

# Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Hos smertepasienter kan medikamentmisbruk undergrave et ellers godt behandlingsopplegg og redusere effekten av behandlingen. Det kan også forverre en allerede komplisert smertesituasjon.

**Materiale og metode.** Det gis en oversikt over problemstillingen vedrørende smertelindring til pasienter på langvarig opioidbehandling og til stoffmisbrukere. Artikkelen er basert på et utvalg relevante artikler samt personlige erfaringer.

**Resultater.** Smertebehandling av disse pasientgruppene er spesielt utfordrende og krever tett oppfølging og stor innsats fra behandlere. Det er vanskelig å finne gode, veldokumenterte behandlingsopplegg.

**Fortolkning.** Utredning og håndtering av smertepasienter med et medikament- eller stoffmisbruksproblem krever innsikt i begrepene toleranse, fysisk avhengighet og medikamentmisbruk. Det er avgjørende for å lykkes at pasientens behandlingsopplegg diskuteres i et tverrfaglig forum for å sikre en konsistent, strukturert og enhetlig tilnærming.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

*Oppgitte interessekonflikter:*  
Se til slutt i artikkelen

**Ulf E. Kongsgaard**  
[u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no](mailto:u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no)  
Anestesiavdelingen  
Det Norske Radiumhospital  
Montebello  
0310 Oslo

**Rae Frances Bell**  
Anestesiavdelingen  
Haukeland Universitetssjukehus

**Harald Breivik**  
Anestesiavdelingen  
Rikshospitalet

Ett av de mest utfordrende problemer i klinisk praksis er håndteringen av pasienter med smerter som også er medikament- eller stoffmisbrukere. Mens fysisk avhengighet er uunngåelig, men kontrollerbar, er oppfatningen av omfanget av medikamentmisbruk hos smertepasienter sprikende, forskjellig fra land til land og avhengig av ulike definisjoner på medikamentavhengighet og medikamentmisbruk. Verdens helseorganisasjons forståelse av medikamentavhengighetssyndromet er at individet har et sterkt ønske om å ta medikamentet og har vansker med å kontrollere bruken (1).

Uttrykket avhengighetssyndrom brukes av Verdens helseorganisasjon (WHO Expert Committee on Drug Dependence) med den meget viktige reservasjon at hos pasienter som behandles med opioide analgetika, vil både toleranse og abstinenssyndrom være obligate fenomen og ikke symptomer på medikamentavhengighet (2). Essensen i WHO-forståelsen av medikamentavhengighetssyndromet er at individet har et sterkt ønske om å ta medikamentet og har vansker med å kontrollere bruken (1). Medikamentmisbruk (drug abuse) defineres av Verdens helseorganisasjon som vedvarende eller periodisk overdrevet (utilbørlig) bruk av medikamenter som ikke er i samsvar med akseptert medisinsk praksis (3). Uttrykket narkomani (addiction) har ikke vært brukt av WHO etter 1964 (4). Både WHO og DSM-IV (5) skiller tydelig mellom medikamentavhengighetssyndrom og medikamentmisbruk.

Hos smertepasienter kan medikamentmisbruk undergrave et ellers godt behandlingsopplegg, redusere effekten av behandlingen og endog forverre en allerede komplisert smertesituasjon med biopsykososial genese. Siden gjensidig tillit er fundamentalt for vellykket resultat av interaksjoner mellom pasient og behandler, vil det å arbeide med medikamentmisbrukere som har akutte eller kroniske smerter, alltid være utfordrende og noen ganger særdeles frustrerende. Normalt vil pasienter kunne skille mellom smerter, angst og andre former for psykologisk ubehag og stress. Dette er ofte ikke tilfelle hos medikament- og stoffmisbrukeren. Utredning og håndtering av smertepasienter med et medikament- eller stoffmisbruksproblem krever innsikt i begrepene toleranse, fysisk avhengighet og medikamentmisbruk (6).

Det er nyttig å vurdere følgende faktorer hos tunge misbrukere:

- Har pasienten eller bruker pasienten illegale medikamenter eller stoff?

- Forekommer kriminalitet for å skaffe medikament eller stoff?
- Har pasienten ubehandlet smerte eller ubehandlede psykiske plager?
- Er det alvorlige funksjonsproblemer i familien og med samfunnet for øvrig?

Selv om det er enkelte felles prinsipper for håndtering av disse pasientene (ramme 1), kan det være didaktisk å dele pasientene inn i tre grupper: de som har kronisk ikke-kreftrelatert smerte, de som har akutte (og perioperative) smerter, og de som har smerter relatert til fremskreden kreftsykdom.

## Kronisk ikke-kreftrelatert smerte

Både kroniske smertepasienter og stoffmisbrukere blir dessverre ofte stigmatisert, underdiagnostisert og underbehandlet av helsepersonell (7–9). Samtidig kan det tenkes at enkelte stoffmisbrukere i visse situasjoner blir overbehandlet med smertelindrende medikamenter på uklar indikasjon, på grunn av sterkt press fra pasienten. Videre vil disse pasientene ha en høyere forekomst av andre sykdommer enn den eller de som ligger bak smerteplagene (10). Generelle retningslinjer for bruk av opioider ved langvarige, ikke-maligne smertetilstander er inngående beskrevet i en publikasjon fra Statens legemiddelverk (11).

Tidligere medikament- og stoffmisbruk blir av mange regnet som en kontraindikasjon for bruk av opioide analgetika ved ikke-kreftrelatert smerte. Dette kan imidlertid ikke være en absolutt kontraindikasjon, idet erfaring tilsier at også tidligere misbrukere kan hjelpes med opioidbehandling (12). Et av de vanskeligste områdene er imidlertid at pasienter misbruker medikamenter, spesielt opioider, som i utgangspunktet er forskrevet for smerter og som initialt har gitt god smertelindring og bedre livskvalitet. Den kliniske

## ! Hovedbudskap

- Gjensidig tillit mellom pasient og behandler er en forutsetning for vellykket smertebehandling
- Medikament- og stoffmisbruk kan undergrave et ellers godt behandlingsopplegg hos smertepasienter
- Bruk av opioidanalgetika er spesielt vanskelig og krever tett oppfølging av pasienten

utfordringen er da å finne en god balanse mellom risiko for ytterligere medikamentmisbruk og uakseptable smerter hos pasienten. Helsepersonell må også vite at mange kroniske smertepasienter rammes av neuropatisk smerte, der en sikker objektiv diagnose kan være vanskelig og der behandlingen ofte krever kombinasjon av flere ulike medikamenter for å oppnå tilfredsstillende smertelindring og økt livskvalitet (13).

En uryddig psykososial situasjon er et varsku om at man skal være ytterst forsiktig med å sette i gang en prøveperiode med opioidbehandling. Erfaringsmessig blir det ekstra krevende å gjennomføre slik behandling hos tidligere stoff- og medikamentmisbrukere. Ikke-farmakologiske behandlingsprinsipper må brukes (fysikalsk behandling, elektrostimulasjon, kognitiv atferdsbehandling), men vil ofte ha begrenset effekt hos medikamentmisbrukere. Hvis medikamentell behandling er nødvendig, bør kombinasjoner av ikke-opioide analgetika (antiepileptika, antidepressiver, paracetamol, ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler, coxiber) brukes optimalt. Om man allikevel velger å forsøke opioide analgetika, må behandlingen foregå med langtidsvirkende medikament (depottabletter/depotplaster). Behandlingen «avtalestyres» med en utfyllende skriftlig informasjon til pasienten, familie og primærlege. Korttidsvirkende opioider bør unngås (10, 11).

### Akutt og perioperativ smerte

Behandlingen av medikament- eller stoffmisbrukere med akutte eller perioperative smerter er ofte komplisert av relaterte traumer, medisinske og psykiatriske problemer. Risiko for abstinenssymptomer gjør situasjonen ytterligere vanskelig (12). Håndtering av pasientens *forventninger* til smertelindring er viktig. Pasienten må vite at ingen pasienter kan forvente å være helt smertefri etter et kirurgisk inngrep, men samtidig er det viktig å forsikre om at smertene vil bli taklet på en forsvarlig og effektiv måte. Det kan være nyttig å basere behandlingsplanen på faste spørsmål (ramme 2).

Hos pasienter som er opioidavhengige og som må gjennomgå kirurgi, må man beholde en vedlikeholdsdose av opioider for å unngå abstinens. Pasienten trenger ytterligere opioider for å lindre de postoperative smertene. Raske endringer i plasmakonsentrasjoner bør unngås så fremt det er mulig. Initialt må opioiddosen titreres til effekt. Fordi disse pasientene er opioidtolerante, trengs større doser opioider enn det som er vanlig postoperativt. Deretter kan opioid gis som en kontinuerlig infusjon. Intermitterende intravenøs (eventuell subkutan) bolus via innleggende nål kan brukes for gjennombruddssmerter og før mobilisering. Man bør tilstrebe snarest mulig overgang til peroralbehandling med langtidsvirkende preparat. Alternativt kan transdermal administrasjon (depotplaster) gi samme jevne langtidseffekt. Opioidene redu-

seres rett etter at den akutt smertefulle postoperative fasen er over (4–7 døgn).

Opioidnedtrappingen må skje gradvis i løpet av flere døgn, for eksempel 20–30% reduksjon av døgndosen daglig eller annen hver dag. Imidlertid er det ofte vanskelig å få til samarbeid med pasienten om dosereduksjon eller overgang til langtidsvirkende opioider med mindre misbrukspotensial. Pasienten vil ofte hevde at det ikke er nok analgetisk effekt av det nye regimet. Der hvor en nedtrapping og seponering ikke kan gjennomføres, for eksempel grunnet kort sykehusopphold, bør fastlegen få tilsendt en nedtrappingsplan sammen med epikrisen. Dessverre er det ofte når det gjelder rusmiddelavhengige pasienter lite kontroll over hva som skjer med pasienten etter utskrivning. Et samarbeid mellom rusmiddelomsorg, fastlegen og sykehuset vil være nyttig.

Toleranseutvikling, dårlig smertelindring eller for mye bivirkninger kan noen ganger rettes på ved å bytte til et annet opioid. Dette kan være effektivt, fordi de ulike opioide medikamenters virkning oppfattes individuelt (11) og fordi krysstoleranse på reseptornivå er ufullstendig (14). Prinsippene for dosevalg ved opioidbytte er at man begynner lavt (reducerer ekvipotent dose med 20–30%) med det nye opioidet og så titrerer dosen opp til bedre smertelindring. Pasientkontrollert analgesi er en effektiv metode for postoperativ smertelindring, men den kan være både risikabel og vanskelig å gjennomføre med pasienter med stoff- eller medikamentmisbruk. Pasientene kan bruke ekstra bolusdoser først og fremst for å oppnå eufori og psykiske effekter fremfor en sensorisk analgesi. Dette kan føre til manipulerende oppførsel for å få tilført større opioidmengder enn strengt tatt nødvendig (15).

Det kan likevel være enkelte pasienter med stabilt opioidbruk som kan egne seg for denne metoden, men det kreves da spesiell årvåkenhet og nøye oppfølging av pasienten. For alle pasienter med nåværende eller tidligere stoff- og medikamentmisbruk gjelder følgende for bruk av pasientkontrollert analgesi: Pasientkontrollert analgesi forutsetter en tilbakemeldingssløyfe. Når smerter er ubehagelig plagsomme, vil pasienten kunne bruke mer smertestillende medikamenter fra pumpen. Når smertene er redusert, vil pasienten bruke mindre analgetika. Denne tilbakemeldingssløyfen kan fungere dårlig hos misbrukere grunnet behov for ikke-analgetiske effekter.

Ikke-opioide analgetika som paracetamol, ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler og steroider må brukes konsekvent for å redusere det totale opioidbehovet. Behandlingsplanen må også inkludere anesthesiologiske teknikker med lavt eller ikke-eksisterende misbrukspotensial: regionalanestesi med kateterinfusjon av lokal-anestetika tilsatt alfa-2-agonist som klonidin eller adrenalin og også lave doser av opioide analgetika. Slik regional analgesi kan hindre

### Ramme 1

#### Generelle prinsipper for behandlingssopplegg hos smertepasienter med alvorlig medikament- og stoffmisbruk (2):

- Tverrfaglig tilnærming
- Vurdering etter faste retningslinjer
- Behandlingsplan
- Et forhold må baseres på empatisk lytting og pasientens opplevelse av plager må aksepteres
- Bruk ikke-opioider og ikke-medisinske tilnærminger der det er mulig, men ikke som erstatning for korrekt smertebehandling
- Vurder toleranse, administreringsmåte og halveringstid når det forskrives analgetika

### Ramme 2

#### Spørsmål behandler må stille

- Er pasienten tidligere misbruker? (for hvor lenge siden?)
- Er pasienten en aktiv misbruker nå? (hvilket medikament?)
- Bruker pasienten opioider? (hvilket opioid og hvilken dose?)
- Hva er smertenivå nå? (og smertetype?)
- Forventes en økning i smertenivå under behandlingen?

at afferente impulser fra operasjonssår eller skadet vev når inn til ryggmargen og effektivt blokkere både nociseptiv og neuropatisk smerte. Det er viktig å huske på at disse teknikkene selvfølgelig ikke kan hindre opioidabstinens hos en opioidmisbruker eller en kronisk opioidbrukende smertepasient.

### Kreftsmarter

Risiko for misbruk indusert av legens behandling (iatrogen opioidmisbruk) er generelt lavere hos pasienter med kreftsmarter (16). Håndtering av pasientene kan likevel være vanskelig på flere måter. Det kan være ekstra vanskelig for noen av pasientene å skille mellom angst, fortvilelse, oppgitthet og smerter når de har fått beskjed om en alvorlig diagnose med begrenset gjenværende levetid. Man skal heller ikke glemme at tunge medikament- eller stoffmisbrukere også får kreft.

Smertebehandling av kreftpasienter er oftest basert på langtidsvirkende opioider i kombinasjon med ikke-opioide analgetika. Men ettersom smerteintensiteten fluktuerte,

**Ramme 3**

**Behov for skriftlig kontrakt**

- Ved repeterte episoder med brutte avtaler (ikke-etterlevelse)
- Ved bevis for bruk av ulovlig stoff/medikament eller eksessivt alkoholbruk
- Når pasient har tidligere dommer for medikament- eller stoffsalg eller smugling
- Når pasient er deltaker i et metadon-program

kan det være nødvendig å skrive ut hurtigvirkende opioider med kortere virketid for gjennombruddssmerter.

Smertepasienter som også er stoff- og medikamentmisbrukere, kan risikere å bli underbehandlet for sine smerter. Helsevesenet generelt er tilbakeholden med å skrive ut relevant opioidmedikasjon, også til kreftpasienter. Dette kan resultere i oppførsel som på engelsk blir kalt pseudoaddiction behaviour (17, 18), det vil si at pasienten oppfører seg som en misbruker, krever mer opioidanalgetika og oppfører seg aggressivt som en ekte medikamentmisbruker. Behandlingen i denne situasjonen er å øke opioiddosen (16). Differensialdiagnosen mellom misbruksoppførsel som skyldes pseudoavhengighet og et reelt misbruk med psykologisk avhengighet, er ikke alltid lett og krever erfaring og kunnskap (19). Anestesiologiske teknikker som epidural og spinal smertelindring samt enkelte nevrolytiske blokader som plexus coeliacus-blokade med etanol, kan være spesielt nyttig hos kreftpasienter med vanskelig håndterbare smerter i kombinasjon med stoff- og medikamentmisbruk (20, 21).

**Konklusjon**

Stoff- og medikamentmisbrukere og pasienter på langvarig opioidbehandling med akutte eller kroniske smerter krever alltid tett oppfølging og stor innsats fra behandlere. Det er avgjørende for å lykkes at pasientens behandlingsopplegg diskuteres i et tverrfaglig forum for slik å sikre en konsistent, strukturert og enhetlig tilnærming fra alle deler av helsetilbudet omkring pasienten. Adekvat informasjon må gis skriftlig og muntlig til pasienter og til familie som deltar i omsorgen for pasienten. En mer formell skriftlig kontrakt kan være nyttig der det er spesielt vanskelige kontrollproblemer (ramme 3).

*Manuskriptet ble godkjent 9.6. 2005.*

**Oppgitte interessekonflikter:** Rae Frances Bell har mottatt honorar for foredrag og/eller møteledelse fra Mundipharma og Pfizer. Ulf E. Kongsgaard og Harald Breivik har mottatt honorar for foredrag og/eller møteledelse fra en rekke farmasøytiske firmaer.

**Litteratur**

1. World Health Organization. WHO Expert Committee on Drug Dependence. 30<sup>th</sup> report. Genève: WHO, 1998.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: WHO, 1992.
3. World Health Organization. Achieving balance in national opioid policy. WHO/EDM/QSM/2000.4. Genève: WHO, 2000.
4. Savage SR, Joranson DE, Covington EC et al. Definitions related to the medical use of opioids: Evolution towards universal agreement. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 655–67.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 utg. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
6. Portenoy R, Payne R. Acute and chronic pain. I: Iowinson J, Ruiz P, Milman R et al, red. Substance abuse: a comprehensive textbook. 3. utg. Baltimore, MD: Wilkins and Wilkins, 1997: 563–98.
7. Portenoy R, Dole V, Joseph H et al. Pain management and chemical dependency: evolving perspectives. *JAMA* 1997; 278: 592–3.
8. Sees KL. Pain management in a patient with and addiction history. *JAQA* 1991; 99 (suppl 6): 11–5.
9. Scimeca MM, Savage SR, Portenoy R et al. Treatment of pain in methadone-maintained patients. *Mt Sinai J Med* 2000; 67: 412–22.
10. Strain EC. Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Clin J Pain* 2002; 18 (suppl 4): 14–27.
11. Statens legemiddelverk. Terapianbefaling: Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander. Oslo: Statens legemiddelverk SLV publikasjon, 2002.
12. Dunbar SA, Katz NP. Chronic opioid therapy for nonmalignant pain in patients with a history of substance abuse: report of 20 cases. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 163–71.
13. Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC et al. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003; 11: 1524–34.
14. Pasternak GW. The pharmacology of mu analgesics: from patients to genes. *Neuroscientist* 2001; 7: 220–31.
15. Savage SR. Opioid therapy of chronic pain: Assessment of consequences. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 909–17.
16. Passik SD, Portenoy R, Lundberg JC. Substance abuse issues in cancer pain management. I: Max M, red. Pain 1999 – an updated review. Seattle, WA: Iasp Press, 1999: 19–23.
17. Weissman DE, Haddox JD. Opioid pseudoaddiction – an iatrogenic syndrome. *Pain* 1989; 36: 363–66.
18. Compton P, Athanasos P. Chronic pain, substance abuse and addiction. *Nurs Clin North Am* 2003; 38: 525–37.
19. Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin J Pain* 2002; 18 (suppl 4): 28–38.
20. Savage SR. Principles of pain management in the addicted patient. I: Graham AW, Schultz TK, May-Smith MF et al, red. Principles of addiction medicine. 3. utg. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 2003: 1405–16.
21. Breivik H. Nerve blocks – simple injections, epidurals, spinals and more complex blocks. I: Simpson K, Budd K, red. Non-drug management of cancer pain. Oxford: Oxford University Press, 1998.