

HÅNDBLIVNING AF MORFINKA I ALMEN PRAKSIS



Forskningstræningshold nr. 65

Signe Fiil

Ditte Thomsen

Raneen Riyadh

Charmilie C. Logan

Vejleder: Hans Christian Kjeldsen

Indholdsfortegnelse

Baggrund.....	3
Opioidkrisen.....	3
Smerter.....	3
Retningslinjer.....	4
Indikation/ordination.....	4
Behandlingsplan.....	4
Receptudstedelse.....	5
Laksantia.....	5
Kørsel.....	5
Tilsyn.....	6
Formål.....	7
Metode.....	7
Baggrundslitteratur.....	7
Dataindsamling.....	7
Journalaudit.....	8
Inklusions- og eksklusionskriterier.....	8
Skema/pilotprojekt.....	9
Demografiske data.....	9
Instrukser.....	10
Ordiprax.....	10
Resultater.....	10
Journalaudit og dataanalyse.....	10
Population og indikation.....	10
Fremmøde, opfølgning og udtrappingsplan.....	11
Laksantia.....	11
Journalføring og kørsel.....	11
Instrukser og fraser.....	12
Tabel 1.....	13
Ordiprax.....	14
Diskussion.....	17
Er data repræsentativ.....	19
Udfordringer ved dataindsamling.....	22
Laksantia/kørsel.....	22
Konklusion.....	22
Perspektivering.....	23
Bilag.....	24
Referencer.....	27

Baggrund

Opioidkrisen

Opioidkrisen i USA har siden 2021 årligt kostet over 100.000 amerikanere livet, hvilket gør opioidoverdosering til den hyppigste dødsårsag blandt 18- til 49-årige amerikanere (1).

Ovenstående har naturligvis trukket store overskrifter i medierne herhjemme samt vægtet højt på de danske politikeres dagsorden, hvorfor de danske sundhedsmyndigheder de senere år har skærpet deres fokus på håndteringen af opioider. Myndighedernes skærpede tiltag omfatter blandt andet, at alle opioider, fraset kodein-kombinationspræparater, pr 1. januar 2018 blev underlagt samme udleveringsbestemmelse og overvågning, hvormed en recept ikke kan deles eller afhentes over flere gange, samt at fornyelse af recept kræver fysisk fremmøde ved lægen.

Opioider betragtes endvidere som en af 7 risikosituationslægemiddelgrupper, hvor der er øget risiko for fejl i forbindelse med medicineringen (2).

Derudover har Sundhedsstyrelsen siden 2018 haft et særligt fokus på faglig rådgivning vedrørende ordination af opioider ved smertebehandling, i form af *Smerteguiden (2019)* (3), *National Klinisk Retningslinje (2018)* (4) samt en skærping af *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (2019)* (5) foruden kurser og webinarer for alment praktiserende læger. Indsatsen har skabt et fald i antal personer, der har indløst recept på opioider fra 446.200 til 394.800, svarende til et fald på 12 % i perioden fra 2018 til 2023, samt en reduktion i det samlede mængdeforbrug på 27% (6).

Smerter

Smerter er en af de hyppigste årsager til, at patienter søger læge. Omkring hver 4. konsultation i almen praksis drejer sig om bevægeapparats-relaterede smerter (7), og prævalensen af kroniske smerter blandt danske patienter er stigende (8).

I 2019 udgav Indsatser for Rationel Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regionernes lægemiddelenheder en Smerteguide med det formål at støtte læger i en hensigtsmæssig behandling af akutte og kroniske smerter i almen praksis (3). Smerteguiden er klassificeret som "faglig rådgivning som læger anbefales at følge". I Smerteguiden indgår blandt andet vejledning omkring opstart af behandling med opioider, herunder morfin.

Retningslinjer

Som beskrevet ovenfor, har de danske sundhedsmyndigheder de senere år haft fokus på at nedsætte brugen af opioider. Til dels skyldes dette, at en kendt og alvorlig bivirkning til behandlingen med opioider er afhængighed. Risikoen for udvikling af afhængighed øges ved brug af hurtigvirkende opioider, samt øges med varigheden af behandlingen og jo højere doseringer. I forbindelse med dette fokus er opstillet nogle retningslinjer for, hvordan behandling med opioider skal håndteres. Disse retningslinjer indebærer indikation og plan for behandling samt varighed heraf, evt. udtrappingsplan, fremmøde ved receptudstedelser, grundig information til patienten vedr. virkning og bivirkninger herunder risiko for afhængighed samt midlertidigt eller varigt kørselsforbud under pågående behandling (9).

Indikation/ordination

Opioider er i reglen ikke indiceret ved lettere akutte smerter, ved kroniske non-maligne smerter eller ved hyppigt recidiverende smertetilstande som fx menstruationssmerter, migræne og kronisk pancreatitis, da risikoen for udvikling af afhængighed i disse tilfælde er stor. Foruden afhængighed øges risikoen for aftagende effekt og opioidinduceret hyperalgesi (5).

Såfremt der alligevel er indikation for opioidbehandling hos patienter med kroniske non-maligne smerter, da foretrækkes depotpræparater i fast dosering grundet det mindre afhængighedspotentiale sammenlignet med hurtigvirkende opioider (10).

Der skal ydes særlig opmærksomhed/forsigtighed ved ordination af opioider til ældre patienter, patienter med demens samt patienter med alkohol overforbrug, idet de hyppigste bivirkninger til opioider er af central art, herunder sedation, svimmelhed, hallucinationer, eufori og kvalme (5). Foruden bivirkningerne og målet med behandlingen, skal patienten ved ordinationens start informeres om risiko for udvikling af afhængighed og patientens informerede samtykke skal journalføres.

Ovennævnte vejledning stammer fra Retsinformation, som er statens juridiske online informationssystem, og hvor man kan få adgang til gældende lovgivning i Danmark.

Behandlingsplan

Ved ordination af opioider skal der foreligge en behandlingsplan. Denne skal indeholde mål for behandlingen, den forventede varighed af behandlingen, tydelig seponeringsdato eller

alternativt information om planlagt opfølgning, med det formål at nedsætte behandlingsvarigheden og dermed nedsætte risikoen for udviklingen af tolerans og afhængighed.

Ved opfølgende revurderinger skal der, foruden afhængighedssymptomer, opvejes effekt imod eventuelle bivirkninger samt vurderes om der forsat er indikation for behandlingen (5).

Receptudstedelse

Behandlingsansvaret og udskrivelsen af vanedannende medicin, herunder opioider, bør kun varetages af en læge (5). Såfremt dette ikke er gældende, skal der foreligge klare aftaler herom. Hver receptfornyelse skal som udgangspunkt foregå ved fysisk fremmøde eller ved hjemmebesøg (det er dermed ikke tilstrækkeligt at aftale receptfornyelse over telefon eller ved mail-korrespondance). For patienter i et stabilt og længerevarende behandlingsforløb af kronisk karakter, kan der undtagelsesvist afviges fra ovenstående, men begrundelsen og de udvidede revurderingsintervaller skal fremgå af behandlingsplanen.

Laksantia

Ved opstart af behandling med opioider, bør der altid suppleres med laksantia, idet en kendt bivirkning til opioider er obstipation. Anbefalingen er at starte med osmotisk virkende midler, og eventuelt supplere med peristaltikfremmende midler.

Kørsel

Fast behandling med korttidsvirkende opioider sidestilles med promillekørsel, da det ikke anses for muligt at opnå en stabil døgndosis. En sådan behandling er derfor ikke forenelig med bilkørsel, og lægen bør ved initiering af behandlingen udstede et lægeligt kørselsforbud.

Ved udstedelse af hurtigvirkende opioid udelukkende til brug efter behov, og såfremt patienten er indforstået med kun at anvende medicinen lejlighedsvist, er der ikke nødvendigvis behov for at udstede lægeligt kørselsforbud, så længe patienten overholder ikke at køre bil under påvirkning af medicinen (anbefalet mindst 8 timer efter indtagelsen).

Ved anvendelse af depotpræparater, bør der udstedes kørselsforbud under optrapning af medicinen, indtil dosis og dosisintervaller har været uændret i minimum 7 døgn, hvilket i praksis typisk vil betyde kørselsforbud de første par uger efter opstart (11).

Der kan undlades at nedlægge et kørselsforbud ved opstart af langtidsvirkende opioid i lav dosering med langsom optrapning, hvor ordinerende læge har vurderet at patienten ikke er kognitivt påvirket af behandlingen. Denne vurdering er i øvrigt gældende ved enhver

revurdering af patienten under behandlingen, uanset behandlingsvarighed eller dosis, da der altid vil foreligge en potentiel risiko for overdosering og kognitiv påvirkning, eksempelvis ved medicin-interaktioner eller ved ændringer i patientens nyrefunktion.

For diverse depotpræparater gælder, at der er angivet en maksimal døgndosis for hvad der vurderes foreneligt med kørekort (11).

Tilsyn

Styrelsen for patientsikkerhed har opstillet nogle målepunkter for, hvad der lægges vægt på ved tilsyn på Almen Praksis (12). Disse målepunkter fremgår af oversigten nedenfor.

Styrelsen for Patientsikkerhed; Målepunkter for tilsyn på almenpraksis; Journalgennemgang vedrørende behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Ved gennemgang af journalnotat skal det fremgå:

- at der er lagt en plan for behandlingen herunder en tidshorisont for revurdering af behandlingen
- at behandling med opioider er med langtidsvirkende opioider. Eventuel behandling med korttidsvirkende opioider skal være begrundet.
- at det fremgår, hvem der har behandlingsansvaret, såfremt den pågældende læge ikke selv har det
- at ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler, medmindre særlige omstændigheder taler herfor, er sket ved personligt fremmøde eller hjemmebesøg
- at der er taget stilling til eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen

Det er vores formodning, at der i en travl hverdag i Almen Praksis, forekommer receptudstedelser på opioider, herunder morfin, uden der nødvendigvis er taget stilling til/dokumenteret/overholdt samtlige af ovenstående retningslinjer. Samtidig er det vores indtryk, at læger generelt har kendskab til retningslinjerne, og i stort omfang har opmærksomhed herpå.

Vi ønsker med denne opgave at undersøge, hvorvidt gældende retningslinjer for behandling med morfin overholdes i de Almen Praksis, hvor vi er tilknyttet som uddannelseslæger.

Formål

Ved journal gennemgang at undersøge, hvordan behandling med morfin håndteres i Almen Praksis, herunder

- 1) om reglerne for journalføring og kørsel overholdes
- 2) om receptudstedelse sker ved fremmøde og om der er planlagt opfølgning
- 3) om der foreligger udtrappingsplan
- 4) hvorvidt der er opstartet laksantia
- 5) om praksis har en intern instruks eller frase vedr. ordination af morfika, som anvendes

Ovenstående spørgsmål forsøges besvaret ved gennemgang af journalmateriale fra 4 forskellige Almen Praksis.

Metode

Baggrundslitteratur

Dette kvalitetsudviklingsprojekt er baseret på en journalaudit gennemført i vores fire uddannelsespraksis. Til baggrundsafsnittet og perspektivering er der indsamlet relevant litteratur.

Litteratursøgningen har primært bestået af google-søgninger med følgende søgeord: *opioid vejledning, opioid kørsel/kørekort, opioid almen praksis, opioidkrisen, opioidzombie*. I de dokumenter og vejledninger, vi herved har fundet, har vi ligeledes i nogle tilfælde kunnet bruge litteraturlisten til at finde yderligere baggrundslitteratur.

Dataindsamling

Forud for dataindsamling blev aftalt, at der skulle inkluderes 25 patienter fra hver praksis. Initialet blev aftalt at søge data for perioden 01.01.24 – 31.12.24 og inkludere 25 tilfældigt udvalgte patienter (øverst fra listen) såfremt de opfyldte inklusionskriterierne (beskrevet nedenfor). I hver af vores praksis benyttes forskellige it-systemer, hvilket har medført anvendelse af flere forskellige programmer til dataindsamlingen. Vi har benyttet statistikprogrammet i hhv. XMO, Clinea og NOVAX til at identificere patienter, der har modtaget recept på morfin ved hjælp af ATC-koden N02AA1 i perioden 01.01.24 – 31.12.24. Denne søgning gav forskellige resultater/antal patienter i de respektive praksis. For to af de fire klinikker var søgeperioden 01.01.24 – 31.12.24 ikke tilstrækkelig til at kunne inkludere 25 patienter, hvorfor søgeperioden blev udvidet til 01.01.23 – 31.12.24.

Vi har hver især gennemgået journaler og medicinkort (FMK) retrospektivt for de 25 patienter inkluderet fra hver praksis. De relevante data er herefter indført i det udarbejdede journalauditskema. Endeligt er data fra de fire praksis samlet i en fælles dataoversigt for videre analyse. (Tabel 1)

Journalauditprocessen



Journalaudit

Vi udformede et journalauditskema til systematisk indsamling af data med henblik på efterfølgende analyse. Skemaet blev udarbejdet på baggrund af gruppens drøftelser af de relevante oplysninger, der var nødvendige for at besvare vores forskningsspørgsmål. Derudover blev inklusions- og eksklusionskriterierne nøje overvejet og fastlagt.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Det blev besluttet at inkludere 25 patienter fra hver praksis, der i (2023) - 2024 havde fået udskrevet mindst en recept på morfin (enten hurtigtvirkende morfin, depot-morfin eller en kombination), og hvor den første recept var udskrevet efter 2018. De inkluderede patienter var således både nogle, der var i kontinuerlig behandling (opstartet efter 2018) og patienter der opstartede behandling i inklusionsperioden.

Patienter, der udelukkende havde fået udskrevet recept på morfin fra anden instans (eksempelvis hospitalsafdeling), og hvor behandlingen ikke blev forlænget i praksis, blev ekskluderet. Patienter, vi selv måtte have udskrevet recept på morfin til, blev ligeledes ekskluderet, idet vi vurderede, at vi med det nuværende øgede fokus på journalføringspligt ved udstedelse af recept på morfin, i forbindelse med denne opgave, ville risikere ikke at få et retvisende billede af klinikkernes generelle håndtering.

Disse kriterier blev valgt for at fokusere på patienter, der modtog en relativt ny behandling, og således var opstartet behandlingen efter sundhedsmyndighedernes initiativ omkring skærpet opmærksomhed på receptudstedelse af opioider. Patienter, der modtog opioider, som ikke var ren morfin (fx oxycodon, codein, tramadol), samt patienter, der havde fået udskrevet deres første recept før 2018, blev ekskluderet fra undersøgelsen.

Skema

Auditskemaet er designet til at indsamle og analysere data vedrørende håndteringen af morfinbehandling i almen praksis (Bilag 1). Skemaet indeholder de relevante punkter, vi har valgt at undersøge i denne opgave: Under første punkt, *patient*, noteredes køn og alder samt om patienten modtog recept ved fremmøde. Under punktet *kørsel* blev noteret, om patienten i forbindelse med receptudstedelse var informeret om kørselsforbud, eller om der var noteret stillingtagen vedr. kørsel i journalnotatet. Under punkterne *udtrapningsplan* og *planlagt opfølgning* blev svaret ”ja”, såfremt dette enten var noteret i journalen ifm. udstedelse af recept, eller såfremt det fremgik af efterfølgende notater, at der blev lavet hhv. udtrapning eller opfølgning. Vedr. *laksantia* blev dette registreret som ”ja”, såfremt der enten var noteret information om laksantia i journalnotatet, eller såfremt det fremgik af FMK, at patienten var i behandling med laksantia i samme periode. Det blev for hver patient noteret, hvorvidt de var i behandling med *hurtigvirkende* morfin eller *depot* morfin, eller eventuelt en *kombination*. Desuden blev *dosis* registreret, samt *indikation* for behandlingen. Indikationen kunne enten være ”akutte smerter”, ”kroniske non-maligne smerter”, ”cancer-smerter” eller ”kombination af akutte og kroniske smerter”. I de tilfælde, hvor indikationen var både ”akutte smerter” og ”kroniske smerter” (enten non-maligne eller maligne), blev patienten talt med i begge grupper. Patienten kunne opleves at have en primær indikation, som var både akut og kronisk, såfremt patienten eksempelvis blev behandlet med depotmorfin for kroniske smerter, men samtidig fik ordineret hurtigvirkende morfin i tillæg grundet eksempelvis fraktur eller anden akut skade.

Gennemgangen af journalmateriale fra de fire deltagende praksis giver dermed indsigt i, hvordan behandlingen administreres i overensstemmelse med de relevante kliniske og lovgivningsmæssige krav. Denne gennemgang muliggør en evaluering af, om de fastlagte procedurer for morfinbehandling følges korrekt i praksis.

Pilotprojekt

Forud for den fulde implementering af projektet gennemførte vi et pilotprojekt, hvor vi valgte fem patienter fra hver klinik for at afprøve metoden. Dette gav os mulighed for at teste skemaet i mindre skala og verificere, at de nødvendige data kunne indsamles effektivt, inden vi udvidede processen til at omfatte et større antal patienter. I den efterfølgende hoveddel af projektet blev der anvendt data fra 25 patienter fra hver praksis.

Demografiske data

Vi har indsamlet demografiske data fra alle fire praksis (P1-P4), som er geografisk placeret i både by- og landområder, dog alle i den østlige del af Region Midtjylland. Praksis varierer i størrelse både angående antal læger og personale samt i antallet af patienter tilknyttet. Den største af de fire praksis (P3) har 9.300 patienter tilknyttet, hvorimod den mindste praksis (P1) har 1780 patienter tilknyttet. Antallet af læger i klinikkerne følger antallet af patienter, således de klinikker med flest patienter ligeledes har flest fastansatte læger. Alderen på lægerne varierer mellem 40 år og 69 år. Dataene giver et billede af forskelligartede praksisstrukturer og aldersfordelinger på tværs af de deltagende praksis, som kan være relevante for den videre analyse af morfinforbrug i almen praksis. (Bilag 2).

Instrukser

I alle fire klinikker er undersøgt, hvorvidt der findes instrukser vedrørende ordination af opioider. Instrukserne er fremsøgt i interne mapper i de respektive klinikker (fællesdrev, intranet, Microsoft copilot).

Ordiprax

Ordiprax er anvendt til at skabe overblik over, hvor meget morfin der er udskrevet fra hver af de 4 praksis i perioden 2022-2024 (begge år inklusiv). Desuden er Ordiprax anvendt for overblik over udskrivelsen af morfin i Region Midtjylland sammenlignet med øvrige regioner i landet. Data fra Ordiprax er opgivet i *definerede døgn doser* (DDD) pr. 1000 patienter, og er standardiseret for køn og alder.

Resultater

Journalaudit og dataanalyse

Som beskrevet i metodeafsnittet, er der fremsøgt patienter i alle 4 uddannelsespraksis for perioden 01.01.24 – 31.12.24 (udvidet periode for to af de fire praksis) og inkluderet 25 patienter fra hver praksis jf. fastlagte inklusionskriterier. Således i alt 100 patienter (n=100). Resultaterne fremgår af Tabel 1, samt udpensles i teksten nedenfor.

Population og indikation

Gennemsnitsalderen for de inkluderede patienter var hhv. 59,3 år for mænd og 66,4 år for kvinder. Der var lige mange kvinder (51 %) og mænd (49%) blandt de inkluderede. Ved

sammenligning af de fire praksis var der ikke store forskellige i gennemsnitlig alder for hverken mænd eller kvinder.

Størstedelen af de inkluderede blev behandlet med depot-morfin (71%), og den hyppigste indikation var akutte smerter (64%). I forhold til indikationen for behandling med morfin ser vi en forskel de fire klinikker imellem, således der i P1 og P2 er langt flest, der behandles på indikationen ”akutte smerter”, hhv. 76% og 68%, hvorimod indikationen ”kroniske non-maligne smerter” gælder for hhv. 16% og 24%. I P3 og P4 forholder det sig imidlertid anderledes; her ses stort set lige mange i behandling på indikationen ”akutte smerter” som ”kroniske non-maligne smerter”, hhv. 60% og 56% for P3 og hhv. 52% og 60% for P4. (Se Tabel 1)

Fremmøde, opfølgning og udtrappingsplan

For langt størstedelen af patienterne i behandling med morfin, blev der fulgt op på behandlingen ved ny konsultation (72 %), eller der blev fra start aftalt kortvarigt forbrug og lagt udtrappingsplan (59 %). Data er sammenlignelige de fire klinikker i mellem vedrørende opfølgning, men P4 skiller sig ud, når det gælder *udtrappingsplan*. Her bemærkes, at der foreligger udtrappingsplan for 32% af patienterne i P4, sammenlignet med hhv. 56%, 76% og 72% i P1, P2 og P3. I størstedelen af tilfældene (61%) foregik receptudstedelse ved udelukkende fremmøde i klinikken.

Laksantia

For lidt mere end halvdelen af patienterne (55%) gælder, at de under morfin-behandling ligeledes var i behandling med laksantia.¹ Resultaterne varierer noget imellem de fire klinikker, således færrest er i laksantiabehandling i P1 og P4 (36% begge steder), og flest er i laksantiabehandling i P3 (88%).

Journalføring og kørsel

Kun for en mindre del af patienterne (20 %) fremgår af journalen, at der er taget stilling til eventuelt kørselsforbud, eller at patienten er informeret om forbehold vedrørende kørsel. Data varierer en smule fra 12% til 32%.

¹ Patienterne er registreret med ”ja” til laksantia-behandling, såfremt det af FMK fremgik, at der blev anvendt laksantia i samme periode som morfika, alternativt hvis der i journalnotat var beskrevet stillingtagen til laksantia.

Instrukser og fraser

For tre ud af de fire praksis gælder, at der findes en instruks vedrørende ordination af afhængighedsskabende/vanedannende medicin, herunder morfin. I to af klinikkerne (P2 og P4) er instrukserne primært tiltænkt sygeplejersker/sekretærer/andet praksispersonale, som opnår kontakt med patienter (ved skranken, i telefon), der ønsker fornyelse af recepter, og hvor instruksen beskriver, at alle patienter som udgangspunkt skal fremmøde ved receptfornyelse, med mindre andet er angivet. For P4 gælder, at instruksen tilsiger, at der laves ”flydenotat” i journalen med plan og opfølgning. I P3 gælder instruksen alle ansatte i klinikken med patientkontakt, og omhandler oprettelsen af en *Medicinplan*². Instruksen vejleder ligeledes i receptfornyelse, der som udgangspunkt foregår ved fremmøde eller video, men i øvrigt kan afvige, såfremt patienten har en medicinplan der tilsiger dette. P3 har ligeledes, som den eneste af klinikkerne, en frase til anvendelse ved ordination/receptfornyelse.

² En medicinplan indeholder navn på præparat, dosis, indikation, tidsinterval mellem fornyelse af recepter samt hvorvidt recepterne fornyes ved fremmøde, videokonsultation eller andet.

Tabel 1

Karakteristik	P1 (n=25)	P2 (n=25)	P3 (n=25)	P4 (n=25)	Total (n=100)
Køn					
Mand	10 (40%)	11 (44%)	13 (52%)	15 (60%)	49 (49%)
Kvinde	15 (60%)	14 (56%)	12 (48%)	10 (40%)	51 (51%)
Alder i år (gennemsnit)					
Mand	54,9	56,7	56	69,6	59,3
Kvinde	68,7	65,2	68,4	63,4	66,4
Medicin					
Hurtigvirkende (pn)	12 (48%)	8 (36%)	15 (60%)	12 (48%)	47 (47%)
Hurtigvirkende (fast)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	2 (2%)
Depot	17 (68%)	21 (84%)	17 (68%)	16 (64%)	71 (71%)
Combi	4 (16%)	4 (20%)	9 (36%)	3 (12%)	20 (20%)
Laksantia					
Ja	9 (36%)	15 (60%)	22 (88%)	9 (36%)	55 (55%)
Kørsel, oplyst					
Ja	3 (12%)	6 (24%)	3 (12%)	8 (32%)	20 (20%)
Plan for opfølgning					
Ja	17 (68%)	21 (84%)	20 (80%)	16 (64%)	72 (72%)
Nej	8 (32%)	4 (16%)	5 (20%)	9 (36%)	28 (28%)
Udtrappingsplan					
Ja	14 (56%)	19 (76%)	18 (72%)	8 (32%)	59 (59%)
Nej	11 (44%)	6 (24%)	7 (28%)	17 (68%)	41 (41%)
Primær indikation³					
Akut	19 (76%)	17 (68%)	15 (60%)	13 (52%)	64 (64%)
Kronisk non-malign	4 (16%)	6 (24%)	14 (56%)	15 (60%)	39 (39%)
Cancer	2 (8%)	2 (8%)	5 (20%)	1 (4%)	10 (10%)
Akut+kronisk	2 (8%)	4 (16%)	9 (36%)	4 (16%)	19 (19%)
Recept					
Fremmøde	10 (40%)	22 (88%)	13 (52%)	16 (64%)	61 (61%)
Fremmøde + TK, mail⁴	15 (60%)	3 (12%)	4 (16%)	9 (36%)	31 (31%)
Video	0 (0%)	0 (0%)	8 (32%)	0 (0%)	8 (8%)
Vejledning					
Instruks	Nej	Ja	Ja	Ja	¾ (75%)
Frase	Nej	Nej	Ja	Nej	¼ (25%)

³ Såfremt patienten både har en kronisk og en akut smerteproblematik, er vedkommende noteret i begge grupper under primær indikation.

⁴ Receptudstedelse er foregået ved en blanding af fremmøde, e-konsultation og telefonkonsultation.

Ordiprax

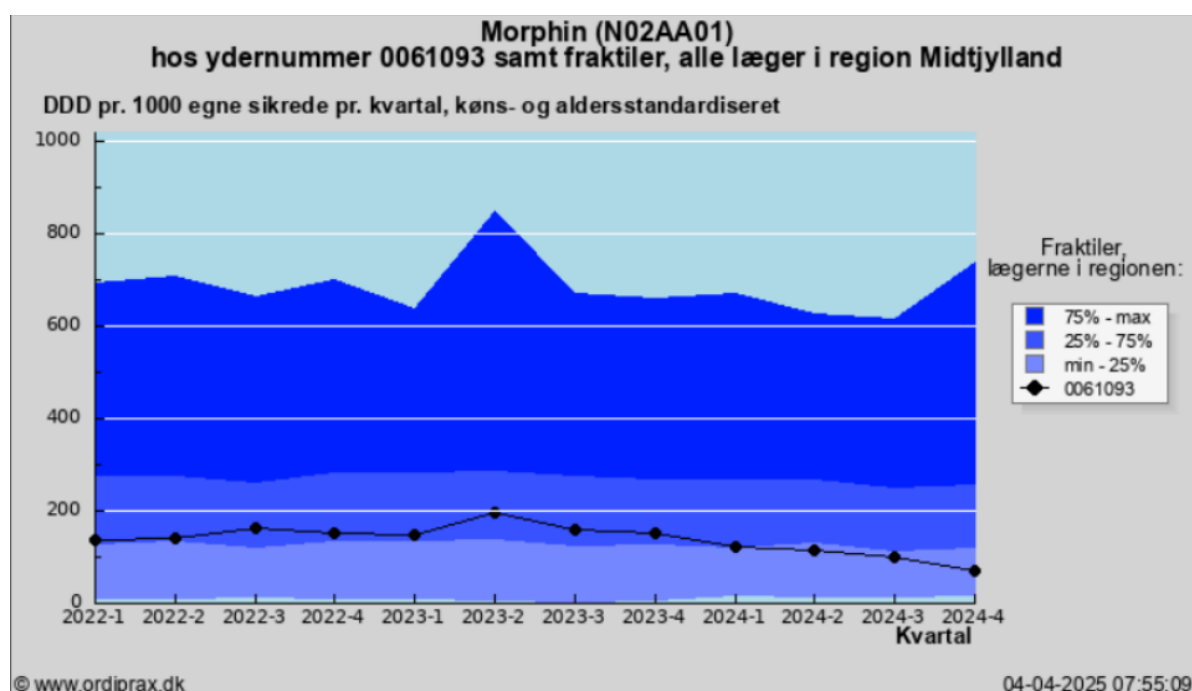
Via ordiprax har vi fremsøgt data vedrørende ordination af morfin i de respektive almene praksis i den senest tilgængelige periode (4. kvartal 2024), samt ordination af morfin i Region Midtjylland. Data er angivet som DDD/1000 standardiseret for køn og alder.⁵

Af kurve/tabel på ordiprax.dk fremgår det, hvor meget morfin, der blev udskrevet i den givne periode for hhv. vores praksis og alle regionerne. Tallene er indført i tabel 2.

Af data fremgår, at DDD for Region Midt ligger på 270,84, hvilket er lidt over landsgennemsnittet på 233,89.

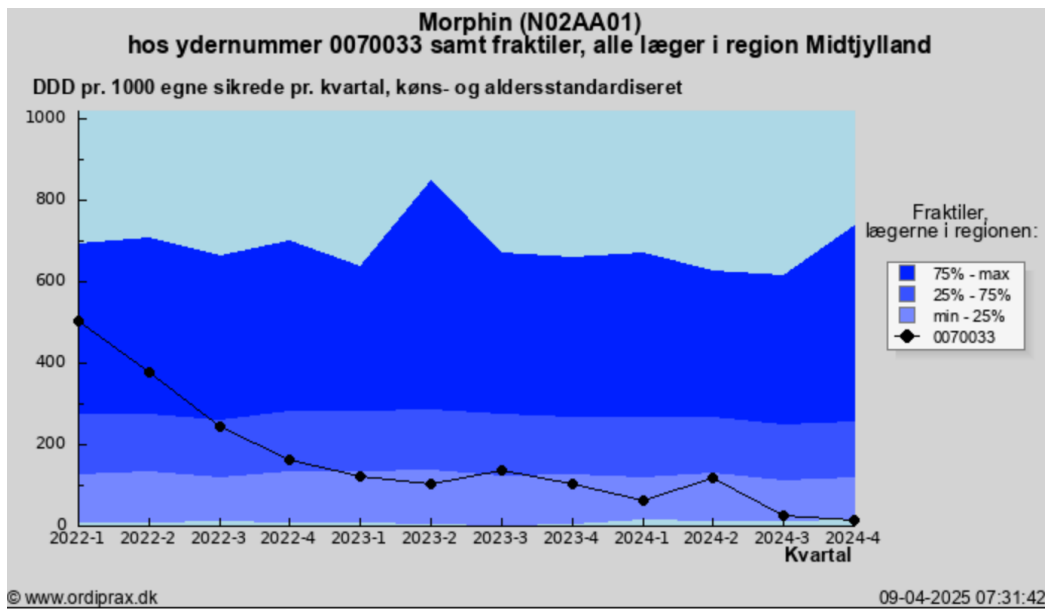
På Ordiprax sammenlignes forbruget i den enkelte praksis med forbruget i regionen. Her ses det, at P3 ligger højest af de tre praksis med 438 DDD. P1, P2 og P4 ligger under regionsgennemsnittet, og det ses endvidere for P1 og P4, at forbruget af morfin har ligget stabilt i dette område i hele perioden 2022-2024. For P2 gælder, at nuværende ejer overtog klinikken i 2019 og har haft målrettet fokus på at nedbringe forbruget af morfin, hvilket afspejles i den kraftigt faldende kurve i perioden fra 2022-2024. Se kurver nedenfor.

P1

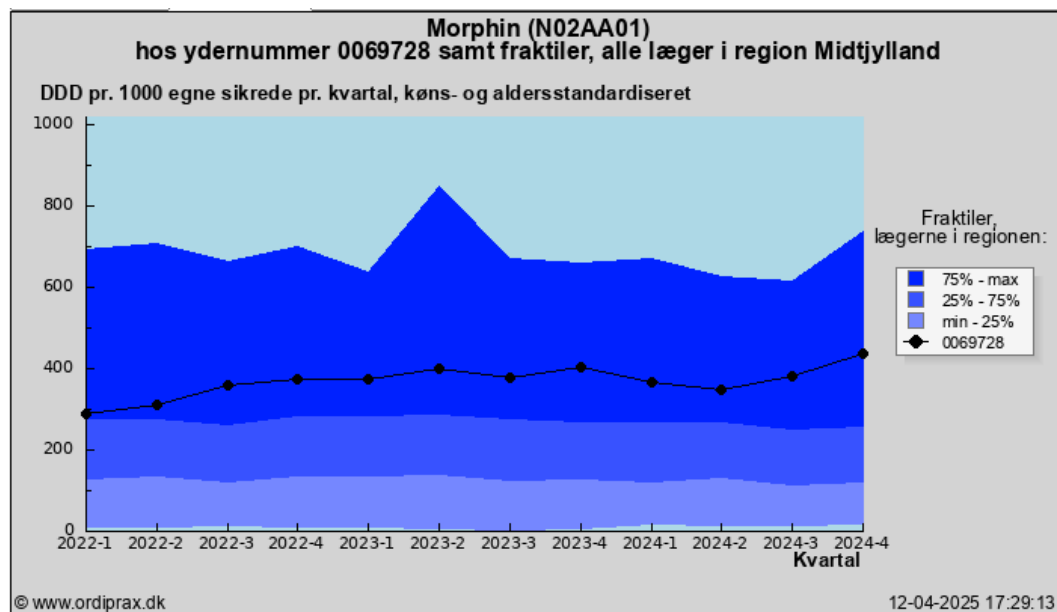


⁵ Mængden præsenteres som antallet af definerede døgn-doser, DDD, pr. 1000 patienter. Defineret Døgn Dosis er en mængdeenhed, der benyttes til sammenligning af lægemiddelforbrug. DDD fastsættes ud fra en antaget gennemsnitlig vedligeholdelsesdosis pr. døgn for en voksen person, som får lægemidlet på dets hovedindikation.

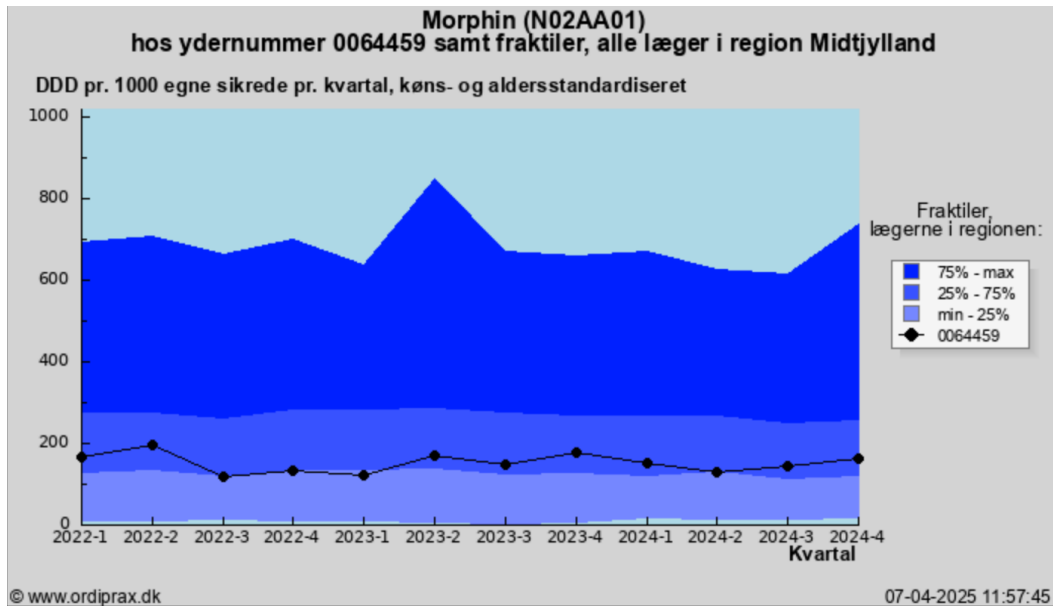
P2



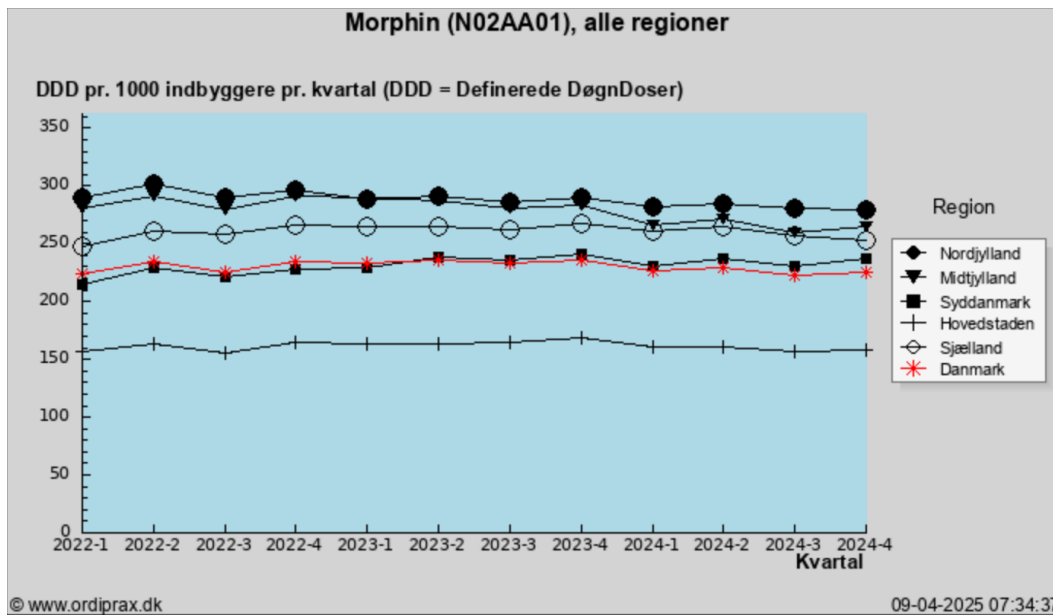
P3



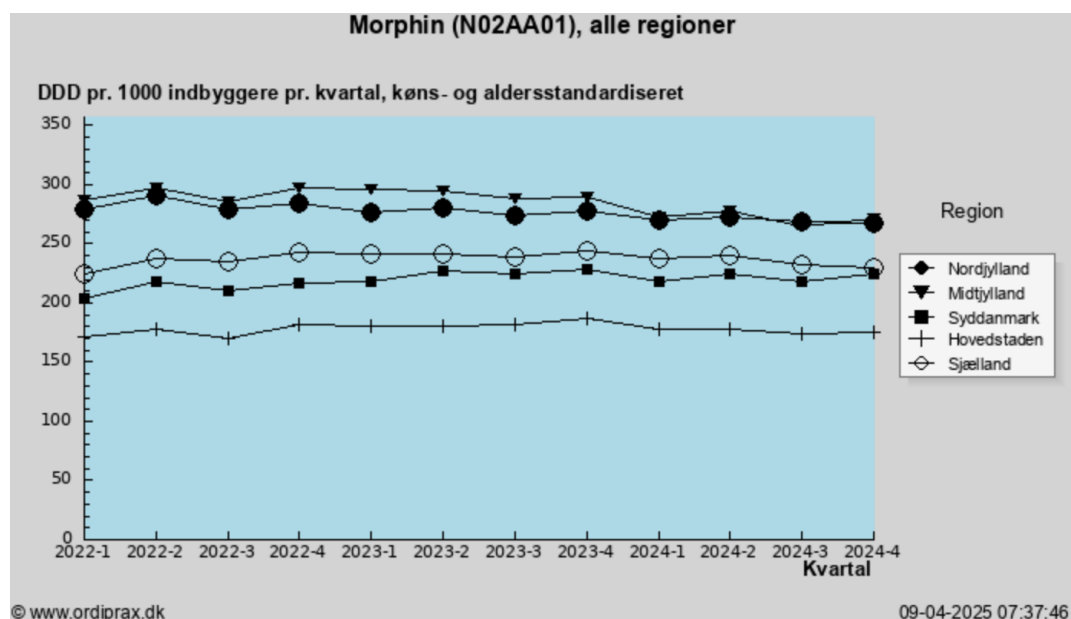
P4



Regionerne



Regionerne. Køns- og aldersstandardiseret:



Tabel 2

Praksis	Antal (DDD/1000, standardiseret)
P1	127,0
P2	13,10
P3	438,0
P4	162,6
Gennemsnit (P1, P2, P3, P4)	185,2
Region Midt	270,84
Danmark	233,89

Diskussion

Er data repræsentativ?

Data er indsamlet i fire forskellige lægepraksis, som demografisk repræsenterer et bredt udsnit af befolkningen i Region Midtjylland. Der indgår data fra både solo- og kompagniskabspraksis, samt de fire praksis varierer i størrelse, antal fastansat personale, alder på læger og geografisk placering (land eller by). Køns- og aldersfordeling af de

inkluderede patienter i de fire praksis er sammenlignelige, og adskiller sig ikke væsentligt. Alle praksis er placeret i den østlige del af Region Midtjylland. Udstedelse af recepter på morfin i Region Midtjylland ligger i den høje ende sammenlignet med de øvrige regioner (se kurver fra Ordiprax), hvilket dog ikke forventes at have indflydelse på besvarelse af forskningsspørgsmålene vedr. journalføring og håndtering af behandling med morfin.

Data er indsamlet i perioden 2023-2024 for P1 og P2 grundet det mindre patientgrundlag, for at kunne inkludere 25 patienter, og i perioden 2024 for P3 og P4. Indsamlingsperioden ligger tilpas lang tid efter implementeringen af de skærpede retningslinjer vedrørende opioidbehandling til, at det er rimeligt at antage, at alle lægerne i de respektive klinikker har opnået kendskab til de skærpede retningslinjer, og at der har været tid til at forholde sig til vejledningerne og omlægge behandlingen hos de relevante patienter.

Af oversigt fra Ordiprax fremgår, at udstedelsen af morfin for P3 og P4, som er større praksis med flere faste læger, er stabil og nogenlunde uændret i perioden 2022-2024, hvorimod det fremgår af data for P2, at der er sket et markant fald i antal patienter, som behandles med morfin/opioid i samme periode. P2 er en solopraksis med en mindre patientpopulation, hvorfor der må forventes en større usikkerhed/variation grundet den mindre datamængde. Desuden blev P2 overtaget af nuværende læge i 2019, som har haft fokus på at nedbringe forbruget af vanedannende medicin, hvilket vurderes at have stor betydning for resultatet. I P1 er forbruget ligeledes stabilt over perioden. P1 er ligeledes en solopraksis, men med samme ejer gn. mange år.

P3 ses at have det højeste forbrug af morfin af de fire klinikker. En forklaring kan være, at denne praksis er beliggende et sted med stor sårbarhed blandt patienterne, mange multisyge og generelt lavere socioøkonomiske forhold. En anden hypotese kan være, at P3 er en meget stor praksis, hvor der opleves mangel på kontinuitet. Således forekommer opfølgning ikke nødvendigvis ved ordinerende læge, hvilket må formodes at kunne påvirke incitamentet for udtrapning eller ændring i behandling.

Idet vi, i vores journalaudit, har valgt at ekskludere patienter, der har været i fast behandling med morfin siden før 2018, risikerer vi at frasortere en gruppe af patienter, som vi har en forestilling om ej længere har effekt af behandlingen, og som har udviklet tolerans/afhængighed. Det er netop denne type behandlingsforløb, som forsøges nedbragt ved implementeringen af de gældende retningslinjer. Man kan forestille sig, at denne gruppe

patienter formentlig oftere får udskrevet recepter over telefon/e-konsultation, grundet det lange behandlingsforløb, hvilket kan medføre, at vores data repræsenterer en overvurdering af, hvor stor en andel af patienterne, der fremmøder for receptudstedelse. Vi har derfor en formodning om, at eksklusionen af denne gruppe kan betyde, at vores data stemmer mere overens med nuværende retningslinjer, dog uden vi med sikkerhed kan vide dette udfra vores undersøgelse.

Vi har i denne opgave ikke kigget på komorbiditet eller varighed af opioidbehandling, hvilket forventes at have indflydelse på, hvornår man vælger at afvige fra gældende retningslinjer, fx ift. fremmøde ved receptudstedelsen, udtrappingsplan og laksantia-behandling. Desuden har behandlingsvarigheden og evt. tidligere mislykkede udtrappingsforsøg betydning for hvornår man overvejer om en patient har udviklet tolerans – og/eller afhængighed.

Vi har valgt udelukkende at inkludere patienter i morfinbehandling, og ikke de øvrige opioider. Vi forventer ikke, at resultaterne vedrørende journalføring ville være væsentligt anderledes, såfremt vi havde inkluderet patienter i behandling med øvrige opioider, da der gælder samme journalføringspligt for al vanedannende medicin, og idet øvrige opioider i det væsentligste anvendes på lignende behandlingsindikation.

I P3 anvendes videokonsultationer som konsultationsform ved receptfornyelse af opioid, og det har ikke været muligt at finde retningslinjer vedrørende, hvorvidt videokonsultation kan sidestilles med fremmøde i disse tilfælde. Formentlig skyldes det, at videokonsultation blev implementeret i 2020 og dermed efter vejledningerne blev udgivet.

Udfordringer ved dataindsamling

Ved journalgennemgang blev det registreret, at der sjældent var noteret information om planlagt opfølgning i det journalnotat, der blev skrevet ifm. ordination. Såfremt vi kunne se, at der i et senere journalnotat blev taget stilling til morfinbehandlingen – også ved en konsultation ifm. anden problemstilling – har vi valgt at dette var tilstrækkeligt til at kategorisere patienten under ”ja” til opfølgningsplan. Denne tilgang lever ikke op til myndighedernes krav om behandlingsplan og opfølgning ved den initiale receptudskrivelse, men i en klinisk hverdag kan det være nødvendigt at foretage opfølgning sammen med anden sygdomsproblematik i tidsbesparende øjemed. Man kan tænke sig, at det har positiv indvirkning på genordination og aftrapning, at der fra start er lavet tydelig aftale om opfølgning eller begrænset og kortvarigt forbrug.

I langt de hyppigste tilfælde var den primære indikation for behandling akutte smerter (64%), som forventes at kræve relativt kort behandling. Der blev ofte blot udskrevet en lille pakke opioid i lav dosering med forventning om, at det var en enkeltstående ordination, der ikke krævede hverken opfølgning eller udtrækning.

Der var sjældent journalført udtrækningsplan ved første ordination, men hvis det fremgik af journalen, at patienten efterfølgende blev udtrækket ad hoc, så er patienten alligevel talt med som opfyldende krav til udtrækningsplan. Vi har i gruppen diskuteret, hvorvidt definitionen af hvad der kan accepteres som en gældende udtrækningsplan er for uspecifik, og om vi har vurderet en smule forskelligt i de respektive klinikker, hvorfor vores data i så fald ikke er helt sammenlignelige. I nogle klinikker (P1 og P2) er engangs-recept uden opfølgning, hvor pt. er ophørt efter den ene recept som aftalt, talt med som gyldig udtrækningsplan. I andre klinikker (P3 og P4) er dette ikke vurderet som gyldig udtrækningsplan.

Der er flere af vores forskningsspørgsmål, som har været svære at svare helt konkret på, og hvor vi har måttet forsøge at definere både før og under dataindsamlingen, hvad vi eksempelvis registrerer som en fyldestgørende behandlingsplan, opfølgning og udtrækningsplan. Alligevel har det ved gennemgang af resultater og diskussion vist sig, at vi nogle steder har opfattet det forskelligt mht. udtrækningsplan. Fx har P2 noteret, at 76% opfylder krav om udtrækningsplan, idet patienter som har fået ordineret en enkelt pakke morfin og er blevet informeret om at ophøre herefter, er talt med, hvorimod P4 ikke har inkluderet denne gruppe patienter som opfyldende krav til udtrækningsplan, og dermed kun har svaret ”ja” hos 32%. Det er altså muligt, at resultaterne kan være enten pænere eller mindre pæne, alt efter definitionen af udtrækningsplan. Denne problematik kunne evt. have været undgået, såfremt vi havde diskuteret vores resultater mere indgående allerede efter ”pilot-projektet”.

Formålet med behandlingsplanen er at sikre en systematisk vurdering af udvikling af tolerans og afhængighed, samt vurdere effekten holdt op imod bivirkninger, for dermed at forhindre uhensigtsmæssig eller unødigt langvarig behandling. Overordnet gælder for alle fire praksis, at der ikke er noteret stillingtagen til tolerans/afhængighed ifm. opfølgning, hvilket til dels kan skyldes, at de patienter under meget langvarig behandling er ekskluderet, og dels kan det tænkes, at der er en manglende opmærksomhed på afhængighed og/eller erfaring hermed, eller at behandlingsvarigheden skønnes så kort, at der ikke er bekymring for afhængighed.

Ved journalgennemgang i særligt P4, fra implementeringen af de nye retningslinjer i 2018 og frem, sker der gradvist mere fastholdt fremmøde ved receptfornyelse, alternativt tydelig markering i ”flydenotat” ved afvigelse fra dette, samt større fokus på årskontroller vedr. afhængighedsskabende medicin.

Det bemærkes i øvrigt, at der er stor kontinuitet med en fast læge, der varetager patientens behandling med opioider. Ingen af de fire praksis har uddelegeret receptfornyelse til praksispersonalet.

Da vi har valgt at kigge konsultationsform ved receptfornyelse for hele perioden 2019-2024 for de patienter, som har fået udstedt recepter af flere omgange i denne periode, i stedet for kun at se på recepterne udstedt i 2023-24, da formoder vi at antallet af receptfornyelser over telefon/e-konsultation er højere end hvis vi udelukkende havde kigget på perioden 2023-2024, dette grundet den forventelige latenstid på implementering af nye tiltag.

For tallene for dem, der har fået receptfornyelse ved en kombination af fremmøde, e-konsultation og telefonkonsultation, fremgår det ikke, om det blot er en enkelt gang, recepten er fornyet fx telefonisk, eller hvorvidt der er lavet et ”flydenotat” som beskriver, hvorfor man afviger fra fremmøde. Det er derfor svært at tolke på data om, hvorvidt fremmøde ved receptfornyelse overholdes. eDet er dog vores klare indtryk efter gennemgang af journalnotater og daglige arbejde i klinikkerne, at kravet om fremmøde ved receptfornyelse i høj grad overholdes i samtlige klinikker, da en patient tæller med i kategorien ”fremmøde + tk, mail”, hvis de blot én gang i hele perioden har fået udskrevet en recept over telefon eller e-konsultation.

I tre ud af fire praksis foreligger en instruks, som sikrer fokus på tidsbestilling til receptfornyelse af vanedannende medicin.

For P2 gælder, at denne solopraksis er drevet af en yngre læge (45 år), som overtog klinikken i 2019, og har haft særligt fokus på at implementere retningslinjerne vedr. ordination af opioid i årene efter overtagelse, samt fokus på at udtrappe/omlægge patienter i langvarig morfikabehandling. Vi forestiller os, at læger med mange års erfaring og vaner, ofte er længere tid om at ændre udskrivningsmønster og vaner samt udtrappe og omlægge patienter, der er startet før implementeringen af de nye vejledninger. Vi forestiller os ligeledes, at man hurtigere kan implementere ændringer i en solopraksis, end i en større klinik, og at resultaterne hurtigere afspejles når én læge beslutter at ændre ”adfærd” i en solopraksis, fremfor hvis én læge beslutter at gøre det i en større praksis.

Laksantia

Patienterne er registreret positive, såfremt laksantia behandling er journalført eller fremgik af FMK i samme periode. Af resultat afsnittet fremgår det således at ca. halvdelen (55%) af patienterne, fik ordineret laksantia. Det er muligt, at flere patienter var i laksantia-behandling, da dette kan være købt i håndkøb. Det er ligeledes muligt, at de ordinationer på laksantia som fremgik af FMK, ikke var i relation til opioidbehandling. Det reelle resultat kan derfor både være højere eller lavere.

Det er observeret, at der oftere er opstartet behandling med laksantia i tilfælde, hvor man forventede at smerteproblematikken krævede langvarig, fast opioidbehandling. Eftersom der i næsten halvdelen af tilfældene ikke er taget stilling til laksantia-behandling, tyder det på, at der er manglende fokus på forebyggelse af obstipation, som er en velkendt bivirkning til morfinbehandling.

Kørsel

Af vores resultater fremgår, at der kun i 20% af tilfældene er taget stilling til/noteret et kørselsforbud i forbindelse med morfinbehandling. Det er muligt, at flere patienter er informeret herom, men dette er blot ikke journalført. Desuden kan man forestille sig, at læger med godt kendskab til deres patienter ved at de af en eller anden årsag slet ikke fører motorkøretøj, og dermed ikke har vurderet behov for at notere/informere om dette i relation til morfin-udskrivelse.

Det formodes ligeledes, at man har mindre tendens til at journalføre at man vurderer, at der ikke er behov for at udstede kørselsforbud, fremfor hvis man vurderer, der er behov herfor. Som nævnt i baggrundsafnittet er der tilfælde, hvor det ikke vurderes nødvendigt at udstede kørselsforbud, fx ved langsom optrapning i lav dosering uden kognitiv påvirkning hos patienten. Denne beskrivelse mener vi, kan tolkes bredt og forskelligartet og i høj grad afhænger af lægens og patientens relation, hvilket muligvis fører til at færre udsteder kørselsforbud. Der burde i alle tilfælde journalføres stillingtagen vedr. kørsel, uagtet om der skønnes behov for kørselsforbud eller ej, hvorfor vores resultater her er langt under acceptabelt niveau og viser plads til stor forbedring.

Konklusion

Vores resultater viser, at journalføringen i alle fire klinikker i mange tilfælde er mangelfuld og ikke lever op til gældende retningslinjer når det gælder kørsel og laksantia, idet der kun i

20% af tilfældene er noteret stillingtagen vedr. kørsel og i 55% af tilfældene er opstartet laksantia. Der er ligeledes plads til forbedring vedr. udtrappingsplan og planlagt opfølgning med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige behandlingsforløb i forhold til både varighed og manglende effekt.

Fremmøde ved receptudstedelse er, som beskrevet i diskussionen, svær at tolke på, grundet den måde, hvorpå vi har indsamlet data. Vi vurderer dog, at det er en af de parametre ved de nye retningslinjer, der håndhæves i høj grad, og som har den største effekt på ønsket om at nedbringe det generelle opioidforbrug samt behandlingsvarigheden hos den enkelte.

I tre ud af de fire praksis anvendes ikke fraser ved udskrivelse af morfin.

Vi tænker, at brugen af fraser ville kunne øge kvaliteten af notaterne således, at de i højere grad lever op til gældende retningslinjer, men først og fremmest vil fraserne være en hjælp til at sikre, at patienten modtager nødvendig oplysning vedr. bivirkninger, systematisk vurdering af virkning og stillingtagen til kørsel, samt give øget fokus på behandlingens fortsatte indikation og formentlig nedsætte behandlingsvarigheden.

Bilag 3 viser eksempel på en frase, som vi tænker, en sådan kunne se ud.

Perspektivering

Spørgsmålet er, hvorvidt de konkrete retningslinjer om krav til journalføring ved behandling med opioider er til gavn for patienterne, og om det virker.

Det ses umiddelbart, at de skærpede krav og det øgede fokus siden 2018 har haft god effekt på antallet af patienter i behandling med opioider, herunder morfin, således at tallene er faldende i perioden frem til nu. Desuden fremgår det, at den enkelte patient er i behandling i kortere tid end tidligere, samt i lavere dosering. (Figur 1)

Bilag 2

Praksis oplysninger	P1	P2	P3	P4
By/ land	By	By	Havneby	Land
Kommune	Randers	Randers	Norrdjurs	Favrskov
Antal af patienter	1.780	1.786	9.300	4.856
Kompagniskab/Solo	Samarbejdspraksis	Solo	3 ejere i kompagniskab	3 ejere i kompagniskab
Alder på fastansatte praksislæger	57 år, 63 år	45 år	58, 57, 57, 41, 40 år	47, 62, 69 år
Antal uddannelseslæger	2	1	4	3
Antal ansat personale				
• sygeplejersker	1	1	9	2
• sekretærer	1	1	4	2
• praksisassistenter	0	0	3	3
• bioanalytikere	0	0	0	0

Bilag 3

Forslag til frase ved ordination af opioid

Indikation:

Præparat og dosis:

Kørselsforbud:

Laksantia:

Plan for behandling/nedtrapning:

Opfølgning:

Plan for receptfornyelse:

Behandlingsansvarlig læge:

Pt. er informeret om bivirkninger, herunder døsigthed, svimmelhed, obstipation og risiko for afhængighed.

Referencer

- 1) tv2 artikel: <https://nyheder.tv2.dk/udland/2023-11-16-jeg-har-aldrig-set-noget-vaerre-siger-usa-korrespondent-om-fentanylmisbrugere>)
- 2) <https://stps.dk/sundhedsfaglig/viola-viden-og-laering/risikoomraader/risikosituationslaegemidler>
- 3) Smerteguide fra regionerne og Sundhedsstyrelsen:
- 4) Sundhedsstyrelsen. 2018. National klinisk retningslinje. Opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter.
- 5) Retsinformation. 2019. Vej nr. 9523 af 19/06/2019. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.
- 6) STT 13, nov. 2024: forbruget af opioider på recept falder forsat.
- 7) ”Rygmerter, ledsmerter og kroniske smerter i almen praksis – efteruddannelseskursus”, Lægernes Uddannelses Forening
- 8) “Increasing prevalence of chronic non-cancer pain in Denmark from 2000 to 2017: A population-based survey”. EUR J Pain, 08 November 2021.
- 9) “Om ordination af afhængighedsskabende lægemidler i almen praksis”, Styrelsen for Patientsikkerhed, september 2019.
- 10) <https://ugeskriftet.dk/videnskab/forskelle-og-ligheder-af-morphin-og-oxycodon>
- 11) [Styrelsen for Patientsikkerhed. 2022. Vejledning om helbredskrav til kørekort.](#)
- 12) “Målepunkter for tilsyn på Almen Praksis”, Styrelsen for Patientsikkerhed.