



Hva er riktig forbruk av opioider?

LEDER

JOHAN RÆDER

E-post: johan.rader@medisin.uio.no

Johan Ræder er fagansvarlig overlege ved Avdeling for anesthesiologi ved Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus, og professor i anesthesiologi ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Leger bør reflektere over egen praksis med forskrivning av smertestillende legemidler.

Pettersen og medarbeidere har skrevet en kort rapport fra to kirurgiske avdelinger som viser økende forbruk av opioider på den ene avdelingen og en vridning fra anvendelse av morfin til oksykodon på begge avdelingene (1). Rapporten tør være et utgangspunkt for noen refleksjoner knyttet til riktig bruk av opioider.

I USA har juks med forskningsdata og aggressiv markedsføring ført til et rekordhøyt forbruk av særlig oksykodon og mange overdosedødsfall. Internasjonalt brukes det derimot trolig for lite opioider. I utviklingsland er forbruket bare en brøkdel av det vi har i vestlige land (2), og mange pasienter lider unødig etter store skader, etter operasjoner og i forbindelse med terminal kreftsykdom.

Også i Norge får pasienter noen ganger for lite smertelindring, spesielt postoperativt og etter store skader (3, 4). Norge ligger imidlertid høyt på den europeiske statistikken over opioidforskrivning, og har høye tall for opioidbetingede dødsfall knyttet til heroin (5). På nasjonalt nivå har totalt legalt opioidforbruk vært rimelig stabilt de siste ti årene (6).

Opioider er gode analgetika ved akutte smerter: De kan doseres oppover til ønsket effekt, de kan gis parenteralt, transdermalt eller oralt. De er rimelige og tilgjengelige. Men avhengighet og misbruk er store problemer som er assosiert med bruk over lengre tid og dosering utover det som er nødvendig ved akutte smerter. Mindre kjent er at bruk av opioider, i tillegg til at det fører til toleranse med påfølgende økt dosebehov over tid, senker smerteterskelen. Slik hyperalgesi kan registreres selv etter kort tids bruk (7), men er en reversibel tilstand over timer til dager, avhengig av opioidbruk i forkant.

Ved smerte skal man alltid utnytte ikke-opioide medikamenter maksimalt, gjerne i kombinasjoner, før man gir opioider som titrert supplement. Brukt slik, i inntil en snau uke, er faren for misbruk av opioider liten, mens den øker ved bruk utover dette (8). Pasienter med tidligere misbruksproblematikk, rusproblemer og psykososiale vansker er mer utsatt for misbruk (9). Langvarige smertetilstander og smertetilstander med vesentlige innslag av nevropatiske smerter skal i utgangspunktet ikke behandles med opioider, unntatt i terminale situasjoner med begrenset tidshorisont.

Opioider er som regel ganske like i sin effekt- og bivirkningsprofil. Det er imidlertid forskjeller blant annet knyttet til grad av peroral biotilgjengelighet, anslagstid og varighet

av effekt. Oksykodon ble relansert internasjonalt med patenter og markedsføring for 15–20 år siden. I Norge har oksykodon erstattet det særnordiske opioidet ketobemidon og til en viss grad fortrenget morfin og kodein. Oksykodon, som nå leveres generisk, har høy og pålitelig absorpsjon gitt peroralt og en noe hurtigere innsettende effekt enn morfin når det gis intravenøst (10). Hurtig effekt kan være en fordel ved sterk smerte, mens det kan være et risikomoment knyttet til at pasienten opplever et kraftigere «kick» og en rusfølelse som gir økt fare for misbruk. Delvis av samme grunn anbefales det generelt at man gir opioider peroralt (ev. transdermalt) fremfor intravenøst der dette er mulig og adekvat.

Det er grunn til å anbefale at man ser på sin egen opioidforskrivningspraksis slik Pettersen og medarbeidere har gjort. Samtidig er det nødvendig, i tillegg til de tørre doseringstall, å se på sin egen kliniske hverdag: Får pasientene våre tilstrekkelig smertelindring? Er vi flinke nok til å utnytte ikke-opioide medikamenter og tiltak? Er det endringer i pasientsammensetningen vår? Er vi flinke nok til å avslutte og trappe ned opioidbehandling når den ikke lenger behøves? Og som ledd i det siste: Skriver vi ut for mange opioidresepter, med for dårlig informasjon og med flere tabletter enn nødvendig?

Det må heller ikke glemmes at smerte primært er en opplevelse knyttet til vevsskade eller truende vevsskade. Man må selvfølgelig alltid starte med å undersøke årsakene til smerte og iverksette mulige kausale og ikke-medikamentelle tiltak før man griper til analgetika. Målet skal være smerte på et akseptabelt nivå, ikke nødvendigvis full smertefrihet. Likevel vil riktig opioidbruk fremdeles være helt nødvendig i mange tilfeller.

LITTERATUR:

1. Pettersen M, Smukkestad T, Kristiansen S et al. Forbruk av opioider ved to kirurgiske sykehusavdelinger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0161. [CrossRef]
2. Scholten W, Christensen AE, Olesen AE et al. Analyzing and Benchmarking Consumption Statistics for opioid analgesics 2015. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2020; 34: 1–12. [PubMed][CrossRef]
3. Bjørnstad J, Ræder J. Postoperativ smerte etter keisersnitt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0506. [PubMed][CrossRef]
4. Kolstadbraaten KM, Spreng UJ, Wisloeff-Aase K et al. Incidence of chronic pain 6 y after major trauma. *Acta Anaesthesiol Scand* 2019; 63: 1074–8. [PubMed][CrossRef]
5. Folkehelseinstituttet. Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2018> Lest 19.8.2020.
6. Muller AE, Clausen T, Sjøgren P et al. Prescribed opioid analgesic use developments in three Nordic countries, 2006–2017. *Scand J Pain* 2019; 19: 345–53. [PubMed][CrossRef]
7. Comelon M, Raeder J, Stubhaug A et al. Gradual withdrawal of remifentanyl infusion may prevent opioid-induced hyperalgesia. *Br J Anaesth* 2016; 116: 524–30. [PubMed][CrossRef]
8. Brat GA, Agniel D, Beam A et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ* 2018; 360: j5790. [PubMed][CrossRef]
9. Zhao S, Chen F, Feng A et al. Risk factors and prevention strategies for postoperative opioid abuse. *Pain Res Manag* 2019; 2019: 7490801. [PubMed][CrossRef]
10. Lenz H, Sandvik L, Qvigstad E et al. A comparison of intravenous oxycodone and intravenous morphine in patient-controlled postoperative analgesia after laparoscopic hysterectomy. *Anesth Analg* 2009; 109: 1279–83. [PubMed][CrossRef]