benytter sig af frit eller udvidet frit sygehusvalg, og som således behandles i en anden region eller i privat regi. Her skal ansvaret for den systematiske opfølgning også placeres entydigt.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Dato:
28. marts 2019

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/1

Overlæge Jette Højsted
j.hojsted@gmail.com

DANSKE
REGIONER



28. marts 2019
EMN-2017-02007
Annamaria Marrero Zwinge

Hørings svar vedr. national klinisk retningslinje om systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter.

Danske Regioner har den 4. marts 2019 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) om systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter i høring. Retningslinjen er udarbejdet på initiativ af dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin (DASAIM).

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til retningslinjen som har været i høring i regionerne. Nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

Generelle faglige kommentarer

For at sikre at retningslinjen kan implementeres i almen praksis, er det væsentlig, at det sikres, at relevante fagpersoner derfra har kvalificeret anbefalingerne.

Opbygningen af NKR'erne er generelt uoverskuelig. Meget tekst og samme tekst står flere steder.

Det vurderes overordnet, at det er afgørende, at der undervises i rusmiddelafhængighed og socialt udsatte patienter.

Erfaring fra klinisk praksis har tydeliggjort, til tider sparsomt kendskab til udvikling af dette og behandlingstilgangen til dette.

I praksis sker der ofte en misforstået tilgang til afhængighed hvor patienter indlægges i hospitalsregime og har fx fået CAVE på opioider grundet afhængighed eller tidligere afhængighed. Denne misforståede tilgang til patienterne presser dem ud i ydermere

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

afhængighed, fordi der mangler viden. Patienter der har udviklet tolerance kan netop tåle høje doser opioider og presser patienterne ud i ydermere illegalt indtag, hvis ikke de smertedækkes med suff store doser.

Når patienter, der allerede har udviklet problematisk forbrug, trappes for hurtigt ud, mislykkes behandlingen ofte og afhængigheden tiltager. Ofte ender patienterne uden mulighed for lægeordineret opioid agonister og "tvinges" således til et illegalt indtag med store konsekvenser.

Så længe der ikke foreligger studier med evidensbaserede resultater til anvendelse af videre anbefalinger, anbefales det at sikre viden og sikre retningslinjer på tværs af sektorerne.

Det anbefales endvidere, at trække på socialsygeplejerskeressourcer på de hospitaler, hvor der allerede er implementeret socialsygeplejersker, herunder undervisning i udvikling af opioidafhængighed, den kommunale rusmiddelbehandling, lovgivning mm samt socialt udsatte patienter og deres compliance.

Specifikke kommentarer

Der startes på s. 3 med en indholdsfortegnelse, hvor overskriften "centrale budskaber" er en overskrift for hele retningslinjen (med underafsnit 1-16). Herefter startes på side 4-6 med endnu en opridsning af alle underafsnit (1-16), hvori budskaber fra afsnit 3-5 specifikt indgår. Der bør i starten af retningslinjen fremgå et tydeligt resumé af de vigtigste budskaber (dvs. fra afsnit 3,4 og 5).

Side 4

Kunne man lave en slags fællesmål for smertebehandling? F.eks. "smertedækkes så det er muligt at mobilisere og at hvile".

Mange patienter er startet opioid via praktiserende læge, som fortsætter uden at de forholde sig til om det virker.

Hvordan sikrer man at egen læge faktisk læser en epikrise? Er det ikke blot pseudo-ansvarsoverdragelse?

Hvis almen praksis faktisk læser en epikrise, hvordan sikres så at de indkalder patienten til videre kontrolregime af nyt opioidbehandlingsregime?

Der stilles spørgsmålstegn ved om det er det realistisk at følge op efter 3-4 dage og herefter hver til hver anden uge.

Urealistiske forslag og forventninger ift. dagligdagen i almen praksis.

Opfølgning når pt. udskrives fra sygehus er svær at håndtere rent praktisk

7 dage er normalt nok, men formuleringen bør blødes op mhp. Brug i praksis, da denne meget håndfaste formulering kan føre til uhensigtsmæssige forløb, der bør stå "under normale forhold en uge" i stedet for 7dage.

Der bør ikke medgives recepter på opioider til mere end 7 dage. Det er i flere tilfælde praktisk umuligt, der kan fx ikke udleveres depotmorfin 5 mg i små pakninger. Medicinlevering er uholdbar pga. RO og begrænset udvalg på de danske marked.

Side 5

Intervaller med opfølgning hver 6 måned er for sjældent (da kognitive bivirkninger kommer snigende og ofte ikke erkendes af pt. selv, men skal vurderes af fagfolk (evt. vis tests). Såfremt det ikke bliver hyppigere, bør opfølgning finde sted ved fremmøde, for at sikre dialog samt observationer.

Sætningen der starter med: *Visse bivirkninger...* Der bør suppleres med: *Hos nogle medfører selv små doser opioider kognitive bivirkninger.*

Sætningen der ender med *afhængighed....* Her bør indskydes: *Risikoen for psykisk afhængighed kan være stigende i takt med længden af behandlingstiden. (eller, jo længere tids behandling med opioider, des større risiko for psykisk afhængighed).*

Side 6

Recept til kun 7 dage er for lidt, der er ofte tale om små dosisøgninger, ofte tilbage til doser pt. har fået før, at sætte så kontant formulerede tidsgrænser på, kan han have store uhensigtsmæssige konsekvenser mht. Tidsforbrug for både læge og pt. Igen bør formuleringen blødes op til " normalt kun en uge, eller mindste pakning" Der er også det problem at pt. Får lægemidlet fast, og måske slet ikke trænger ny recept, men blot skal tage mere af det som de har liggende, det bliver meget uklart for lægen, hvad man må, eller ikke må, skal de så ved dosis øgning indlevere deres 200 stk. Tradolan, og få 30 tilbage af lægen, som så holder resten for dem ? I må finde en formulering som ikke fremprovokerer enormt ekstra arbejde, i frygt for STPS.

Side 10

Opfølgning efter 3-4 dage (ved behov for behandling > 7 dage): Det kan være vanskeligt at sikre så hurtig opfølgning ved overgang fra sygehus til almen praksis (via kommunikation gennem epikrisen). Epikrisen skal sendes til praksis senest 2 hverdage (Region Midtjylland) og 3 hverdage (Region Nordjylland) efter en udskrivelse. Kan det fungere rent praktisk, at egen læge modtager, læser og reagerer på epikrisen indenfor 3-4 dage.

Recept til max 7 dages forbrug: Ved opstart af opioid ved kroniske smerter vil typisk startdosis være depotmorfin 5 mg x 2. Disse fås kun i 100 stk. pakning (altså behandling til 50 dage). Det er ikke muligt at udskrive denne dosering til 7 dages forbrug.

Der bør i budskabet fremgå, hvad en systematisk opfølgning efter opstart af behandlingen bør indeholde (vurdering af effekt, bivirkninger, behov for dosisjustering...).

Under budskab pkt. 4 beskrives, at forebyggende behandling med laksantia bør anvendes. Denne information hører vel i høj grad til under opstart, da laksantia bør påbegyndes ved opstart med opioid.

Side 11, linje 4

Der står anført "fx hofte- og alloplastikker". Der menes måske hofte- og knæalloplastikker?

Patienter som opereres for deser både med og uden instrumenter har ofte behov for opioid i en længere periode. Men fint med opfølgning som beskrevet da de ofte har behov for justering.

Kunne det være relevant med nogle forslag til emner, man skal omkring i forhold til opfølgning?

Måske gavnligt at medtænke patienternes tidligere erfaringer med at anvende opioider og deres erfaring med ophør af disse når der laves anamnese og behandlingsmål og plan.

Side 12, linje 7

Der står anført ”anbefales vurdering af patienten indenfor 7 efter opstart og...”. Der mangles formentligt ’dage’.

Side 14

Der fokuseres på bivirkninger og risikofaktorer for disse.

Der mangler beskrivelse af, hvad opfølgning ved stabil behandling yderligere bør indeholde (vurdering af fortsat indikation, effekt og mulighed for nedtrapning...).

Ifølge Sundheds og ældreministeriets vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler angives, at indikation, effekt, bivirkninger og tegn på afhængighed/misbrug skal vurderes ved hver receptfornyelse og det fremgår specifikt, at dette skal foregå ved personligt fremmøde og ikke over telefon. Ifølge denne vejledning kan den foreslåede opfølgning foregå udelukkende pr. telefon.

Side 19

Opfølgning efter 3-4 dage kan være vanskeligt ved overgang fra sygehus til almen praksis (se under kommentarer til pkt. 3).

Side 25

Det er omtalt, at problematikken ang. bl.a. tramadol er afhængig af aktivering af CYP2D6. Det anbefales at overveje at nævne interaktionsproblematik ang. tramadol også. Tramadol i kombination med serotonerge midler fx SSRI og SNRI medfører risiko for udvikling af serotonerg syndrom. Dette er beskrevet i pro.medicin.

Da der ikke her er adgang til de beskrevne studier og det fulde materiale der refereres til i Retningslinjen, er det svært at gennemskue om studiet udelukkende har inddraget patienter, som fortsat er i kontakt med den ordinerende læge. Dette da praksis erfarer at patienter, der ikke formår at gennemføre en behandlings- og nedtrapningsplan ikke kommer i direkte kontakt til rusmiddelcentre til videre behandling men i stedet seponeres behandlingen. Der går derefter ca. 10 år, hvor patienten ikke er i kontakt med sundhedssystemet, men fortsat har en opioidafhængighed og udvikler i denne periode et illegalt indtag, der medfører store samfundsmæssige og personlige konsekvenser (ref: hjemløsheden Vesterbro – Henrik Thisen) Der er ikke data på, hvor mange patienter, der indskrives i den kommunale rusmiddelbehandling er startet deres afhængighed via itrogen afhængighed.

Side 26

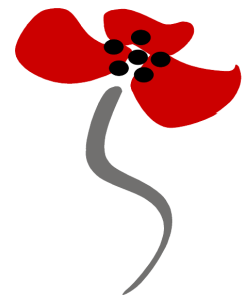
Afsnittet: "*Ved overdragelse af behandlingsansvaret (fx sektorovergange) er det den overdragende læge der er ansvarlig for, at planen videre formidles til den læge, som fremover bliver behandlingsansvarlig.*"

Det er vigtigt at være opmærksom på hvem den videre behandlingsansvarlige læge bliver, herunder særligt med fokus på patienter, der har udviklet en afhængighed med behov for behandling af denne. Der er store kommunale forskelle, hvorfor der bør udarbejdes lokale samarbejdsaftaler mellem den kommunale rusmiddelbehandling og praksis læge eller sygehus.

Kendskabet til lovgivning om substitutionsbehandling og de lokale indsatser grundet stor geografisk ulighed i hvad der er muligt, bør ligeledes sikres viden og undervisning i for at sikre patienter kan få relevant behandling.

Med venlig hilsen

Jakob Schelde Holde
Seniorrådgiver
Center for sundhed og sociale indsatser (SUS)



D A S A I M

Dansk Selskab
for Anæstesiologi
og Intensiv Medicin

Høring vedr. national klinisk retningslinje vedr opfølgning af patienter der sættes i opioid behandling

Overordnet roses gruppen bag NKR for et gennearbejdet, velformuleret og meget systematisk arbejde. Det overblik som gruppen præsenterer hilses velkommen.

Generelle kommentarer

Retningslinjen kan ikke baseret på evidens, der forekommer ikke grøn eller gul markering i nogen sammenhænge, og de avancerede vurderingsmetoder kommer ikke til deres ret.

Denne NKR baseres derfor på skøn ud fra forudsætninger, som man ikke har redegjort for. Der angives den antagelse at der er risici ved manglende opfølgning uden nærmere definition af nogen målgruppe i hovedparten af denne NKR, læseren får derfor det indtryk, at gruppen mener, at alle patienter kan vurderes samlet.

Den næste antagelse er, at der næppe kan foreligge skadelige virkninger ved opfølgning ved fremmøde eller telefonisk kontakt som anbefalet. Der foreligger ikke en analyse af de problemer som så hyppige opfølgninger vil medføre i behandler systemet, og heller ikke forslag til praktiske løsninger af denne omfattende opgave, eller forslag til hvilke andre opgaver, som ikke længere bør varetages for at favorisere den foreslåede opfølgning.

Under punktet 3, side 4 angives, at patienten kun skal have medicin, som dækker de første 4 dage efter akut smerte er opstået. Her introduceres et krav, som vil gøre det nødvendigt at opbygge et omfattende system, som ikke eksisterer i dag, for opfølgning på hospitals ambulatorier og i almen praksis. Det er ikke i retningslinjen præciseret, hvordan rekommandationen tidsmæssigt træder i kraft i forhold til dette organisatoriske arbejde.

Dette vil kunne føre til utilstrækkelig smertebehandling hos en del patienter og dermed risiko for accentueret smerte, både øget i intensitet, større udbrednings område, følgevirkninger i form af sekundær muskulær smerte, mindsket funktion, dårlig søvn, central hypersensibilisering for bare at nævne enkelte sandsynlige konsekvenser. Den stress man pådrager patienten, som må opsøge behandler for at få nødvendig smertelindring, er der ikke taget højde for. Uvægerligt vil en del patienter opfatte nødvendig behandling med opioid som farlig/ grænsende til ulovlig og skammelig. Dette er en indstilling til smertelindring, som vi har arbejdet for at omlære blandt patienter og behandlere i mere end 30 år.

Skulle man måske forlænge muligheden for udlevering af opioider postoperativt. Uhrbrand P har lavet et aftrapningsskema, der udspringer fra akut smerte enhed i Århus. Det tager ifølge ham 14 dag at trappe ned fra contalgin 30 mg x 3 til 0. Af hensyn forbrug af sundhedsydelse hos egen læge og risiko for at behandlingen seponeres for hurtigt

Der findes ikke dokumentation for antagelsen, at man ved disse begrænsninger af udskrivning og øget kontrol af hele patientpopulationen vil mindske unødvendig eller skadelig udskrivning af analgetika. Vigtigere end at begrænse mulighed for udskrivning af recept, er, at patienten garanteres adgang til terapeut, som kan analysere smerte og behandlings behov og i samråd med patienten aftale en plan for fortsatte kontroller og aftrapnings forsøg – og-mulige alternative behandlings veje.

Hvis den kliniske retningslinje bliver fulgt, og adgang til nødvendig smertelindring bliver kompliceret eller umulig foreligger desuden risiko for, at visse patienter vælger at købe nødvendig medicin på det sorte marked, med de store risici dette vil medføre.

Specifikke kommentarer

Afsnit 4, side 5: Denne del af NKR giver god mening og vil være en hjælp i behandler systemet til at overskue denne komplicerede patientgruppe.

Dog er der ikke evidens for at patienter med mere end 100 mg morfin-ækvivalenter vil begunstiges af kontroller en gang per måned. Påstand: en del af disse patienter plages af angst og stress, som vil kunne accentueres af for hyppige kontroller.

Afsnit 3, side 6: Som det formuleres, er det ikke angivet hvor længe denne kontrol hver 7-14: dag skal fortsætte?

Med venlig hilsen

På vegne af DASAIMs bestyrelse

Carsten Boe Pedersen

Formand for DASAIMs Smerteudvalg

København 28.03.19

Høringssvar. National klinisk retningslinje for "Systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter"

I FAKS - Foreningen af Kroniske Smertepatienter er vi som meget positive overfor denne Nationale Kliniske Retningslinje. Den indeholder en lang række gode perspektiver og konkrete handlingsanvisninger indenfor et klinisk relevant område, der efter vores opfattelse savner systematik. Den er endvidere et godt supplement til de andre vejledninger og indsatser på smerteområdet, vi har oplevet de sidste par år i form af SST's Nationale Kliniske Retningslinjer¹⁺², indsatser fra Rationel Farmakoterapi med opdateringer af vejledninger³ og anbefalinger, udgivelse af faglige artikler⁴ på området og kurser i smertebehandling⁵ samt ikke mindst det 14,3 mio. kr. i perioden 2018-2021, der er afsat til en smertehandlingsplan.

Generelle betragtninger.

I dette afsnit, vil vi benytte lejligheden til at komme med nogle perspektiver, der rækker bredere ud end vores kommentarer til retningslinies konkrete anbefalinger. Vi håber med dette på, at udbrede kendskab og rette opmærksomhed på forhold, som vi mener er relevante. Dette kan forhåbentlig anspore til endnu flere gode tiltag på smerteområdet.

Relevant retningslinje.

Flere udlandske undersøgelser fra Canada og USA har vist, at vedvarende brug af opioider hos opioidnaive patienter ofte er et resultat af forskellige kirurgiske indgreb og blandt andet er associeret med at modtage behandling i dagene umiddelbart efter operation⁶⁺⁷. Tallene er naturligvis endnu højere for patienter, der præoperativt allerede var i behandling med opioider, men hænger ikke sammen med flere smerter efter operation⁸. Desuden viser et amerikansk studie, at der har været en stigning fra 2004-12 i patienters gennemsnitsdosis samt indløsning af recepter på opioider i første uge efter mindre kirurgiske indgreb⁹. Selvom vi ikke nødvendigvis har oplevet en helt tilsvarende udvikling i Danmark, er dette mønster værd at se nærmere på. Desuden er denne nationale kliniske retningslinier relevant med de cirka 640.000 kirurgiske indgreb (2016)¹⁰, vi har i Danmark om året og høje forbrug af opioider¹¹. Forhåbentlig kan den også medvirke til, at man i højere grad tager notits af de prædisponerede risikofaktorer¹²⁺¹³ som vi kender fra forskningen og anvende screeningsredskaber systematisk både før og efter operationer. Udover at være vigtig for kirurgiske patienter, er behovet for opfølgningen også relevant for de mange smertepatienter med forskellige diagnoser, der befinder sig indenfor et kontinuum fra kroniske regionale smerter til generaliserede smerter. Under alle omstændigheder føler vi, at en mere systematisk opfølgning ved igangsætning og igangværende behandling med opioider, er et skridt i den rigtige retning. Dette kan sikre en mere rationel og effektiv anvendelse af opioider.

Led i en større indsats.

Vi betragter denne Nationale Kliniske Retningslinje som led i et voksende fokus på behandlingsindsatsen overfor mennesker med kroniske non-maligne smerter. Vi er bevidste om, at den seneste politiske og sundhedsfaglige indsats på området i høj grad er udsprunget fra en bekymring omkring en stigende og uhensigtsmæssig anvendelse af opioider¹⁴. Derfor er det under alle omstændigheder opmuntrende at se, at der er blevet færre langtidsbrugere af opioider i Danmark¹⁵.

Vi håber på, at det nuværende fokus på opioider også kan tjene som afsæt for en forsat større bevidsthed om smerteområdet. Vores mål er, at smertebehandlingen forbedres over en bred kam med mere uddannelse, større præventiv indsats, bedre koordination og organisering samt flere non-farmakologiske tilbud. En sådan samlet indsats vil forhåbentlig naturligt nedbringe antallet af mennesker, der udvikler alvorlige og komplekse kroniske smerter og kommer i langvarig opioidbehandling.



Rationel anvendelse kan sikre forsat adgang til opioider.

Opioider er som bekendt forbundet med en række bivirkninger, der som udgangspunkt ikke gør medicinen velegnet til længerevarende behandlingsforløb. Paradoksalt nok har de sidste par årtiers stigende fokus på bedre behandling af kroniske non-maligne smerter medvirket til en voldsom stigning i anvendelsen af disse præparater¹⁶. Klinisk erfaring og undersøgelser peger på, at sådan som medicinen anvendes i dag, skader den tilsyneladende flere end den hjælper⁵. Vi tror, at dette ikke alene skyldes medicinens egenskaber og bivirkninger. Sandsynligvis har det også betydning, at den nuværende behandling med opioider i mange tilfælde langt fra håndteres optimalt. Som denne NKR lægger op til, forudsætter behandling med opioider jævnlig opfølgning og kontakt mellem patient og læge. Endvidere er specialviden hos den behandlende læge om forskel mellem opioider, nedtrapning og opioidrotation vigtige for at holde effekt på et maksimum og dosis og bivirkninger på et minimum i længerevarende behandlingsforløb. Denne viden findes primært på de tværfaglige smerteklinikker, og her er det som udgangspunkt ikke muligt for patienterne at være tilknyttet over flere år. Derfor står de praktiserende læger med en opgave, som de ikke er klædt på til.

Vi mener forsat, at anvendelse af opioider kan være nødvendig og relevant i kortere eller længere perioder. Her tænkes på patienter, hvor behandlingen medfører bedring i form af f.eks. reduktion af smerteniveau, forbedret funktionsevne, aktivitetsniveau og livskvalitet, og hvor anden medicin enten ikke virker tilstrækkeligt smertestillende og/eller er forbundet med for mange bivirkninger. Vi mener også, at en vigtig indikation for at anvende opioider er, at patienten kan omsætte de færre smertesymptomer og flere ressourcer til at tilpasse sig sine nye livsvilkår og opnå selverkendelse i forhold til sine ressourcer og ambitioner. Det er vigtigt, at patienten er åben for at prøve non-farmakologiske behandlinger og mestringsstrategier, der på sigt kan reducere behovet for opioider og anden medicin. Vi oplever desværre mange situationer, hvor lægen ikke har noget godt overblik over sine patienter rent faktisk har gavn af opioider, og hvem de eventuelt skader. Derfor bestemmes behandlingstilbud med opioider til smertepatienter desværre alt for ofte af, hvilke fagpersoner de møder på deres vej og deres personlige holdning i stedet for, om medicinen rent faktisk kan bibringe patienten større funktionsevne og livskvalitet eller det modsatte.

Vi håber på, at anbefalingerne i denne NKR kan være med til at "rydde op" i de patienter der overvejende oplever bivirkninger i forbindelse med deres behandling med opioider; ikke mindst de ekstreme tilfælde, der ofte er med til at præge debatten uhensigtsmæssigt. Forhåbentlig kan en mere rationel anvendelse af opioider på sigt være med til at fjerne stigmatiseringen på området og sikre forsat adgang til opioider for de smertepatienter, der har gavn af dem, når de har gavn af dem.



Kommentarer til retningslinje.

For at lette læserens og klinkernes arbejde, foreslår vi flere henvisninger til konkrete relevante vejledninger, retningslinier med information, der uddyber det pågældende eksempel.

Systematisk opfølgning af patienter med non-maligne smerter der starter behandling med opioider Fokuseret spørgsmål 1.

Individuel forskel mellem forskellige opioider.

"Ikke alle smerter er opioidfølsomme, og det er vigtigt at stoppe behandlingen, hvis behandlingsmålet ikke opnås. Det er også vigtigt, at en potentielt effektiv behandling ikke ophører på grund af manglende compliance eller på grund af bivirkninger. Opioidbehandling kan være forbundet med bivirkninger"

Her er det relevant her at gøre opmærksom på, de individuelle forskelle ift. virkning og bivirkninger på patienterne, der kan være mellem det ene eller andet opioid præparat¹⁷.

kvalitet og værdi af konsultation.

"Opfølgningen kan være telefonisk eller ske ved personligt fremmøde, enten ambulant på hospitalet eller hos praktiserende læge":

Som udgangspunkt mener vi, at det er rigtig fornuftigt med den fleksibilitet der for både læge og patient ligger i, at man enten kan mødes eller tale sammen telefonisk. Vi kan dog frygte for kvalitet og værdi af konsultation. Måske man kunne gøre opmærksom på, at anvende patientens obligatoriske fremmøde, ved receptfornyelse, til en personlig konsultation.

Outcomes.

Vi er glade for at "bløde værdier" som smerter og fysisk funktionsevne figurerer som "Kritiske" i prioriteringen af anbefalingerne i denne NKR. Med afsæt i en biomedicinsk behandlingskultur oplever mange smertepatienter desværre ofte, at deres smerter og funktionsniveau ikke tages tilstrækkelig alvorligt. Høj Prioritering af disse Outcomes sender derfor et vigtigt signal om, at der i ligeså høj grad som fysisk, anatomiske skader bør være fokus på disse værdier.

Aftrapning.

Selv efter kortere tid anvendelse af opioider kan der opstå fysisk afhængighed og abstinens symptomer ved aftrapning. Information om dette er vigtigt, så patienten får en bedre forudsætning for at skelne mellem den grundlæggende smertetilstand, og evt. smerte og ubehag forårsaget af abstinenser. Disse kan let forveksles, hvorved patienten måske kan tro, at han eller hun har behov for medicinen, hvor det ikke er tilfældet.



Systematisk opfølgning af patienter med kroniske non-maligne smerter i stabil behandling med opioider - Fokuseret spørgsmål 2

Risikovurdering.

"hver 6. måned ved lav risiko for alvorlige skadevirkninger

- *hver 3. måned ved moderat risiko for alvorlige skadevirkninger og*
- *hver måned ved høj risiko for alvorlige skadevirkninger samt ved patienter, som er i behandling med høje opioiddoser (> 100 mg morfin-ækvivalenter)"*

Vi vil gerne anerkende, at man stratificerer risikovurderingen i tre grupper i forhold til en række faktorer. Dette giver mere fleksibilitet for klinikere, og er sandsynligvis også mere meningsgivende for patienten.

Kroniske non-maligne smerter i stabil opioidbehandling.

Vi er i tvivl om, anvendelse af ordlyden "Kroniske non-maligne smerter i stabil opioidbehandling" er modstrid med, hvornår patienten overgår til "Stabil opioidbehandling". Følger man slavisk definitionen for kroniske smerter kan dette jo først gælde efter tre eller 6 måneder.

Systematisk opfølgning af patienter med kroniske non-maligne smerter i opioidbehandling med behov for dosisjustering - Fokuseret spørgsmål 3.

"Behovet for dosisjustering kan desuden være udløst af bivirkninger til den langvarige opioidbehandling"; For behandelende læge vil det være hensigtsmæssigt med henvisning til viden omkring udvikling af tolerance samt mulighed for en potentielt opioid-sparende rotation til andet præparat¹⁸⁺¹⁹⁺²⁰.

Bilag 2: Baggrund

"Kroniske smerter kan skyldes vævsskader (nociceptive smerter)(fx arthrose) eller skader på nervesystemet (neuropatiske smerter)(fx diabetisk polyneuropati eller posttraumatisk neuropati) eller have årsager, som kan være vanskelige at finde og/eller forklare"

Relevant at nævne blandingstilstande? Det er ikke utænkeligt, at en person med en gigtsygdom der omfatter væretskade samtidig kan udvikle smerter af en mere generaliseret karakter men central sensitivering.

Bilag 3: implementering.

Vi opfatter Retningslinien som et signal til lægerne, om at de bør være mere opmærksomme på patienter i opioidbehandling. Dog er vi usikre på, hvor stor forskel retningslinien vil gøre i praksis; For virkelig at opleve en effekt af de givne anbefalinger, mener vi, at der er behov for allokering af mere uddannelse og ressourcer til de praktiserende læger. Endvidere er der behov for kliniske screeningsredskaber og systematisk anvendelse af disse. Sidst men ikke mindst mener vi, at et forløbsprogram tilsvarende andre store sygdomsområder, kunne medvirke på bedre opfølgning af patienter i opioidbehandling.

Mvh.

Lars Bye Møller. Frivillig faglig konsulent

Pia Frederiksen. Formand

På vegne af FAKS - Foreningen af kroniske Smertepatienter.



Kildehenvisninger.

- ¹ Sundhedsstyrelsen; National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet -
- ² Sundhedsstyrelsen; "National klinisk retningslinje for opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter", 2018
- ³ Sundheds- og Ældreministeriet; "Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler" : VEJ nr 9166 af 19/03/2018.
- ⁴ sundhedsstyrelsen; Rationel farmakoterapi: Smerte, 2018-19
- ⁵ Sundhedsstyrelsen; "[Kurser i smertebehandling rettet mod alment praktiserende læger](#)" 2018-19
- ⁶ Alam A, Gomes T, Zheng H et al; "Long-term analgesic use after low-risk surgery", Arch Intern Med, 2012;172:425-30.
- ⁷ Brummett CM et al; "New Persistent Opioid Use After Minor and Major Surgical Procedures in US Adults", JAMA Surg, 2017.
- ⁸ Goesling J, Moser SE, Zaidi B et al; "Trends and predictors of opioid use after total knee and total hip arthroplasty" Pain, 2016;157:125965.
- ⁹ Wunsch H, Wijeyesundera DN, Passarella MA et al; "Opioids prescribed after low-risk procedures in the United States", 2004-2012. JAMA 2016;315:1654-7.
- ¹⁰ Landspatientregistret; "Operationer i Danmark", 2016. www.esundhed
- ¹¹ Sundhedsstyrelsen; "Kortlægning af opioidforbruget i Danmark", 2016
- ¹² Clarke H, Soneji N et al; "Rates and risk factors for prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study" Department of Anesthesia and Pain Management, Toronto General Hospital, 2014 .
- ¹³ Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ; "Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention" Lancet 2006;367(9522):1618-1625 Journal
- ¹⁴ Birke H1, Ekholm O2, Sjøgren P1,3, Kurita GP1,4, Højsted J4; "Long-term opioid therapy in Denmark: A disappointing journey". [Eur J Pain](#). 2017 Oct;21(9):1516-1527. doi: 10.1002/ejp.1053, Epub 2017 May 8.
- ¹⁵ Sundheds data styrelsen; "Færre langtidsbrugere af opioider" 2017
- ¹⁶ Højsted H; "udviklingen i opioidforbruget 1980 til 2013" Tværfagligt Smertecenter Rigshospitalet.
- ¹⁷ Asbjørn M Drewes et al; "Differences between opioids: pharmacological, experimental, clinical and economical perspectives", Br J Clin Pharmacol. 2013 Jan; 75(1): 60-78.
- ¹⁸ Gatti A., Reale C., Luzi M. et al; "Effects of opioid rotation in chronic pain patients: ORTIBARN study", Clinical drug investigation 2010, 30 Suppl 2 39-47.
- ¹⁹ Quang-Cantagrel ND1, Wallace MS, Magnuson SK; "Opioid substitution to improve the effectiveness of chronic noncancer pain control: a chart review", Anesthesia and analgesia, 2000;90(4):933-7.
- ²⁰ Grilo RM, Bertin P, Di Fazano CS, Coyral D. et al; "Opioid rotation in the treatment of joint pain. A review of 67 cases" Joint bone spine 2002;69(5):491-494



Jette Højsted

Vår ref: Klepstad

Deres ref:

dato: 19.03.2019

Ad Danske Nationale rekommandation om systematisk oppfølging af patienter i opioid behandling for non-maligne smerter.

Jeg har av Eske Asvang blitt spurt om å kommentere et utkast til de Danske nasjonale retningslinjer for oppfølging av pasienter med opioid behandling. Jeg poengterer at min erfaring og forskning mht bruk av opioider i det vesentligste handler om pasienter med kreft smerter. Dvs at jeg har lite erfaring med langtids bruk av opioider til pasienter med ikke-maligne smerter.

Retningslinjen gir føringer for hyppighet av oppfølging til pasienter som starter med opioider, under vedlikehold med opioider og ved dose-endring av opioider. Gjennomgangen av litteratur viser at det mangler evidens for effekten av en slik oppfølging. Jeg synes likevel at den anbefalningen gruppen har kommet med mht hyppighet for oppfølging virker fornuftig og vil være en god praksis.

I retningslinjen så er jeg som nevnt over enig med innholdet, men jeg savner noen elementer som jeg tror kan være en del av anbefalningen. Alternativt at en beskriver at en bevisst ikke har villet kommet med føringer for de aktuelle momentene. Under punktvis kort skissert.

1. Det kunne betones tydeligere hva som skal evalueres ved oppfølging. Smerte, bedring funksjon, pasient fornøydhhet, bivirkninger, sosial aktivitet, deltagelse i arbeidsliv eller bruk av andre legemidler er eksempler på elementer som kunne vært en del av evaluering av pasientenes situasjon og behandlings effekt.
2. Det står kort skissert at det er oppfølgingen skal være enten ved sykehus eller hos praktiserende lege. Jeg regner med praktiserende lege har samme funksjon som den Norske fastlegen dvs er den almennlegen som har behandlingsansvar for pasienten. Jeg tror en kunne betone at for langtidsbehandling skal dette være den legen som følger pasienten og tydeliggjøre at pasienten har plikt til at oppfølgingen skjer hos denne legen. Dette for å sikre seg mot at enkelte pasienter bedriver "doctor shopping" hvis de møter motstand.
3. Retningslinjen kommenterer ikke bruk av andre yrkesgrupper enn leger for disse pasientene. For mange vil oppfølgingen også være ved psykolog, ambulant team med sykepleier eller andre. Innsatsen til andre faggrupper enn leger kan med fordel kommenteres.
4. Det står ikke beskrevet hva som skjer for disse pasientene ved interkurrente episoder med behov for helt særskilt oppfølging. Eksempler er ved behov for akutt kirurgi eller situasjoner hvor inntak av peroral medikamenter er umulig.

5. Det er ikke beskrevet behov for særskilt oppfølging av spesielle pasientgrupper. Eksempler er pasienter med kjent rusproblematikk, pasienter med opioid substitusjons behandling eller pasienter med svekket kognitive evner (f.eks demente pasienter).

Men viktigst fra meg er til slutt å berømme Dansk Selskap for anæstesi og intensiv medicin for å starte et viktig arbeid.

Med hilsen

Pål Klepstad

Avdelingssjef / Professor
Intensivavdelingen
Klinikk for Anestesi og Akuttmedisin
St Olavs Hospital
Trondheim, Norge

DASAIM og arbejdsgruppen

2. april 2019

DSAM's hørings svar vedrørende udkast til NKR for systematisk opfølgning af patienter i opioid behandling

Tak for muligheden for at kommentere på dette høringsudkast.

Da man ikke har kunnet finde evidens i forhold til at fastlægge retningslinjer for tidspunkter for opfølgning, bør man afstå fra at give præcise anbefalinger for dette. Det man kan anbefale er, at læge og patient laver en plan sammen, således at det tilpasses den enkelte patients situation - frem for en fast skabelon - og at hyppig kontakt og evaluering generelt anbefales.

Desuden kan det ikke accepteres, at der laves ansvarsoverdragelse om opfølgning via epikrise. De planlagte opfølgningskrav kan medføre et betydeligt merarbejde i almen praksis, og det er ikke givet, at man har tid til at lave meningsfuld opfølgning med givne intervaller. Sygehuslægen må således selv stå for opfølgning inden for den plan, der er lagt der, med mindre egen læge er kontaktet telefonisk og har sagt ja til at overtage behandlingsansvaret, hvorefter egen læge så må revurdere eller lægge en ny plan.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk