
PRAKSISSAMMENFATNING OM AFHÆNGIGHEDSSKABENDE LÆGEMIDLER

Februar 2024

INDHOLD

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 1. Forord | 4 |
| 2. Resumé og konklusion | 4 |
| 3. Indledning..... | 5 |
| 3.1. Praksissammenfatningens afgørelser | 5 |
| 3.2. Begreber | 6 |
| 4. Beskrivelse af retsgrundlag | 6 |
| 5. Almindelige regler og principper..... | 8 |
| 5.1. Informeret samtykke | 8 |
| 5.2. Journalføring | 9 |
| 5.3. Vigtigheden af en samarbejdsalliance | 10 |
| 6. Indikation for behandlingen..... | 11 |
| 6.1. Kontraindikationer | 12 |
| 6.1.1. Somatiske forhold..... | 13 |
| 6.1.2. Psykiatriske forhold | 15 |
| 6.1.3. Sociale forhold | 16 |
| 6.2. Forventet behandlingsvarighed | 18 |
| 6.3. Manglende journaladgang..... | 19 |
| 6.4. Revurdering af indikationen | 21 |
| 6.4.1. Omlægning til ikke-afhængighedsskabende medicin..... | 23 |
| 7. Ordination | 24 |
| 7.1. Identifikation | 24 |
| 7.2. Personligt fremmøde..... | 25 |
| 7.2.1. Sygebesøg..... | 26 |
| 7.2.2. Fravigelse af udgangspunktet..... | 27 |
| 7.3. Vedligeholdelsesbehandling | 29 |
| 7.3.1. Minimumspakning..... | 30 |
| 7.4. Ordination til pårørende | 30 |
| 8. Aftrapning og behandlingsophør..... | 31 |
| 8.1. Abstinensbehandling | 33 |
| 9. Behandleransvar | 34 |
| 9.1. Flere involverede læger..... | 35 |
| 10. Smertetyper | 37 |
| 10.1. Akutte smerter | 37 |
| 10.2. Langvarige/kroniske non-maligne smerter | 38 |
| 10.3. Cancersmertetilstande og palliativ behandling | 40 |
| 11. Behandling uden for almen praksis | 42 |
| 11.1. Lægevagten | 43 |
| 11.2. Sygehuse | 43 |
| 11.3. Psykiatrien..... | 45 |
| 11.4. Fængsler | 46 |

| | |
|-----------------------------|----|
| 11.5. Smerteklinikker | 47 |
| 11.6. Rusmiddelcentre..... | 48 |
| 12. Sagsoversigt..... | 49 |
| 13. Ændringslog | 50 |

1. Forord

Du kan i denne sammenfatning læse en systematisk gennemgang af vores praksis ved behandling af klager omhandlende behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Én af vores vigtige opgaver er at uddrage læring af de problemstillinger, som identificeres i de klagesager, som Styrelsen for Patientklager og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler. Denne sammenfatning er et led heri. Sammenfatningen kan benyttes som opslagsværk for både klagere og klinikere i sundhedsvæsenet.

Sammenfatningens pointer er illustreret ved konkrete afgørelseseksempler i grå tekstbokse. Disse bidrager til at sætte fokus på de særlige regler og principper, der gælder for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, og sikre en så ensartet anvendelse af reglerne som muligt.

Sammenfatningen er tilgængelig på vores hjemmeside www.stpk.dk og vil blive ajourført og udbygget efter behov.

Du er velkommen til at sende kommentarer til sammenfatningen os på mail til stpk@stpk.dk.

2. Resumé og konklusion

Denne praksissammenfatning har til formål at sammendrage Styrelsen for Patientklager og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns praksis i behandlingsklagesager, der omhandler behandling med afhængighedsskabende lægemidler, for at afdække og illustrere, hvordan normen for almindelig anerkendt faglig standard defineres i denne sammenhæng.

Praksissammenfatningen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9523 af 19. juni 2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Den beskriver udvalgte afgørelser relateret til vejledningens emner og andre relevante og hyppige problemstillinger, som vi ofte ser i forbindelse med sagsbehandlingen.

Sammenfatningens helt overordnede konklusion er, at Styrelsen for Patientklager og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i afgørelserne lægger vægt på, om:

- vejledningen er iagttaget
- der foreligger en konkret og relevant vurdering af de individuelle omstændigheder, hvis vejledningen fraviges
- vurderingen af de konkrete omstændigheder er journalført i tilstrækkeligt omfang.

3. Indledning

Autorisationslovens § 17 fastslår, at en autoriseret sundhedsperson er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin virksomhed. Behandling med afhængighedsskabende lægemidler indebærer særlige risici for patientsikkerheden. Derfor er kravene til lægens omhu og samvittighedsfuldhed ved ordination af lægemidler med misbrugs- eller afhængighedspotentiale præciseret i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9523 af 19. juni 2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, som angiver overordnede rammer for behandlingen med sådanne lægemidler.

Afhængighedsskabende lægemidler i vejledningens forstand omfatter hovedsageligt:

- opioider (beskrevet i vejledningens afsnit 3.1)
- benzodiazepiner og andre lægemidler med lignende virkning (beskrevet i vejledningens afsnit 3.2)
- lægemidler med centralstimulerende virkning (beskrevet i vejledningens afsnit 3.3.)
- visse andre lægemidler med afhængigheds- eller misbrugspotentiale (beskrevet i vejledningens afsnit 3.4.).

Formålet med sammenfatningen er at skabe de bedst mulige forudsætninger for en ensrettet praksis ved at præcisere og illustrere fortolkningen af vejledningen om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og anvendelsen i afgørelse af klagesager.

I forlængelse heraf håber vi, at praksissammenfatningen kan være et redskab for sundhedspersoner ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

3.1. Praksissammenfatningens sager

Praksissammenfatningen er baseret på behandlingsklagesager behandlet af Styrelsen for Patientklager eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Fælles for de sager, der er fremhævet som cases, er, at de:

- omhandler behandling med afhængighedsskabende lægemidler.
- er modtaget i perioden fra den 29. oktober 2018 til den 27. juni 2022.
- er afgjort i perioden frem til den 21. marts 2023.

Sagerne er udvalgt ud fra deres indhold og egnethed til at illustrere Styrelsen for Patientklagers og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns praksis. De gengivne sager vedrører de afsnit i vejledning nr. 9523 af 19. juni 2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, som oftest danner grundlag for klagesager.

Sagerne er udvalgt med henblik på at illustrere, hvornår der udtales henholdsvis kritik og ikke-kritik, og de repræsenterer et bredt udsnit af sundhedsvæsenet. De udvalgte sager kan derfor ikke tages som udtryk for den generelle kritikprocent i sager om afhængighedsskabende lægemidler, eller for den procentvise fordeling af klager over de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Mange af sagerne er beskrevet under flere afsnit i sammenfatningen. Det skyldes, at samme case kan illustrere flere problemstillinger, og sagerne er derfor beskrevet, hvor de er relevante. Det betyder også, at casebeskrivelsen kan variere afhængigt af det afsnit, hvor casen indgår.

3.2. Begreber

Afhængighedsskabende lægemidler benyttes som samlebetegnelse for de lægemidler, der er nævnt i afsnit 2.1.7 i vejledningen om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, og som kan medføre fysisk eller psykisk afhængighed eller toleransudvikling.

Aftrapning benyttes som samlebetegnelse for nedtrapning og udtrapning.

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler anvendes til behandling af alvorlig angst og uro. Lægemidlerne har en betydelig afhængighedsskabende tendens, og ophør selv efter kortere tids behandling kan være forbundet med alvorlige abstinenser. Almindeligt kendte lægemidler i gruppen er Stesolid, Diazepam, Rivotril m.fl.

DN: Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Opioider omfatter blandt andet Morfin og en række andre stoffer, som er smertestillende, men også virker sløvende og koncentrationssvækkende. Lægemidlerne har en betydelig afhængighedsskabende tendens, og ophør efter behandling ud over kort tid vil være forbundet med alvorlige abstinenser. Almindeligt kendte lægemidler i gruppen er Morfin, Oxycontin, Tramadol m.fl.

STPK: Styrelsen for Patientklager. Det tidligere Patientombuddet blev den 8. oktober 2015 en del af Styrelsen for Patientsikkerhed. Fra 1. juli 2018 blev STPK oprettet, hvorefter al klagesagsbehandling varetages af STPK.

Vejledningen. Vejledning nr. 9523 af 19. juni 2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Nogle af de udvalgte sager vedrører den tidligere version af vejledningen. Sammenfatningen vil for overblikkets skyld henvise til den seneste udgave af vejledningen, da der i relation til de afgørelser ikke er foretaget væsentlige indholdsmæssige ændringer i forhold til den tidligere version.

4. Beskrivelse af retsgrundlag

STPK behandler klager fra patienter over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed og forhold omfattet af sundhedslovens kapitel 4-9, mens DN behandler klager fra patienter over autoriserede sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed og forhold omfattet af sundhedslovens kapitel 4-7 og 9 samt afsnit IV.

STPK og DN træffer afgørelse om, hvorvidt den sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel. Dette følger af klage- og erstatningslovens § 1, stk. 1 og 2, § 2, stk. 1, og § 3, stk. 1.

Normen for almindelig anerkendt faglig standard

STPK og DN tager ved sin vurdering stilling til, om der blev handlet i overensstemmelse med "normen for almindelig anerkendt faglig standard".

Autoriserede sundhedspersoner er forpligtet af autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed. Det nærmere indhold af denne norm kan være præciseret af vejledende retningslinjer, som Sundhedsstyrelsen eller Styrelsen for Patientsikkerhed har udarbejdet. Dertil kommer, at faglige selskaber har udgivet retningslinjer med anbefalinger til klinisk praksis på specifikke faglige områder. Endelig vil normen være præciseret i afgørelse af klagesager, som udgør STPK og DN's praksis.

Vurderingen af, hvorvidt behandlingen var i overensstemmelse med "normen for almindelig anerkendt faglig standard" baseres på et konkret sundhedsfagligt skøn. Denne vurdering foretages af en sagkyndig med særligt fagligt kendskab til og væsentlig klinisk erfaring med det specifikke fagområde og er baseret på de retningslinjer, der var gældende på behandlingstidspunktet.

Sagsproces

Når STPK eller DN modtager en klage over sundhedsfaglig behandling, bliver der udarbejdet klagepunkter og indhentet materiale. Klagen, klagepunkterne og sagens øvrige materiale sendes til en sagkyndig, som foretager en lægefaglig vurdering af sagen med udgangspunkt i de opstillede klagepunkter og det foreliggende materiale. I vurderingen inddrager den sagkyndige bl.a. de relevante retningslinjer, som var gældende på behandlingstidspunktet. Afgørelsen skrives på baggrund af den sagkyndiges vurdering og med inddragelse af gældende regler.

Retsforskrifter og retningslinjer

Følgende retsforskrifter er relevante for afgørelser om afhængighedsskabende lægemidler:

- [Autorisationsloven, lovbekendtgørelse nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 248 af 8. marts 2023](#)
- [Journalføringsbekendtgørelsen, bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021](#)

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet retningslinjer, som er relevante for "normen for almindelig anerkendt faglig standard" vedrørende behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Vi tager udgangspunkt i den retningslinje, der var gældende på behandlingstidspunktet:

- [Vejledning nr. 9523 af 19. juni 2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler](#)

5. Almindelige regler og principper

Vejledningen om afhængighedsskabende lægemidler fastlægger forskellige krav, som skal indgå i lægens overvejelser og beslutninger ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Lægen skal dog fortsat iagttage de almindelige regler og principper, som gælder for al behandling i sundhedsvæsenet. Dette følger både af disse regler og princippers alment gældende karakter og af vejledningens afsnit 2.2 om generelle overvejelser ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Dette afsnit beskriver reglerne om indhentelse af informeret samtykke og journalføring samt princippet om en god samarbejdsalliance ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

5.1. Informeret samtykke

Sundhedsloven fastsætter visse regler for indhentelse af informeret samtykke i forbindelse med behandling af en patient. Disse regler skal også iagttages ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Udgangspunktet fremgår af sundhedslovens § 15, hvorefter ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Dette indebærer, at patienten skal have fyldestgørende information om behandlingen med henblik på, at patienten kan træffe en informeret beslutning om, hvorvidt denne ønsker at modtage behandling.

Informationen skal bl.a. indeholde oplysninger om patientens helbredstilstand, om behandlingsmulighederne og om risikoen for komplikationer og bivirkninger, hvilket følger af sundhedslovens § 16. I denne sammenhæng må risikoen for afhængighed betragtes som en potentiel bivirkning, som patienten som udgangspunkt bør informeres om forud for behandlingen.

Vejledningen angiver også en række informationer, som bør gives til patienten før behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Det vil eksempelvis ofte være relevant at informere patienten om, at medicinsk behandling af kroniske smerter ikke altid vil indebære en komplet og bivirkningsfri smertelindring. Dette fremgår af afsnit 2.2 i vejledningen.

Sundhedslovgivningen indeholder flere undtagelser til dette udgangspunkt, som ligeledes vil finde anvendelse ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler. En nærmere gennemgang af disse regler falder dog uden for denne sammenfatnings område.

Følgende eksempel illustrerer, at reglerne om informeret samtykke skal iagttages ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler:

Case 1 – Manglende samtykke til receptudskrivelse (stpk.dk)

En 55-årig kvinde fik udskrevet en recept på det benzodiazepinlignende præparat Zolpidem på baggrund af en forespørgsel fra hendes kæreste, der var til en konsultation hos hendes praktiserende læge.

Der blev klaget over, at receptudskrivelsen skete uden patientens tilstedeværelse og samtykke.

Der blev udtalt kritik for manglende indhentelse af informeret samtykke, da:

- der skal indhentes informeret samtykke fra patienten ved udskrivelse af afhængighedsskabende lægemidler.
- den praktiserende læge ordinerede Zolpidem uden patientens tilstedeværelse og kendskab, hvorfor hun ikke havde mulighed for at give informeret samtykke til behandlingen.

5.2. Journalføring

En række sundhedspersoner, herunder læger, har pligt til at føre patientjournaler over deres virksomhed. Dette fremgår af autorisationslovens § 21. Denne pligt skal også iagttages ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Indholdet af journalføringspligten er uddybet i journalføringsbekendtgørelsen og omfatter som udgangspunkt de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling i den konkrete situation. For så vidt angår behandling med afhængighedsskabende lægemidler vil dette bl.a. omfatte indikationen for lægemidlet, eventuelle kontraindikationer og andre forhold, som har relevans for behandlingen af den enkelte patient.

Den ordinerende læge skal være opmærksom på, at vejledningen i mange tilfælde overlader lægen et sundhedsfagligt skøn. I disse situationer er det vigtigt, at lægen journalfører sine overvejelser samt hensyn bag sin vurdering. Dette gælder særligt, når lægen fraviger vejledningens udgangspunkter. Eksempelvis fastslår vejledningens afsnit 3.2.2, at i de situationer, hvor der undtagelsesvist ordineres langvarig behandling med benzodiazepiner, skal lægen journalføre begrundelsen for fortsat ordination.

Følgende eksempel illustrerer, at journalføringspligten også gælder ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler, herunder at indikationen for behandlingen bør journalføres:

Case 2 – Indikation for ordination skal journalføres (stp.dk)

En 23-årig kvinde var i behandling hos en speciallæge i psykiatri, som ordinerede det afhængighedsskabende lægemiddel Zolpidem. Speciallægen noterede dog ikke indikationen herfor i journalen.

Der blev bl.a. klaget over, at receptudskrivelsen ikke foregik på relevant vis.

Der blev udtalt kritik for journalføringen, da:

- sundhedspersoners pligt til at føre journal omfatter oplysninger, der er nødvendige og relevante for behandlingen.
- speciallægen burde have noteret indikationen for behandlingen med bl.a. Zolpidem i journalen.

Læs mere om journalføringspligten i styrelsens praksissammenfatning om journalføring på www.stpk.dk (under Afgørelser og domme > praksissammenfatninger).

5.3. Vigtigheden af en samarbejdsalliance

Det er et alment gældende princip i relation til sundhedsfaglig behandling, at lægen skal søge at etablere en god samarbejdsalliance med patienten, i det omfang det er muligt. Dette gælder særligt for så vidt angår behandling med afhængighedsskabende lægemidler, da der som udgangspunkt er behov for regelmæssig opfølgning på behandlingen, og da der grundet lægemidlernes karakter vil være en risiko for, at patienten udvikler afhængighed eller misbrug. Det er derfor vigtigt, at der er gensidig tillid og god kommunikation mellem lægen og patienten.

Følgende eksempel illustrerer, at en utilstrækkelig samarbejdsalliance kan have indflydelse på patientens behandling:

Case 3 – Mistanke om videresalg kan begrunde dosisreduktion (stp.dk)

En 45-årig mand, der var kendt med dissemineret sklerose, henvendte sig til sin praktiserende læge med henblik på at få fornyet sin recept på det morfin-baserede præparat Contalgin. Da der var oplysninger om, at patienten tog en mindre dosis end ordineret og havde videresolgt det overskydende medicin, valgte lægen at reducere dosis, og det blev indskærpet over for patienten, at medicinen ikke måtte videresælges.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik fornyet sin smertestillende medicin på tilstrækkelig vis.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- det på relevant vis blev vurderet, at ordination skulle finde sted ved personligt fremmøde, og at der som udgangspunkt ikke kunne udskrives recepter før tid, idet Contalgin er et afhængighedsskabende lægemiddel, og idet der ikke forelå et stabilt behandlingsforløb.
- det på baggrund af oplysningerne om patientens reducerede forbrug og videresalg var relevant at reducere dosis af Contalgin.

6. Indikation for behandlingen

Det er en forudsætning for enhver sundhedsfaglig behandling, at der er indikation for behandlingen. Om der foreligger indikation i den enkelte situation, beror på en konkret vurdering, som foretages af den behandlingsansvarlige læge. Imidlertid bør behandling med afhængighedsskabende lægemidler som udgangspunkt ikke være førstevalget. Det fremgår således af afsnit 1.1 i vejledningen om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, at non-farmakologiske tiltag og behandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler i langt de fleste tilfælde er førstevalget, og det forudsættes, at lægen i fornødent omfang har iværksat disse, inden der startes behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Hvis behandling med non-farmakologiske tiltag eller behandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler enten ikke er egnet eller ikke vurderes tilstrækkelig i den konkrete situation, må lægen foretage en vurdering af, om der er indikation for at opstarte behandling med afhængighedsskabende lægemidler. I denne sammenhæng fastslår vejledningens afsnit 2.2.1, at lægen forud for enhver ordination skal overveje den forventede effekt og risikoen for uønskede virkninger, især de kognitive bivirkninger og misbrugs- og afhængighedspotentialet. Behandling med afhængighedsskabende lægemidler medfører risici for patientsikkerheden, og ordination skal derfor ske efter en individuel afvejning af behandlingens forventede effekt over for hensynet til at forebygge de nævnte risici og mulige skadevirkninger. Dette følger også af vejledningens afsnit 1.1.

Lægen bør ikke iværksætte behandling med afhængighedsskabende lægemidler, hvis risikoen for uønskede virkninger overstiger fordelene ved behandlingen, herunder behandlingens forventede effekt.

Følgende eksempel illustrerer, at den behandlingsansvarlige læge skal foretage en vurdering af, om der er indikation for behandlingen, og at denne vurdering ikke er afhængig af patientens eventuelle behandlingsønsker:

Case 4 – Manglende indikation for ordination af sovemedicin (stp.dk)

En 32-årig kvinde henvendte sig til sin praktiserende læge, da hun havde symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse og søvnproblemer. Hun ønskede sovemedicin, hvilket den praktiserende læge afviste med henvisning til, at en eventuel diagnose skulle afklares inden medicinering.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik ordineret sovemedicin.

Det blev ikke udtalt kritik, da:

- patienten på relevant vis blev henvist til en psykiater med henblik på afklaring af en eventuel diagnose, således at den videre behandlingsplan kunne fastsættes herefter.
- der ikke var indikation for behandling med sovemedicin på daværende tidspunkt, idet det først skulle afklares, hvorvidt der var en eventuel underliggende diagnose, som kunne være årsag til søvnproblemerne.

Som momenter i vurderingen af indikationen skal lægen overveje eventuelle kontraindikationer til behandling med afhængighedsskabende lægemidler (afsnit 6.1) og forventet behandlingsvarighed (afsnit 6.2), ligesom manglende adgang til journalen skal indgå i lægens vurdering (afsnit 6.3). Ved længerevarende behandling skal lægen desuden foretage en revurdering af indikationen (afsnit 6.4).

6.1. Kontraindikationer

Et vigtigt moment i lægens vurdering af indikationen er, om der er kontraindikationer til behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler, dvs. om der er forhold, der øger risikoen ved at anvende præparatet eller gøre behandlingen uegnet.

Lægen skal udvise særlig opmærksomhed ved ordination til patienter, som har særlig risiko for bivirkninger. Som det fremgår af vejledningens afsnit 2.2.1 drejer det sig bl.a. om:

- ældre patienter og patienter med demens, som kan være særligt udsatte for kognitive bivirkninger, faldtendens, delir mm.
- patienter med nedsat lunge- eller nyrefunktion
- patienter med stort alkoholforbrug og
- patienter, der i forvejen er i behandling med afhængighedsskabende lægemidler eller med lægemidler, der kan hæmme nedbrydningen af afhængighedsskabende lægemidler (lægemiddelinteraktion).

Desuden skal der udvises forsigtighed ved ordination til patienter, der har eller tidligere har haft et stof- eller medicinmisbrug, da de ofte vil være særligt udsatte for ny afhængighedsudvikling. Vejledningens opremsning er

imidlertid ikke udtømmende, og vurderingen af indikationen må derfor basere sig på de individuelle forhold vedrørende den enkelte patient.

Tilstedeværelsen af en kontraindikation er ikke ensbetydende med, at behandlingen ikke kan finde sted. Men det kræver, at lægen udviser større omhu og samvittighedsfuldhed ved vurderingen af, om behandling med afhængighedsskabende lægemidler er egnet, og lægen bør i tvivlstilfælde være tilbageholdende med at behandle med afhængighedsskabende lægemidler.

Følgende eksempel illustrerer, at tilstedeværelsen af kontraindikation ikke i sig selv er afgørende for, om der kan opstartes behandling:

Case 5 – Hashmisbrug var ikke afgørende for ordination (stpk.dk)

En 28-årig mand, der var kendt med tidligere hashmisbrug, tog telefonisk kontakt til sin praktiserende læge, da han havde tandpine og ikke følte sig tilstrækkeligt smertedækket med håndkøbsmedicin. Han ønskede en recept på det smertestillende præparat Tradolan, som er et lægemiddel i opioidgruppen. Dette blev dog afvist.

Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat smertestillende behandling med Tradolan.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- afhængighedsskabende lægemidler som udgangspunkt kun skal ordineres ved personligt fremmøde.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at patientens tidligere hashmisbrug ikke var afgørende for at afvise ordinationen, men at oplysningen var skærpende i forhold til at udvise forsigtighed ved en eventuel ordination og sikre, at der blev udarbejdet en relevant behandlingsplan.

Kontraindikationer kan opdeles i tre kategorier ved gennemgang af vores praksis:

1. somatiske forhold (afsnit 6.1.1)
2. psykiatriske forhold (afsnit 6.1.2)
3. sociale forhold (afsnit 6.1.3).

6.1.1. Somatiske forhold

En række somatiske forhold kan have indflydelse på, om der er indikation for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, ligesom somatiske forhold kan have indflydelse på valg af præparat og dosering.

Vejledningen angiver, at der skal udvises forsigtighed ved ordination til:

1. ældre patienter og patienter med demens
2. patienter med nedsat lunge- eller nyrefunktion

3. patienter, der i forvejen er i behandling med afhængighedsskabende lægemidler eller med lægemidler, der kan hæmme nedbrydningen af afhængighedsskabende lægemidler (lægemiddelinteraktion).

Der er tale om eksempler, da vejledningens opremsning ikke er udtømmende.

Følgende eksempel illustrerer, at somatiske forhold i form af påvirket nyrefunktion kan have indflydelse på valg af præparat:

Case 6 – Omlægning af stærk smertestillende medicin (stpk.dk)

En 88-årig kvinde var kendt med kroniske smerter og påvirket nyrefunktion, og hun var i opioidbehandling med fentanyl-plaster. Under en konsultation på en smerteklinik blev det vurderet, at hendes dosis af opioider skulle nedtrappes, og plasterbehandlingen blev i denne forbindelse omlagt til tabletbehandling med det morfinbaserede præparat Contalgin.

Der blev klaget over, at omlægningen af smertebehandlingen ikke skete på sundhedsfaglig forsvarlig vis.

Der blev udtalt kritik, da:

- nedbrydningen af morfin primært foregår i nyrerne og derfor er afhængig af nyrernes funktion.
- der var risiko for overdosering ved behandling med morfin, da patienten muligvis ikke kunne udskille morfinen på grund af sin nedsatte nyrefunktion.
- morfin generelt ikke anbefales til patienter med svært nedsat nyrefunktion, medmindre der ikke er andre alternativer.
- behandlingen i stedet kunne være omlagt til buprenorfin, der ligesom fentanyl nedbrydes i leveren, og derfor er relativt uafhængig af nyrernes funktion.

Følgende eksempel illustrerer, at der skal udvises forsigtighed ved doseringen som følge af patientens alder:

Case 7 – Opioider til kroniske smertetilstande (stpk.dk)

En 76-årig kvinde, der var kendt med smerter udløst af slidgigt i knæet, var til ambulant kontrol på et sygehus, da hun havde vedvarende stærke smerter i sit knæ efter en operation en måned tidligere. Hun fik ordineret opioidbehandling med depotvirkende Oxycodon i doseringen 10 mg morgen og aften samt hurtigvirkende Oxycodon 5 mg højst seks gange dagligt, og der blev aftalt opfølgning efter to til tre uger.

Der blev bl.a. klaget over behandlingen med Oxycodon.

Der blev udtalt kritik, da:

- den ordinerede dosis var for høj henset til patientens alder.
- der skal udvises særlig opmærksom ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler til ældre patienter, idet de er særligt udsatte for bivirkninger i form af bl.a. svimmelhed, kvalme, opkast og faldtraumer.
- der sædvanligvis bør ske opfølgning efter få dages medicinindtag ved ordination til ældre som følge af risikoen for bivirkninger.

Følgende eksempel illustrerer, at samtidig behandling med anden medicin skal indgå i vurderingen af, om der er indikation for behandling med afhængighedsskabende lægemidler:

Case 8 – Øget risiko ved behandling med flere præparater (stpk.dk)

En 44-årig kvinde, der var kendt med PTSD, angst, brok og et mangeårigt misbrug, var i substitutionsbehandling på et rusmiddelcenter. Grundet forlænget QTc på hendes EKG-målinger blev doseringen af det opioid-baserede præparat Metadon reduceret, samtidig med at doseringen af det morfin-baserede præparat Contalgin blev øget. Patienten fremsatte ønske om, at doseringen af Metadon blev øget, hvilket blev afvist.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik øget sin dosis af Metadon.

Det blev ikke udtalt kritik, da:

- Metadon er kendt for at være QTc forlængende, hvilket betyder, at det medfører forlænget overledning i hjertets elektriske system. Dette kan være fatalt og resultere i rytmeforstyrrelser og i yderste konsekvens hjertestop.
- patienten havde oplyst, at hun selv supplerede med andre QTc forlængende præparater, hvorved risikoen for alvorlige rytmeforstyrrelser/ventrikelflimmer og hjertestop øges.

6.1.2. Psykiatriske forhold

Den anden kategori af kontraindikationer er psykiatriske forhold. Psykiatriske forhold kan udgøre en kontraindikation til behandling med afhængighedsskabende lægemidler, og sådanne forhold skal derfor indgå i vurderingen af indikationen. Psykiatriske forhold kan desuden have indflydelse på valg af præparat og dosering på samme måde som somatiske forhold.

Følgende eksempel illustrerer, at en psykiatrisk diagnose kan have betydning for valg af præparat til behandling af en anden psykiatrisk diagnose:

Case 9 – Omlægning til ikke-afhængighedsskabende præparat (stp.dk)

En 27-årig mand, der var kendt med paranoid skizofreni, ADHD og psykisk lidelse/adfærdsforstyrrelse forårsaget af cannabis, var i behandling med det centralstimulerende lægemiddel Motiron for ADHD. Under et behandlingsforløb i lokalpsykiatrien blev behandlingen med Motiron omlagt til Strattera.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev relevant medicineret for ADHD.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- behandlingen med Motiron ikke var optimal som følge af patientens skizofrenidiagnose. Psykoser er et fremtrædende symptom ved paranoid skizofreni, og Motiron har høj risiko for at fremprovokere psykoser.

6.1.3. Sociale forhold

Sociale forhold udgør den sidste kategori af kontraindikationer. Sociale forhold anvendes i denne sammenhæng, som en samlebetegnelse, der hovedsageligt omfatter uhensigtsmæssigt forbrug af medicin og rusmidler i form af alkohol og andre stoffer.

Vejledningen angiver her, at der skal udvises forsigtighed ved ordination til patienter med stort alkoholforbrug og til patienter, der har eller tidligere har haft et stof- eller medicinmisbrug, da de ofte vil være særligt udsatte for ny afhængighedsudvikling.

Følgende eksempel illustrerer, at lægen skal reagere på patientens oplysninger om alkoholforbrug og inddrage sådanne oplysninger i sin vurdering af indikationen:

Case 10 – Ordination uden fremmøde var konkret relevant (stp.dk)

En 54-årig kvinde, der havde diagnosen personlighedsforstyrrelse, var ved sit lægehus i behandling med to præparater af benzodiazepingruppen, og det var ekstraordinært besluttet, at receptfornyelse kunne ske ved mail- og telefonkonsultationer. På baggrund af patientens oplysninger om tiltagende problemer med alkohol, blev det besluttet, at hun skulle trappes ud af benzodiazepiner, da lægehuset ikke ville udskrive recepter herpå, når hun havde et overforbrug af alkohol.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev relevant behandlet, herunder at hun blev udtrappet af behandling med benzodiazepiner.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- der skal udvises forsigtighed ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler til patienter med et stort alkoholforbrug.
- patientens oplysninger om et tiltagende alkoholforbrug gav grundlag for bekymring i en sådan grad, at der var behov for en fysisk konsultation i lægehuset, hvor det ville være muligt at vurdere graden af alkoholforbruget og tage stilling til, om fortsat behandling med benzodiazepiner var forsvarligt, inden yderligere receptudskrivelse kunne finde sted.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 6.1, illustrerer, at oplysninger om tidligere misbrug kan udgøre en kontraindikation til behandling med afhængighedsskabende lægemidler:

Case 5 – Hashmisbrug var ikke afgørende for ordination (stpk.dk)

En 28-årig mand, der var kendt med tidligere hashmisbrug, tog telefonisk kontakt til sin praktiserende læge, da han havde tandpine og ikke følte sig tilstrækkeligt smertedækket med håndkøbsmedicin. Han ønskede en recept på det smertestillende præparat Tradolan, som er et lægemiddel i opioidgruppen. Dette blev dog afvist.

Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat smertestillende behandling med Tradolan.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- afhængighedsskabende lægemidler som udgangspunkt kun skal ordineres ved personligt fremmøde.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at patientens tidligere hashmisbrug ikke var afgørende for at afvise ordinationen, men at oplysningen var skærpende i forhold til at udvise forsigtighed ved en eventuel ordination og sikre, at der blev udarbejdet en relevant behandlingsplan.

Som tidligere nævnt er vejledningens opremsning ikke udtømmende. Der kan således være andre forhold end de nævnte, som kan have indflydelse på, om behandling med afhængighedsskabende lægemidler er indiceret.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 5.3, illustrerer, at lægen ved mistanke om, at patienten videresælger medicinen, skal inddrage dette i sin vurdering af indikationen:

Case 3 – Mistanke om videresalg kan begrunde dosisreduktion (stpk.dk)

En 45-årig mand, der var kendt med dissemineret sklerose, henvendte sig til sin praktiserende læge med henblik på at få fornyet sin recept på det morfin-baserede præparat Contalgin. Da der var oplysninger om, at patienten tog en mindre dosis end ordineret og havde videresolgt det overskydende medicin, valgte lægen at reducere dosis, og det blev indskærpet over for patienten, at medicinen ikke måtte videresælges.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik fornyet sin smertestillende medicin på tilstrækkelig vis.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- det på baggrund af oplysningerne om patientens reducerede forbrug og videresalg var relevant at reducere dosis af Contalgin.

6.2. Forventet behandlingsvarighed

Et andet moment, der bør indgå i vurderingen af indikationen for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, er den forventede varighed af behandlingen.

Da behandling med afhængighedsskabende lægemidler netop indebærer en risiko for toleransudvikling, afhængighed og misbrug, vil disse præparater ikke altid være egnet til langvarig behandling, hvor denne risiko øges. Langvarig behandling skal i hovedreglen undgås, da balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger vil være ufordelagtig for mange patienter ved langtidsbehandling (mere end to uger). Det fremgår af vejledningens afsnit 3.2.2.

Selvom dette afsnit i vejledningen vedrører behandling med benzodiazepiner, er det ikke ensbetydende med, at lægen kun skal overveje den forventede varighed ved behandling med disse præparater.

Forventet behandlingsvarighed er således et vigtigt moment ved vurderingen af indikationen for behandling med afhængighedsskabende lægemidler uanset lægemidlets type. Dette kommer også til udtryk i vejledningens afsnit 3.1.2, hvoraf det fremgår, at der skal udvises stor tilbageholdenhed med ordination af opioider ved smertetilstande af mere kronisk karakter.

Følgende eksempel illustrerer, at den forventede varighed af behandlingen kan have indflydelse på, om der er indikation for behandlingen:

Case 11 – Langvarig behandling var ikke tilrådelig (stpk.dk)

En 45-årig mand, der var kendt med depression og var i medicinsk behandling herfor, kontaktede sin praktiserende læge via e-konsultationen og oplyste, at han havde problemer med at falde i søvn, da han døjede med uro i benene om aftenen. Han ønskede derfor en recept på det benzodiazepinlignende lægemiddel Imozop, som han tidligere havde været i behandling med. Dette blev afvist, og patienten blev opfordret til at bestille en tid vedrørende uroen i benene.

Der blev bl.a. klaget over, at patienten ikke fik udskrevet en recept på Imozop.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- Imozop ikke er tilrådeligt til behandling af en længerevarende søvnproblematik som følge af risikoen for afhængighed, kognitive bivirkninger og toleransudvikling.
- patienten forinden var trappet ud af Imozop, hvorfor det ikke ville være sundhedsfagligt forsvarligt at genoptage behandlingen.
- patienten blev opfordret til at bestille tid til en lægekonsultation, således at det kunne vurderes, om hans søvnproblemer relaterede sig til depressionen, og om der i så fald skulle foretages ændringer i den medicinske behandling for depression med mere fokus på søvnforstyrrelserne.

Imidlertid kan der forekomme situationer, hvor der er indikation for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, selvom behandlingen forventes at strække sig over mere end to uger. I disse tilfælde skal lægen nøje overveje fordele og ulemper ved behandlingen, og lægens pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed må anses for at være skærpet. Ved behandling i mere end to uger skal behandlingsplanen desuden indeholde en ny aftale med patienten om forventet varighed, videre opfølgning og overvejelser om fremtidigt behandlingsophør. Dette følger af vejledningens afsnit 3.2.2.

Særskilt for ældre patienter fastslår vejledningen, at langtidsbehandling (mere end to uger) med benzodiazepiner og lignende præparater principielt ikke bør finde sted. Kravene til lægens omhu og samvittighedsfuldhed må derfor anses for at være yderligere skærpet, hvis lægen overvejer langvarig behandling af ældre patienter med benzodiazepiner.

6.3. Manglende journaladgang

Manglende journaladgang kan i nogle tilfælde betyde, at det ikke er fagligt forsvarligt at behandle patienten med afhængighedsskabende lægemidler.

Denne situation vil typisk opstå, når en patient, der er i behandling med afhængighedsskabende lægemidler, har skiftet læge og ikke vil give samtykke til, at den nye læge kan indhente journalen ved den tidligere læge.

I disse tilfælde må den nye læge vurdere, om det er fagligt og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at fortsætte behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler. I modsat fald må lægen informere patienten om betydningen af, at lægen ikke har adgang til journalen, og lægen kan eventuelt undlade at udskrive flere recepter.

Alternativt kan lægen iværksætte ned- eller udtrækning af en allerede igangværende behandling, hvis behandlingen ikke kan stoppe brat eksempelvis grundet risiko for alvorlige abstinenssymptomer. Det afgørende vil således være, om manglende ordination vil være til nærliggende risiko for patienten.

Ovenstående er beskrevet i vejledningens afsnit 2.2.3, hvor det også fremgår, at de samme overvejelser vil gøre sig gældende, hvis patienten ikke vil møde til personlig konsultation, vil have lægemidlet udskrevet af en anden end den vanlige læge eller ved begrundet mistanke om, at patienten ikke selv indtager det ordinerede lægemiddel.

Følgende eksempel illustrerer, at lægen skal overveje, om det er fagligt forsvarligt at behandle en patient med afhængighedsskabende lægemidler, når lægen ikke har adgang til journalen:

Case 12 – Manglende adgang til journal (stpk.dk)

En 43-årig mand kontaktede sin praktiserende læge med henblik på receptfornyelse af præparatet Lorazepam, som er et lægemiddel af benzodiazepingruppen. Han var ny patient ved den praktiserende læge, og han havde ikke samtykket til, at den praktiserende læge måtte indhente journalen fra den tidligere læge. Den praktiserende læge fornyede recepten på baggrund af oplysninger i det fælles medicinkort (FMK), og hun oplyste patienten om, at hun ikke fremover kunne påtage sig at udskrive Lorazepam, når hun ikke kendte grundlaget for medicineringen eller behandlingsplanen. Patienten accepterede herefter, at den praktiserende læge kunne indhente journalen fra den tidligere læge.

Der blev bl.a. klaget over, at den praktiserende læge ikke ville forny patientens recept på Lorazepam.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- den praktiserende læge kontrollerede, om patienten i forvejen var i behandling med afhængighedsskabende lægemidler i FMK.
- den praktiserende læge overvejede, om det var fagligt forsvarligt at fortsætte behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler, da

patienten ikke ønskede at give samtykke til, at den praktiserende læge kunne tilgå hans tidligere journal.

Lægen skal også overveje, om det er fagligt forsvarligt at behandle en patient med afhængighedsskabende lægemidler, når:

- patienten har flere samtidige behandlingsforløb ved forskellige læger eller på forskellige behandlingssteder, og
- patienten ikke ønsker at give samtykke til, at de enkelte læger eller behandlingssteder kan udveksle nødvendige oplysninger til brug for behandlingen.

6.4. Revurdering af indikationen

Selvom en læge tidligere har vurderet, at der var indikation for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, kan de konkrete omstændigheder ændre sig, således at indikationen ikke længere er til stede.

Derfor skal lægen med regelmæssige mellemrum foretage en revurdering af indikationen. Dette fremgår af afsnit 2.2.1 i vejledningen, som også angiver en række momenter, der skal indgå i revurderingen.

Lægen skal således tage stilling til:

- klinisk effekt
- bivirkninger
- tegn på afhængighed, toleransudvikling eller misbrug/skadeligt brug af lægemidlet. Det kan eksempelvis være, at forbruget er stigende, eller der er mistanke om, at indtaget primært sigter mod at undgå abstinenser eller at opnå en rusvirkning.

Opmærksomheden bør skærpes, hvis patienten hyppigt rapporterer om mistede recepter eller medicinpakninger eller hyppigt opsøger lægevagt eller andre læger for supplerende ordinationer.

Revurderingen af indikationen skal som udgangspunkt foretages ved hver receptfornyelse. Det følger af vejledningens afsnit 2.2.2. Hvis lægen vurderer, at der ikke er indikation for fortsat behandling med afhængighedsskabende lægemidler, bør lægen seponere behandling.

Hvis behandlingen ikke kan ophøre brat grundet risiko for abstinenssymptomer, bør lægen iværksætte udtrapning. Hvordan denne udtrapning skal foretages, bliver gennemgået nedenfor under afsnit 8.

Følgende eksempel illustrerer, at der bør iværksættes udtrapning, hvis der ikke længere foreligger en klar indikation for fortsat behandling:

Case 13 - Indikation for behandling skal revurderes (stpk.dk)

En 46-årig mand, som led af galdesyremalabsorption, blev indsat i et fængsel, og hans medicin blev i den sammenhæng gennemgået. Sundhedspersonalet bemærkede, at han var i fast behandling med nogle forskellige lægemidler, herunder det hurtigtvirkende og opioid-baserede smertestillende præparat Dolol. Dette valgte sundhedspersonalet at seponere og erstatte med andre ikke-afhængighedsskabende lægemidler.

Der blev bl.a. klaget over ændringen af medicineringen.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- der skal udvises stor tilbageholdenhed ved behandling af langvarige non-maligne smerter med afhængighedsskabende lægemidler, og dette særligt er gældende for så vidt angår hurtigtvirkende lægemidler.

Særligt i forhold til langvarig behandling med benzodiazepiner fastslår vejledningens afsnit 3.2.2, at lægen regelmæssigt skal genoverveje den fortsatte indikation samt forsøge at motivere patienten til at udtrappe behandlingen eller nedtrappe til den mindst mulige dosis.

Patienter, der er i langvarig behandling, skal løbende revurderes, og derudover skal de revurderes særligt grundigt mindst én gang årligt og evt. henvises til 'second opinion' hos anden læge inden for samme eller andet relevant speciale. Den skærpede opmærksomhed på revurderingen af patienter i langvarig behandling med benzodiazepiner skal ses i sammenhæng med udgangspunktet om, at langvarig behandling med disse lægemidler bør undgås, da de skadelige virkninger med tiden ofte vil overstige fordelene ved behandlingen.

Følgende eksempel illustrerer den skærpede opmærksomhed på langvarig behandling med benzodiazepiner:

Case 14 – Manglende indikation for fortsat behandling (stpk.dk)

En 18-årig mand, der var kendt med ADHD, OCD, angst og misbrug af andre euforiserende stoffer, var i behandling på et rusmiddelcenter for blandingsmisbrug af bl.a. benzodiazepiner. Det blev vurderet, at der ikke længere var grundlag for behandling med benzodiazepiner, og patienten skulle herefter nedtrappes i behandling med præparatet Helaxid, som er et lægemiddel af benzodiazepingruppen og er særligt egnet til nedtrapping grundet dets langtidsvirkende effekt.

Der blev klaget over nedtrappingen af benzodiazepiner.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- der ikke var indikation for at fortsætte behandlingen med benzodiazepiner, idet patienten selv havde iværksat behandlingen uden ordination fra en læge, og idet benzodiazepiner ikke havde en gavnlig effekt på patientens tilstand.

6.4.1. Omlægning til ikke-afhængighedsskabende medicin

Konklusionen på lægens revurdering vil nogle gange være, at indikationen for fortsat behandling med afhængighedsskabende lægemidler er tvivlsom, eksempelvis hvis ulemperne overstiger fordelene ved behandlingen. Patienten kan dog fortsat have behov for behandling. I disse tilfælde bør lægen overveje, om patientens behandling kan omlægges til et ikke-afhængighedsskabende lægemiddel for at undgå de uforholdsmæssige ulemper men fortsat imødekomme patientens behandlingsbehov.

Følgende eksempel, som også er beskrevet under afsnit 6.1.2, illustrerer, at det er relevant at overveje, om fortsat behandling med afhængighedsskabende lægemidler er nødvendig, og om behandlingen evt. kan omlægges:

Case 9 – Omlægning til ikke-afhængighedsskabende præparat (stp.dk)

En 27-årig mand, der var kendt med paranoid skizofreni, ADHD og psykisk lidelse/adfærdsforstyrrelse forårsaget af cannabis, var i behandling med det centralstimulerende lægemiddel Motiron for ADHD. Under et behandlingsforløb i lokalpsykiatrien blev behandlingen med Motiron omlagt til Strattera.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev relevant medicineret for ADHD.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- Motiron er et centralstimulerende lægemiddel, der kan medføre afhængighed, mens Strattera hverken er et centralstimulerende lægemiddel eller er påvist at være afhængighedsskabende.
- patienten var i risiko for at udvikle et misbrug af Motiron, idet han var kendt med psykisk lidelse/adfærdsforstyrrelse forårsaget af cannabis.
- Strattera har et mindre misbrugspotentiale end Motiron, og at omlægningen af behandlingen derfor minimerede risikoen for misbrug.

7. Ordination

Vejledningens afsnit 2.2 fastsætter en række krav til selve ordinationen, når lægen har vurderet, at der er indikation for behandling med et eller flere afhængighedsskabende lægemidler.

Disse krav gennemgås i det følgende og har til formål at imødegå de særlige risici som følger af lægemidlernes afhængighedsskabende karakter. Kravene vil som udgangspunkt være gældende for både den oprindelige ordination og ved efterfølgende receptfornyelser eller ændringer.

7.1. Identifikation

Det er som udgangspunkt et krav, at den ordinerende læge skal sikre patientens identitet med en tilstrækkelig høj grad af sikkerhed forud for ordinationen. Dette er en følge af afhængigheds- og misbrugspotentialet ved mange af de afhængighedsskabende lægemidler.

Det nærmere indhold af dette krav er en konkret vurdering afhængig af omstændighederne i den specifikke situation. Det grundlæggende hensyn er dog at sikre, at patienten er den, som vedkommende udgiver sig for at være, således at der ikke ved en fejl bliver udskrevet afhængighedsskabende lægemidler til en tredjeperson. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har i en række sager udtalt kritik for, at læger i forskellige positioner i sundhedsvæsenet ordinerede afhængighedsskabende lægemidler uden anden identifikation af patienten end et mundtligt oplyst CPR-nummer.

Lægen skal ved ordination i vagtlægereggi altid sikre sig patientens identitet ved:

- 1) at se sundhedskort eller anden legitimation med navn, CPR-nummer og adresse
- 2) at søge oplysninger om patientens øvrige ordinationer i FMK.

Det er fastslået i vejledningens afsnit 2.2.4.

Følgende eksempel illustrerer, at et mundtligt oplyst CPR-nummer i sig selv ikke er tilstrækkelig for sikker identifikation af patienten selv i angiveligt akutte situationer:

Case 15 – Misbrug af identitet til ordination af opioider (stpk.dk)

En ukendt kvinde ringede til lægevagten og oplyste, at hun var datter af en 53-årig mand, som hun identificerede med navn og CPR-nummer. Hun fortalte, at han led af lungekræft, havde glemt at få sin smertestillende medicin med hjemmefra og var i stærke smerter. Vagtlægen valgte at ordinere præparatet Orionox, som er et stærkt smertestillende og afhængighedsskabende lægemiddel i opioid-gruppen.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget tilstrækkelig identifikation forud for ordinationen af smertestillende medicin. Den 53-årige mand

oplyste i den forbindelse, at han hverken havde en datter eller led af lungekræft.

Der blev udtalt kritik, da:

- vagtlægen ikke fulgte vejledningens retningslinje om, at ordination af afhængighedsskabende lægemidler ikke bør ske telefonisk, og at vagtlægen i stedet burde have henvist til en personlig konsultation, hvor patientens identitet kunne bekræftes.

7.2. Personligt fremmøde

Et andet grundlæggende krav er, at både ordination og receptfornyelse af afhængighedsskabende lægemidler som udgangspunkt bør foregå ved personligt fremmøde eller sygebesøg, hvor den ordinerende læge har mulighed for at tilse patienten direkte.

Dette krav er relateret til kravet om sikker identifikation og har både til formål at sikre patientens identitet samt at sikre, at lægen har mulighed for at vurdere patientens konkrete tilstand og behandlingsbehov.

Følgende eksempel illustrerer kravet om personligt fremmøde:

Case 16 – Ordination krævede personligt fremmøde (stpk.dk)

En 59-årig kvinde, der kort forinden havde skiftet lægehus, ringede til sin nye praktiserende læge. Her oplyste hun, at hun led af smerter fra en diskusprolaps og gamle arbejds-skader, og at hun var i behandling med præparatet Kodein, som hun ønskede receptfornyelse af. Dette afviste lægen at gøre over telefonen og bad i stedet patienten om at bestille en tid til konsultation.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke ville ordinere medicin uden personligt fremmøde.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- Kodein er et afhængighedsskabende lægemiddel i opioid-gruppen, hvorfor receptfornyelse bør foregå ved personligt fremmøde.

I mange tilfælde vil personligt fremmøde ved lægen være forbundet med besvær, ulempe eller smerte for patienten. Dette er et moment, som taler for at fravige kravet om personligt fremmøde eller sygebesøg, men det er i sig selv ikke tilstrækkeligt til at fravige hovedreglen.

Følgende eksempel illustrerer, at receptfornyelse som udgangspunkt bør foregå ved personligt fremmøde, selv hvor det vil forårsage ulempe for patienten:

Case 17 - Ulempe undtog ikke fra krav om fremmøde (stpk.dk)

En 54-årig kvinde var patient ved en almen lægeklinik og havde fået udskrevet en pakke med præparatet Dolol, som er et smertestillende lægemiddel i opioid-gruppen. Efterfølgende tog hun kontakt til lægehuset og ønskede at få fornyet sin recept, hvilket blev afvist.

Der blev klaget over, at patienten ikke kunne få receptfornyelse via email-konsultation, uanset at personligt fremmøde medførte store ulemper for hende.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- Dolol er et afhængighedsskabende lægemiddel, og receptfornyelse derfor som udgangspunkt kræver enten personligt fremmøde eller sygebesøg.
- det faktum, at personligt fremmøde var forbundet med ulempe for patienten, ikke i sig selv var tilstrækkeligt til at fravige dette udgangspunkt.

7.2.1. Sygebesøg

Vejledningens afsnit 2.2.2 forudsætter, at den ordinerende læge tilser patienten personligt i forbindelse med både ordination og receptfornyelse af afhængighedsskabende lægemidler. Dette kan ske ved, at patienten møder ind til konsultation hos den ordinerende læge. Da det afgørende moment er, at lægen har tilset patienten, og ikke hvor dette finder sted, vil det i lige grad kunne ske i forbindelse med, at lægen er på sygebesøg eller på anden måde personligt tilser patienten.

Følgende eksempel illustrerer, at personligt fremmøde i lægeklinikken og sygebesøg er ligeværdige muligheder:

Case 18 - Sygebesøg opfyldte krav om personligt fremmøde (stpk.dk)

En 90-årig kvinde blev tilset af en vagtlæge, da personalet på hendes plejehjem havde anmodet om et sygebesøg til undersøgelse af en urinvejsinfektion. Vagtlægen gennemførte sygebesøg og vurderede, at hun var terminal, hvorefter vagtlægen ordinerede hende morfin og en tryghedspakke.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev tilset og smertelindret tidligere.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- vagtlægen foretog et sygebesøg, hvor han havde mulighed for at vurdere patientens tilstand og behov, inden han ordinerede afhængighedsskabende lægemidler til hende.

7.2.2. Fravigelse af udgangspunktet

Vejledningens udgangspunkt om, at ordination og receptfornyelse af afhængighedsskabende lægemidler kun bør ske ved enten personligt fremmøde eller sygebesøg er dog ikke ufravigeligt. Dette følger både af den omstændighed, at vejledninger per definition kan fraviges, hvis der foreligger konkrete omstændigheder som med tilstrækkelig vægt taler for, men det følger også direkte af vejledningens afsnit 2.2.2, at det efter en individuel vurdering undtagelsesvist kan besluttes, at personligt fremmøde eller sygebesøg ikke er nødvendigt ved hver receptfornyelse.

Præcist under hvilke omstændigheder hovedreglen om personligt fremmøde kan fraviges afhænger som nævnt af en konkret individuel vurdering.

Vejledningen forudsætter, at fravigelse kan ske i de tilfælde, hvor patienten er i et stabilt og lægeligt velbegrunderet længerevarende behandlingsforløb, og hvor der foreligger en detaljeret behandlingsplan. Dette kan eksempelvis være tilfældet ved behandling af kroniske smertepatienter eller vedligeholdelsesbehandling af stabile ADHD-patienter. Der kan i denne forbindelse henvises til vejledningens afsnit 3.1.3 og 3.3.1.

Følgende eksempel, som også er beskrevet under afsnit 6.1.3, illustrerer, at visse omstændigheder kan begrunde, at hovedreglen om receptfornyelse ved personligt fremmøde fraviges, samt at den behandlingsansvarlige læge regelmæssigt bør overveje, om disse omstændigheder fortsat er til stede:

Case 10 - Ordination uden fremmøde var konkret relevant (stpk.dk)

En 54-årig kvinde, der havde diagnosen personlighedsforstyrrelse, var ved sit lægehus i behandling med to præparater af benzodiazepingruppen, og det var ekstraordinært besluttet, at receptfornyelse kunne ske ved mail- og telefonkonsultationer. På baggrund af patientens oplysninger om tiltagende problemer med alkohol, blev det besluttet, at hun skulle trappes ud af benzodiazepiner, da lægehuset ikke ville udskrive recepter herpå, når hun havde et overforbrug af alkohol.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev relevant behandlet, herunder at hun blev udtrappet af behandling med benzodiazepiner.

Der blev ikke udtalt kritik for, at receptfornyelserne indledningsvist skete ved mail- eller telefonkonsultation, da:

- det undtagelsesvist blev vurderet, at patienten havde haft et langvarigt og stabilt behandlingsforløb med benzodiazepiner, da

lægehuset havde et indgående kendskab til hende, og da der var lagt en detaljeret behandlingsplan. Videre blev der lagt vægt på, at patienten havde vanskeligt ved personligt fremmøde grundet angst.

Der blev dog heller ikke udtalt kritik for, at lægehuset besluttede, at denne mulighed skulle ophøre, da:

- nye oplysninger om patientens øgede alkoholforbrug, som almindeligvis frarådes i kombination med benzodiazepin, gjorde, at patientens behandling ikke længere var tilstrækkeligt uproblematisk til, at ordination kunne ske ved mail- eller telefonkonsultationer.

Andre omstændigheder end de ovennævnte kan også tale for, at der undtagelsesvist kan ordineres afhængighedsskabende lægemidler, uden den ordinerende læge personligt tilser patienten. Det gælder for eksempel den situation, hvor en anden sundhedsperson er til stede og har mulighed for at tilse patienten og således kan videregive sine observationer til den ordinerende læge. Dette er ikke i sig selv tilstrækkeligt til at fravige hovedreglen, men det kan være et væsentligt moment, som taler for at gøre undtagelse.

Følgende eksempel, som også er beskrevet under afsnit 6.1.1, illustrerer, at tilstedeværelsen af en sygeplejerske taler for, at der kan gøres undtagelse til hovedreglen. Videre illustrerer sagen samtidigt, at andre forhold, som ikke er nævnt i vejledningen, kan være af betydning:

Case 6 – Omlægning af stærk smertestillende medicin (stpk.dk)

En 88-årig kvinde, som var kendt med kroniske smerter og var i et længerevarende behandlingsforløb med opioider, havde en telefonkonsultation med hendes behandlingsansvarlige læge på en smerteklinik. Her blev det aftalt, at hun skulle begynde nedtrapning, og lægen omlagde hendes smertestillende behandling fra fentanyl-plastre til morfin-tabletter.

Der blev klaget over, at omlægningen af smertebehandlingen ikke skete på sundhedsfaglig forsvarlig vis.

Der blev udtalt kritik for det nye præparat der blev omlagt til, men ikke for at denne ændring skete over telefonen, da:

- patienten havde en hjemmesygeplejerske, som deltog i telefonkonsultationen, og som skulle deltage i administrationen af de smertestillende tabletter.
- ordinationen fandt sted under en periode med øget smitterisiko i samfundet for Covid-19, og at der derfor var et hensyn til at begrænse denne risiko.

7.3. Vedligeholdelsesbehandling

Patienter, som er i fast behandling med afhængighedsskabende lægemidler, vil ofte ikke kunne pausere eller stoppe behandlingen brat. Det skyldes risikoen for alvorlige abstinenssymptomer og hensyn til den underliggende sygdom, som begrundet behandlingen. Derfor vil den behandlingsansvarlige læge som udgangspunkt være forpligtet til at sikre, at patienten har tilstrækkeligt medicin til at holde sig dækket, forudsat at patienten følger behandlingsplanen. Dette er særligt vigtigt at være opmærksom på ved eksempelvis:

- lægeskift
- aflysning af konsultationer til receptfornyelse
- henvisning til andre behandlingssteder
- lægens ferie.

Følgende eksempel illustrerer, at lægen skal sørge for, at patienten har tilstrækkelig medicin indtil næste konsultation:

Case 19 - For sen tid til receptfornyelse (stpk.dk)

En 32-årig kvinde var i behandling med det opioid-baserede lægemiddel Metadon. Hendes tid til receptfornyelse i hendes lægehus blev aflyst, og i stedet blev hun tilbudt en tid ni dage senere.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik en tid til receptfornyelse tilstrækkeligt hurtigt.

Der blev udtalt kritik, da:

- patientens eksisterende recept ikke dækkede de ni dage op til hendes nye tid, hvilket resulterede i, at patienten i flere dage ikke var medicindækket. Hun burde være tilbudt en tidligere tid til receptfornyelse.

Hvis det ikke er muligt at tilbyde patienten en tid til receptfornyelse, inden patienten løber tør for medicin, kan det i stedet være relevant undtagelsesvist at forny recepten over en telefonkonsultation. Der bør i så fald udskrives mindst mulige mængde, som rækker indtil tiden for receptfornyelse. Dette uddybes under afsnit 7.3.1.

I den situation, hvor patienten ikke samarbejder omkring behandlingen, eksempelvis ved at tage større eller hyppigere doser end ordineret og derfor ikke har tilstrækkeligt medicin til at holde sig dækket indtil næste planlagte receptfornyelse, bør den behandlingsansvarlige læge overveje, om det fortsat er forsvarligt at behandle patienten.

Lægen bør som udgangspunkt indskærpe vigtigheden af at følge behandlingsplanen over for patienten og eventuelt overveje, om behandlingen bør reduceres eller seponeres. Lægen bør overveje at henvise patienten til et behandlingssted med bedre muligheder for at kontrollere patientens forbrug, eksempelvis et rusmiddelcenter eller sygehusafdeling, hvis behandlingen ikke

kan reduceres eller seponeres på grund af eksempelvis risiko for alvorlige abstinenssymptomer, eller hvis behandlingen ikke har tilstrækkelig effekt. Dette svarer til overvejelserne i vejledningens afsnit 2.2.3.

7.3.1. Minimumspakning

Hensynet til at holde patienter medicindækket, indtil de enten kan få en ny recept eller indtil behandlingsansvaret overgår til en ny behandler, bør dog afvejes over for hensynet til ikke at udskrive større mængder af det pågældende afhængighedsskabende lægemiddel end nødvendigt.

Den ordinerende læge bør derfor som udgangspunkt udskrive den minimale mængde af lægemidlet, som kan forventes at holde patienten medicindækket, i den mindst mulige pakning. Det afgørende hensyn er, at patienten skal holdes tilstrækkeligt medicindækket, indtil recepten kan fornyes, eller behandlingsansvaret overgår, men der kan ikke opstilles krav om behandling herudover.

Følgende eksempel illustrerer, hvordan dette kan foregå i praksis:

Case 20 - Mindst mulige pakkestørrelse var tilstrækkelig (stpk.dk)

En 52-årig mand, som var kendt med angst og var i behandling med det benzodiazepin-baserede lægemiddel Oxabenz, kontaktede flere gange over en måned sit lægehus for at få ordineret yderligere Oxabenz, da han var løbet tør. Lægehuset, som tidligere havde henvist ham til et psykiatrisk behandlingssted, som skulle overtage Oxabenz-behandlingen, fornyede patientens recept med en pakke med 25 tabletter, i modsætning til de pakker han tidligere havde fået med 100 tabletter.

Der blev klaget over, at patienten fik udskrevet en recept på 25 piller, frem for på 100 stk.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- patienten havde flere forhold, som kontraindicerede behandling med benzodiazepiner, og da hensigten med receptfornyelsen udelukkende var at holde ham medicindækket, indtil det psykiatriske behandlingssted havde mulighed for at overtage hans behandling.

7.4. Ordination til pårørende

Lægen bør som det klare udgangspunkt ikke ordinere afhængighedsskabende lægemidler til sig selv eller til pårørende, og at lægen bør overlade dette til en anden læge. Det er fastslået i vejledningens afsnit 2.2.5.

Hvis dette helt undtagelsesvist ikke er muligt, kan ordination til eget brug eller til pårørende være sundhedsfagligt forsvarlig, men det forudsætter, at

ordinationen begrænses til så kort en periode som muligt, og at der udvises samme grad af omhu og samvittighedsfuldhed, som ved enhver anden patientbehandling.

Følgende eksempel illustrerer både, at ordination af afhængighedsskabende lægemidler til familiemedlemmer som hovedregel ikke bør finde sted, samt at hvis det alligevel er nødvendigt, bør de øvrige krav til ordination af afhængighedsskabende lægemidler fortsat iagttages:

Case 21 - Ordination til familiemedlem (stpk.dk)

En 31-årig mand, som var kendt med en bipolar lidelse, fik ordineret et benzodiazepin-baseret lægemiddel af et familiemedlem, som var praktiserende læge, da han havde det psykisk dårligt, ikke var i kontakt med sin egen praktiserende læge og afventede at overgå til et nyt psykiatrisk behandlingssted.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke på relevant vis ordinerede et beroligende middel.

Der blev udtalt kritik, da:

- patienten og den ordinerende læge var familiemedlemmer, hvorfor ordination af afhængighedsskabende lægemidler som hovedregel ikke må finde sted. Den praktiserende læge burde i stedet have henvist patienten til konsultation hos en anden praktiserende læge.
- der ikke i forbindelse med ordinationen af benzodiazepinen blev lagt en behandlingsplan, samt at ordinationen foregik telefonisk, uden personligt fremmøde.

8. Aftrapning og behandlingsophør

Som følge af de afhængighedsskabende lægemidlers karakter kan det i mange tilfælde være sundhedsfagligt uforvarsomt at seponere en længerevarende behandling med et afhængighedsskabende lægemiddel brat, og det vil være nødvendigt at foretage aftrapning af lægemidlet. Dette beskrives i vejledningens afsnit 2.2.7.

Som udgangspunkt vil det være relevant at opstille en behandlingsplan for selve aftrapningen for at sikre, at den bliver gennemført uden unødvendige risici for patienten. Denne behandlingsplan bør både omhandle detaljer omkring selve nedskaleringen af dosering, og evt. hvilke andre præparater, der skal suppleres med eller ændres til, men bør også omfatte non-farmakologiske tiltag såsom psykosocial støtte, i det omfang det er relevant.

Følgende eksempel illustrerer vigtigheden af, at aftrapning tilrettes med en præcis plan om gradvis nedtrapning under hensyntagen til patientens individuelle forhold:

Case 22 - Ikke offentliggjort

En 68-årig kvinde, som led af knæ smerter og som havde været i fast behandling med det smertestillende opioid Tramadol igennem flere år, var til konsultation hos sin praktiserende læge, som vurderede, at hun skulle nedsættes fra en ugentlig dosis på 2800 mg til en ugentlig dosis på 150 mg.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev tilstrækkeligt smertebehandlet.

Der blev udtalt kritik, da:

- det var en meget stor nedgang i dosis, og da patienten havde været i den høje dosis igennem lang tid, hvorfor den praktiserende læge burde have udfærdiget en længerevarende nedtrappingsplan, med præcis angivelse for tidsintervallerne mellem nedgang i dosis.

Behandlingsplanen bør som udgangspunkt laves i forbindelse med alle aftrapninger af afhængighedsskabende lægemidler, men detaljegraden bør afhænge af en konkret vurdering. Det er særligt vigtigt, at behandlingsplanen er klar og detaljeret, når det er hensigten, at ansvaret for behandlingen skal overgå til en anden læge. Som eksempel kan nævnes situationen, hvor en smertebehandling påbegyndes på en smerteklinik og derefter skal varetages ved patientens praktiserende læge.

Det kan dog være vanskeligt at gennemføre en aftrapning, og det kan omfatte en lang række komplikationer af både farmakologisk og non-farmakologisk karakter. Det kan derfor ofte være relevant at henvise patienten til et mere specialiseret behandlingssted, som har større ekspertise og bedre muligheder for at gennemføre nedtrappingen. Særligt kan det være relevant at henvise, hvis et aftrapningsforsøg allerede er mislykkedes.

Følgende eksempel illustrerer under hvilke omstændigheder det kan være relevant at henvise en patient til mere specialiserede behandlere med henblik på aftrapning.

Case 23 – Henvisning til nedtrapping hos specialister (stpk.dk)

En 57-årig kvinde havde igennem længere tid modtaget opioid-baseret smertebehandling ved sin praktiserende læge, som dog havde påbegyndt nedtrapping af denne behandling. Efter der opstod vanskeligheder ved udtrappingen, bl.a. i form af, at patienten tog større mængder smertestillende end planlagt, henviste den praktiserende læge hende til videre behandling på henholdsvis en psykiatrisk akutmodtagelse og en smerteklinik.

Der blev klaget over, at udtrappingen ikke foregik på relevant vis.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- det var relevant at henvise til en psykiatrisk akutmodtagelse, idet denne havde erfaring med akut abstinensbehandling.
- det var relevant at henvise til en smerteklinik, idet denne havde erfaring i mere langvarig nedtrapning og smertebehandling.

8.1. Abstinensbehandling

Ofte vil en patient i forbindelse med aftrapning af behandling med afhængighedsskabende lægemidler risikere at opleve abstinenssymptomer af forskellig art. Det kan bl.a. imødekommes med en relevant behandlingsplan med tilstrækkelig tid mellem dosisreduktion og uden for store dosisændringer ad gangen. Imidlertid vil det ikke altid være muligt at undgå abstinenssymptomerne. Der kan også være situationer, hvor det er nødvendigt at seponere et afhængighedsskabende lægemiddel brat uden mulighed for forudgående nedtrapning. Det kan for eksempel være tilfældet, hvis det afhængighedsskabende lægemiddel forårsager alvorlige og uacceptable bivirkninger.

I disse situationer kan det være nødvendigt at behandle abstinenssymptomerne direkte, om nødvendigt med trangsdæmpende eller beroligende lægemidler, som i sig selv kan være afhængighedsskabende og vil kræve nedtrapning før seponering.

Følgende eksempel illustrerer både, under hvilke omstændigheder det kan være relevant at anvende et afhængighedsskabende lægemiddel til at afhjælpe abstinenser, men også hvilke forholdsregler og overvejelser der i den sammenhæng bør tages:

Case 24 - Relevant nedtrapning og ikke ansvarlig for personale (stpk.dk)

En 35-årig mand var indlagt på et rusmiddelcenter til behandling for kokainmisbrug. Til at afhjælpe patientens abstinenssymptomer fik han bl.a. ordineret det benzodiazepin-baserede og afhængighedsskabende præparat Risolid.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev forsvarligt nedtrappet.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- det var relevant at opstarte patienten i behandling med Risolid til behandling af hans abstinenssymptomer, idet han havde haft et stort forbrug af kokain og som følge heraf oplevede en voldsom psykisk trang, der vanskeligt kunne afhjælpes på anden vis, og idet tidligere behandlingsforsøg var mislykkedes.

- der blev lagt en sundhedsfagligt forsvarlig plan for Risolid-behandlingen, hvor der blev taget hensyn til at undgå, at patienten udviklede afhængighed af dette præparat, specifikt at han kun skulle være i behandling med det i en kortere periode.

9. Behandlers ansvar

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at der lægges en behandlingsplan og løbende foretages opfølgning med patienter i behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Behandlingsplanen skal angive:

- den forventede behandlingsvarighed
- målet med behandlingen
- planlagt opfølgning

Formålet med ovenstående er i videst muligt omfang at forhindre udvikling af tolerans, afhængighed og andre uønskede følgevirkninger og sikre at patienten ikke behandles med afhængighedsskabende lægemidler længere end højst nødvendigt.

Ved opfølgning på igangværende behandling skal behandlingsplanen revurderes, og eventuelle ændringer aftales og journalføres. Dette fremgår af vejledningens afsnit 2.2.7.

Den behandlingsansvarlige læge er som udgangspunkt den læge, der har iværksat behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler. Dette vil ofte være patientens praktiserende læge, men det kan dog forekomme, at en anden læge har opstartet behandlingen og derfor vil være ansvarlig herfor, indtil patienten kan overgives til sin praktiserende læge. Det vil eksempelvis være tilfældet ved indledning af behandling med centralstimulerende lægemidler, som er en specialistopgave og derfor ikke kan iværksættes i almen praksis.

Det fremgår således af afsnit 3.1.1 i vejledningen, at behandling for opmærksomhedsforstyrrelse (hyperkinetisk forstyrrelse) i udgangspunktet varetages af speciallæger i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri og behandling for narkolepsi af neurologiske speciallæger. Fortsat behandling kan, efter en konkret vurdering, varetages i andet regi, eksempelvis hos pædiater eller praktiserende læge.

Når behandlingsansvaret overgives, har den læge, der hidtil har varetaget behandlingen, ansvar for at der foreligger en behandlingsplan og for at videreformidle denne, om nødvendigt ved at tage personlig kontakt til den læge, der fremover bliver behandlingsansvarlig. Dette følger af afsnit 2.2.7 i vejledningen.

Dette må dog fraviges, i den situation hvor patienten skifter læge og ikke samtykker til, at journalen overgives til den nye læge. Der henvises i denne forbindelse til afsnit 6.3.

9.1. Flere involverede læger

Som udgangspunkt bør al behandling med afhængighedsskabende lægemidler varetages af én læge. Dette skyldes, at behandlingen er forbundet med risici grundet lægemidlernes karakter, og disse risici kan forøges ved samtidig behandling med flere afhængighedsskabende lægemidler, jf. vejledningens afsnit 2.2.3.

Inden en læge udskriver afhængighedsskabende lægemidler til en patient, skal lægen derfor kontrollere, om patienten i forvejen behandles med afhængighedsskabende lægemidler. Det kan eksempelvis ske ved opslag i patientens journal eller det fælles medicinkort (FMK).

Hvis lægen har kendskab til, at patienten behandles med afhængighedsskabende lægemidler andetsteds, bør lægen afholde sig fra at udskrive dette lægemiddel til patienten og i stedet henvise patienten til at kontakte den læge eller det behandlingssted, som varetager behandlingen med det afhængighedsskabende lægemiddel.

Dette illustreres af følgende eksempel:

Case 25 – Receptudskrivelse skulle ske ved smerteklinik (stpk.dk)

En 37-årig mand kontaktede sin praktiserende læge, da han ønskede en recept på det opioid-baserede depotpræparat Oxycontin. Patienten var tilknyttet en smerteklinik, og han blev henvist til at kontakte smerteklinikken med henblik på medicinudskrivelse.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik udskrevet en recept på Oxycontin.

Det blev ikke udtalt kritik, da:

- det var relevant at henvise patienten til at kontakte smerteklinikken, idet patienten normalt fik udskrevet smertestillende medicin ved smerteklinikken.
- det er vigtigt, at der kun er én behandlende læge, når patienten er tilknyttet en smerteklinik og behandles med afhængighedsskabende lægemidler.

Imidlertid kan det forekomme, at flere læger bliver involveret i patientens behandling eksempelvis i forbindelse med den sædvanlige læges ferie. I denne sammenhæng fastslår vejledningens afsnit 2.2.3, at hvor der kan forventes behov for receptfornyelse under lægens ferie eller andet fravær, træffer lægen aftale med patienten og en anden læge om ordination i den pågældende periode, således at patienten ikke selv er henvist til at søge andre læger, herunder vagtlæger.

Den anden læge udskriver kun mindst mulige mængde, som kan række til, at patienten igen kan kontakte egen læge. Der kan i denne forbindelse henvises til afsnit 7.3, hvoraf det fremgår, at den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at patienten holdes medicindækket.

Hvis flere læger er involveret i behandlingen som følge af den sædvanlige læges fravær, er det vigtigt, at den vikarierende læge iagttager den behandlingsplan, der er lagt af den behandlingsansvarlige læge.

Det skyldes, at den behandlingsansvarlige læge har gjort sig overvejelser vedrørende behandlingen, herunder har lægen vurderet indikationen for behandlingen, ligesom lægen har inddraget risikoen for afhængighed i sin vurdering. Den behandlingsansvarlige læge har typisk også et godt kendskab til patienter, der har været tilknyttet samme læge i en længere årrække. Andre læger må derfor antage, at der er en velovervejet begrundelse for behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler, og en vikarierende læge bør ikke lave ændringer i behandlingen uden inddragelse af den behandlingsansvarlige læge.

Følgende eksempel illustrerer, at det er vigtigt at følge den behandlingsansvarlige læges behandlingsplan i de tilfælde, hvor der er flere involverede læger:

Case 26 - Vikarierende læge fulgte behandlingsplanen (stpk.dk)

En 53-årig mand var i behandling for langvarige rygsmerter med det morfin-baserede præparat Contalgin og havde tidligere været i behandling med det semi-syntetiske opioidpræparat Oxycontin. Under den sædvanlige praktiserende læges ferie kontaktede patienten en anden praktiserende læge med ønske om at få udskrevet Oxycontin. Dette blev afslået af den praktiserende læge, som i stedet tilbød at ordinere Contalgin.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke udskrev en recept på Oxycontin.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- patientens sædvanlige praktiserende læge havde det overordnede behandlingsansvar og havde lagt en behandlingsplan, hvorefter patienten aktuelt skulle behandles med Contalgin.
- den praktiserende læge fulgte den lagte behandlingsplan.
- der ikke var tungtvejende grunde, som gav anledning til at fravige behandlingsplanen, som var udarbejdet af den behandlingsansvarlige læge.

I forlængelse heraf fastslår afsnit 2.2.3 i vejledningen, at der bør foreligge en klar aftale om hvilken læge eller hvilket behandlingssted, der udskriver hvilke præparater, når patienten har flere behandlingsforløb hos forskellige læger

eller behandlingssteder, som alle ordinerer afhængighedsskabende lægemidler. Som eksempel nævner vejledningen samtidige behandlingsforløb på sygehuse, i speciallægepraksis og på et rusmiddelcenter. Denne oprensning kan dog ikke anses for udtømmende.

10. Smertetyper

En af de primære indikationer for behandling med afhængighedsskabende lægemidler er smertetilstande, og behandling vil typisk ske med lægemidler i opioid-gruppen. Da denne type lægemidler er meget effektivt til smertebehandling men samtidigt både har et højt misbrugspotentiale og en høj risiko for at medføre afhængighed, er det vigtigt, at der ved behandling med disse lægemidler tages særlige forholdsregler.

De involverede risici er dog ikke de samme for alle smertetyper. Vejledningen indeholder derfor forskellige retningslinjer for:

- akutte smerter
- langvarige/kroniske non-maligne smerter
- cancersmertetilstande og palliativ behandling.

For alle smertetyperne er det dog vigtigt at være opmærksom på, at det ikke altid vil være muligt at opnå fuldstændig smertelindring, uanset dosis, og smertelindringen må afvejes overfor de bivirkninger, som patienten kan risikere at opleve.

10.1. Akutte smerter

Akutte smerter er beskrevet i vejledningens afsnit 3.1.2. Her fremgår det, at stærke, nyopståede akutte smerter, som postoperative smerter eller smerter efter et traume, ofte vil indicere behandling med opioid-baserede smertestillende lægemidler grundet deres effektivitet og den relativt lave risici for afhængighed ved kortvarig behandling.

Risikoen for afhængighed bør dog stadig overvejes, og der bør stadig lægges en plan for den pågældende behandling. Der bør især udvises forsigtighed, hvis patienten har forhold, som øger risikoen for afhængighed, eksempelvis tidligere misbrug.

Følgende eksempel illustrerer betydningen af, om en patients smerter er akut opståede for så vidt angår ordination af afhængighedsskabende lægemidler:

Case 27 - Relevant at afvise opioid til ikke-akutte smerter (stpk.dk)

En 21-årig kvinde kontaktede lægevagten to gange over to døgn, da hun oplevede kraftige mavesmerter. Vagtlægen valgte ikke at ordinere hende stærkere smertestillende lægemidler, end hun kunne få ved håndkøb, og anbefalede hende at kontakte sin praktiserende læge for yderligere behandling.

Der blev klaget over, at der ikke blev givet tilstrækkelig smertebehandling.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- patientens smerter ikke var akutte, og da behandling med afhængighedsskabende lægemidler, såsom morfin, udelukkende bør anvendes i lægevagtregi til behandling af nyopstået og akut sygdom eller tilskadekomst.

Den pågældende sag omhandlede specifikt behandling i lægevagten, men tilsvarende vil det i almindelighed gøre sig gældende, at jo mere akutte patientens smerter er, og jo mere kortvarige de forventes at være, des mindre tilbageholdenhed bør der udvises med at behandle dem med afhængighedsskabende lægemidler.

Som følge heraf, og som beskrevet i vejledningens afsnit 3.1.2, bør der udvises tilbageholdenhed med brug af afhængighedsskabende lægemidler til at behandle smerter af mere tilbagevendende karakter, eller smerter på grænsen til det kroniske. Som eksempler herpå kan bl.a. nævnes kraftige menstruationssmerter eller tilbagevendende migræne.

10.2. Langvarige/kroniske non-maligne smerter

Afhængighedsskabende lægemidler er som udgangspunkt frarådet til behandling af langvarige eller kroniske smerter, og det fremgår af vejledningens afsnit 3.1.3, at opioid-behandling aldrig bør være førstevalg. Dette skyldes, at risikoen for afhængighed og andre uønskede bivirkninger øges, jo længere behandlingen varer, samt at kroniske smertetilstande ofte er mere komplicerede end akutte eller kortvarige smertetilstande og kan indebære både fysiologiske, psykiske og sociale aspekter.

Der bør således udvises tilbageholdenhed med behandling af langvarige eller kroniske smerter med afhængighedsskabende lægemidler. Det betyder dog ikke, at det aldrig kan være relevant eller sundhedsfagligt forsvarligt at behandle med disse lægemidler.

Den behandlende læge skal dog afveje patientens konkrete behandlingsbehov overfor de involverede risici, herunder særligt risikoen for at udvikle afhængighed. Som det klare udgangspunkt vil det derfor altid være relevant for den behandlende læge at overveje, om patientens smerter kan behandles

på anden vis. Det kan enten være ved non-farmakologiske tiltag, eksempelvis i form af træning, ergoterapi eller psykologhjælp, eller ved medicinsk behandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler.

Følgende eksempel illustrerer betydningen af at have afklaret mulighederne for behandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler:

Case 28 - Ikke-afhængighedsskabende muligheder var afprøvet (stp.dk)

En 77-årig var kendt med spinalstenose og oplevede som følge heraf betydelige kroniske smerter. Da hendes smerter forværredes kontaktede hun sin praktiserende læge, som ordinerede daglig behandling med præparatet Tramadol, som er et afhængighedsskabende lægemiddel i opioid-gruppen.

Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat en akut indlæggelse henset til patientens symptomer.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- det var relevant at behandle med et afhængighedsskabende lægemiddel, idet patienten allerede var i smertebehandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler, som ikke havde en tilstrækkelig smertelindrende effekt.

En situation, der kan opstå og kræver særlig opmærksomhed fra den behandlingsansvarlige læge, er, når en patient med kroniske eller langvarige smerter yderligere oplever akutte smerter, som kan være enten relaterede eller urelaterede til de kroniske smerter.

I denne situation er det vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge inddrager de særlige risici involveret som følge af patientens kroniske smerter, og at lægen enten kun anvender ikke-afhængighedsskabende lægemidler til smertebehandlingen, eller anvender det afhængighedsskabende lægemiddel i depotform, hvis ikke-afhængighedsskabende lægemidler ikke er tilstrækkelige. Kun som sidste løsning kan hurtigtvirkende afhængighedsskabende lægemidler anvendes til behandling af kroniske smertepatienter. Dette gælder selv i de situationer, hvor patientens akutte smerter er urelaterede til de kroniske smerter.

Følgende eksempel illustrerer vigtigheden af at udvise tilbageholdenhed med behandling af kroniske smertepatienter med afhængighedsskabende lægemidler, herunder i situationen hvor patienten også oplever akutte smerter:

Case 7 - Opioider til kroniske smertetilstande (stp.dk)

En 76-årig kvinde, der var kendt med smerter udløst af slidgigt i knæet, var til ambulant kontrol på et sygehus, da hun havde vedvarende stærke smerter i sit knæ efter en operation en måned tidligere. Hun fik ordineret opioidbehandling med depotvirkende Oxycodon i doseringen 10 mg morgen og aften samt hurtigtvirkende Oxycodon 5 mg højst seks gange dagligt, og der blev aftalt opfølgning efter to til tre uger.

Der blev bl.a. klaget over behandlingen med Oxycodon.

Der blev udtalt kritik, da:

- der var tale om kroniske non-maligne smerter i form af knæ smerter, der var udløst af slidgigt og forværret af det operative indgreb.
- den behandlingsansvarlige overlæge ordinerede patienten en kombinationsbehandling med hurtigtvirkende og depotvirkende Oxycodon.
- behandling af kroniske smertepatienter som udgangspunkt ikke bør foregå med Oxycodon, og særligt ikke med hurtigtvirkende Oxycodon.
- overlægen burde have søgt at behandle patientens postoperative smerter med andre behandlingsmuligheder som førstevalg.

I visse situationer vil det være nødvendigt enten at reducere eller seponere en kronisk smertepatientens faste behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Det kan eksempelvis være, hvis den behandlingsansvarlige læge overtager ansvaret for en ny patient og vurderer, at der ikke er indikation for behandlingen, fordi forhold hos patienten har ændret sig, eller fordi lægen har grund til at antage, at behandlingen med succes kan helt eller delvist omlægges til en anden behandling med færre risici. I sådanne situationer vil det være relevant for lægen at sikre aftrapningen foregår på en sikker måde, som beskrevet under afsnit 8.

Lægen bør henvise patienten til relevante speciallæger eller selv konferere med specialisterne, hvis der er tvivl om, hvorvidt det vil være relevant at ændre på patientens behandling.

10.3. Cancersmertetilstande og palliativ behandling

Det følger af vejledningens afsnit 3.1.4, at det primære formål med behandling af maligne smerter og palliativ behandling ikke er at helbrede patienten, men derimod at afhjælpe patientens lidelser i videst muligt omfang.

Behandlingen bør således tilrettelægges med henblik på at afhjælpe patientens lidelser, og derfor er hensynet til at undgå afhængighed eller andre langsigtede bivirkninger af mindre betydning. Som udgangspunkt bør

smertebehandlingen tilrettelægges i form af en stabil, døgndækkende smertelindring med langtidsvirkende præparater. Modsat kronisk eller langvarig smertebehandling bør patienten dog altid have adgang til en tilstrækkelig mængde af hurtigtvirkende lægemidler med henblik på at afhjælpe eventuelle gennembrudssmerter.

Selvom hensynet til at undgå afhængighed og andre langsigtede bivirkninger ikke er så tungtvejende som ved andre patientgrupper, skal lægen fortsat udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved behandling af patienter med maligne smerter. Dette indebærer, at lægen fortsat skal iagttage visse grundlæggende krav for behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Følgende eksempel, som også er beskrevet under afsnit 7.2.1, illustrerer, at kravet om personlig konsultation er gældende selv i situationer, hvor patienten er døende:

Case 18 - Sygebesøg opfyldte krav om personligt fremmøde (stpk.dk)

En 90-årig kvinde blev tilset af en vagtlæge, da personalet på hendes plejehjem havde anmodet om et sygebesøg til undersøgelse af en urinvejsinfektion. Vagtlægen gennemførte sygebesøg og vurderede, at hun var terminal, hvorefter vagtlægen ordinerede hende morfin og en tryghedspakke.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev tilset og smertelindret tidligere.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- vagtlægen foretog et sygebesøg, hvor han havde mulighed for at vurdere patientens tilstand og behov, inden han ordinerede afhængighedsskabende lægemidler til hende.

I mange tilfælde vil patientens smerter være så omfattende, at en tilstrækkelig smertelindring vil indebære bivirkninger for patienten, som i andre sammenhænge ville medføre, at behandlingen var sundhedsfagligt uforvarselig.

Ved behandling af patienter med maligne smerter og døende patienter vil det som altid være relevant at overveje bivirkninger til behandlingen sammenholdt med den forventede effekt, men som udgangspunkt vil hensynet til at lindre patientens smerter veje betydeligt tungere, end det ellers ville gøre.

Det kan derfor forekomme, at en patient med maligne smerter eller en døende patient behandles med smertestillende lægemidler i større dosering, end man ville give en ikke-døende patient, uden at dette er i strid med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Dette illustreres af følgende eksempel:

Case 29 - Høj dosis morfin til terminal patient var relevant (stp.dk)

En 96-årig kvinde blev tilset i eget hjem af en vagtlæge, da hun havde været ukontaktbar i fem timer. Det var oplyst, at patienten gennem en længere periode havde været sengeliggende, samt at hun havde været småtspisende i de sidste ti dage og ikke havde drukket i næsten et døgn. Vagtlægen undersøgte patienten og vurderede, at hun var smerteforpint og terminal. Herefter gav vagtlægen en injektion med 5 mg morfin og så virkningen an, hvorefter vagtlægen gav yderligere 5 mg morfin som injektion.

Der blev klaget over, at vagtlægen gav overdosis af morfin.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- det var relevant at give 5 mg morfin to gange med 15 minutters interval med henblik på smertelindring og ro, idet patienten var terminal og fremstod smerteforpint med stærke smerter ved berøring af maven.

Det kan i denne sammenhæng oplyses, at 10 mg morfin må anses som en høj dosis henset til patientens alder og de konkrete omstændigheder.

11. Behandling uden for almen praksis

En gennemgang af STPK og DN's praksis vedrørende afhængighedsskabende lægemidler viser, at flertallet af sagerne omhandler behandling i almen praksis. Dette er dog ikke ensbetydende med, at de krav, der er nævnt i vejledningen om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, alene skal iagttages i almen praksis.

Vejledningen retter sig således til alle læger, der behandler patienter med afhængighedsskabende lægemidler, og er derfor gældende i hele sundhedsvæsenet. Der henvises i denne forbindelse til vejledningens afsnit 2.1 samt de nævnte afgørelser fra STPK og DN, som vedrører behandling med afhængighedsskabende lægemidler uden for almen praksis.

Der kan desuden være særlige forhold, der skal tages i betragtning ved behandling med afhængighedsskabende lægemidler uden for almen praksis.

De følgende afsnit vil gennemgå behandling i lægevagten (afsnit 11.1), på sygehuse (afsnit 11.2), i psykiatrien (afsnit 11.3), i fængsler (afsnit 11.4), på smerteklinikker (afsnit 11.5) og på rusmiddelcentre (afsnit 11.6), da behandling med afhængighedsskabende lægemidler uden for almen praksis ofte varetages på disse behandlingssteder.

11.1. Lægevagten

Som udgangspunkt bør der i lægevagtsregi udvises betydelig tilbageholdenhed og forsigtighed med ordination af afhængighedsskabende lægemidler, da vagtlægen typisk ikke vil have nært kendskab til patienten og derfor ikke i samme grad har mulighed for at afveje fordele og ulemper ved behandlingen. Videre er der set et større antal klagesager, hvor tredjepersoner har oplyst andre patienters CPR-nummer for at få udleveret afhængighedsskabende lægemidler, typisk i form af opioider.

Særligt vejledningens krav om sikker identifikation og om personligt fremmøde eller sygebesøg er tungtvejende for så vidt angår lægevagten, og fravigelse vil kræve tilsvarende tungtvejende hensyn.

Dette indebærer ikke, at ordination af afhængighedsskabende lægemidler aldrig kan finde sted i lægevagtregi, men det bør som klart udgangspunkt alene foregå ved personligt fremmøde eller sygebesøg med sikker identifikation, og kun såfremt der foreligger et akut behandlingsbehov, som ikke kan afvente, at patienten kan tage kontakt til sin praktiserende læge.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 7.1, illustrerer den særlige forsigtighed, der bør udvises ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler i lægevagtregi:

Case 15 – Misbrug af identitet til ordination af opioider (stpk.dk)

En ukendt kvinde ringede til lægevagten og oplyste, at hun var datter af en 53-årig mand, som hun identificerede med navn og CPR-nummer. Hun fortalte, at han led af lungekræft, havde glemt at få sin smertestillende medicin med hjemmefra og var i stærke smerter. Vagtlægen valgte at ordinere præparatet Orionox, som er et stærkt smertestillende og afhængighedsskabende lægemiddel i opioid-gruppen.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget tilstrækkelig identifikation forud for ordinationen af smertestillende medicin. Den 53-årige mand oplyste i den forbindelse, at han hverken havde en datter eller led af lungekræft.

Der blev udtalt kritik, da:

- vagtlægen ikke fulgte vejledningens retningslinje om, at ordination af afhængighedsskabende lægemidler ikke bør ske telefonisk, og at vagtlægen i stedet burde have henvist til en personlig konsultation, hvor patientens identitet kunne bekræftes.

11.2. Sygehuse

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler forekommer jævnligt på sygehuse både i forbindelse med ambulante behandlinger og indlæggelsesforløb. Som udgangspunkt finder vejledningen om ordination af

afhængighedsskabende lægemidler anvendelse ved behandling på sygehuse, men der er en række forhold, som gør sig særligt gældende.

Behandling på sygehuse vil ofte omfatte behandling af en smertetilstand, og mange af disse smertetilstande vil være akutte eller på anden måde kortvarige, eksempelvis i form af post-operative smerter eller smerter efter et konkret traume. Som beskrevet under afsnit 10.1 om akutte smerter, er afhængighedsskabende lægemidler mindre problematiske til behandling af disse smerter, om end afhængighedsproblematikken stadig bør overvejes. Dette gælder særligt, hvis patienten har kontraindikationer, såsom tidligere misbrug eller kroniske smerter.

Afhængighedsproblematikken bliver mere relevant, hvis behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler forventes at være langvarig, eksempelvis i forbindelse med en længere indlæggelse.

Som udgangspunkt bør behandlingsmuligheder uden afhængighedsskabende lægemidler overvejes, i det omfang det er muligt, og risikoen for abstinenssymptomer efter reduktion eller seponering bør imødegås. Dette vil dog altid afhænge af de konkrete omstændigheder.

I almindelighed vil det være mindre problematisk at yde fast og/eller langvarig afhængighedsskabende behandling til patienter under indlæggelse på et sygehus, end til patienter i ambulante behandling eller i behandling hos patientens praktiserende læge. Dette skyldes, at indlæggelse giver bedre mulighed for at observere patienten både i forbindelse med medicinadministration og vurderingen af effekt, ligesom der er bedre mulighed for at imødegå eventuelle komplikationer, eksempelvis ved kontrolleret aftrapning.

Grundlæggende er det vigtigt for behandling med afhængighedsskabende lægemidler på et sygehus at foretage en konkret afvejning af risikoen for afhængighed over for den sygdom, som er årsagen til sygehusbehandlingen.

Imidlertid er det særligt vigtigt, at der er fokus på risikoen for afhængighed i forbindelse med, at patienten udskrives. Ideelt bør patienten være udtrappet af den afhængighedsskabende behandling før udskrivelsen. Hvis det ikke er muligt, bør der laves en nedtrappingsplan inden udskrivelsen og ske klar kommunikation til den praktiserende læge, som skal overtage ansvaret for den videre behandling. For yderligere herom se afsnit 9 om behandleransvar.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 10.2, illustrerer under hvilke vilkår behandling med afhængighedsskabende lægemidler bl.a. kan foregå, og hvilke overvejelser der i den sammenhæng bør tages:

Case 7 - Opioider til kroniske smertetilstande (stpk.dk)

En 76-årig kvinde, der var kendt med smerter udløst af slidgigt i knæet, var til ambulante kontrol på et sygehus, da hun havde vedvarende stærke smerter i sit knæ efter en operation en måned tidligere. Hun fik ordineret

opioidbehandling med depotvirkende Oxycodon i doseringen 10 mg morgen og aften samt hurtigtvirkende Oxycodon 5 mg højst seks gange dagligt, og der blev aftalt opfølgning efter to til tre uger.

Der blev bl.a. klaget over behandlingen med Oxycodon.

Der blev udtalt kritik, da:

- der var tale om kroniske non-maligne smerter i form af knæ smerter, der var udløst af slidgigt og forværret af det operative indgreb.
- den behandlingsansvarlige overlæge ordinerede patienten en kombinationsbehandling med hurtigtvirkende og depotvirkende Oxycodon.
- behandling af kroniske smertepatienter som udgangspunkt ikke bør foregå med Oxycodon, og særligt ikke med hurtigtvirkende Oxycodon.
- overlægen burde have søgt at behandle patientens postoperative smerter med andre behandlingsmuligheder som førstevalg.

11.3. Psykiatrien

Inden for psykiatrien benyttes afhængighedsskabende lægemidler i et betydeligt omfang til at behandle en række psykiatiske diagnoser. Eksempelvis kan nævnes benzodiazepiner, som anvendes som beroligende middel til bl.a. angsttilstande, samt forskellige centralstimulerende lægemidler, som anvendes til at behandle bl.a. ADHD.

Da psykiatiske tilstande ofte kræver langvarig behandling, vil risikoen for afhængighed være betydelig, og det er vigtigt, at der tages relevante skridt for at imødegå denne risiko. Dette understreges af, at afhængighed i sig selv har et psykiatrisk aspekt og kan vanskeliggøre psykiatrisk udredning eller behandling, før afhængigheden er afhjulpet. Det er derfor vigtigt, at vejledningen iagttages nøje, og fravigelser kun sker efter en afvejning af de konkrete omstændigheder vedrørende den enkelte patient.

Mange psykiatiske patienter har desuden en eller flere somatiske lidelser, som har indvirkning på deres psykiatiske tilstand. Hvis patienten er i behandling for en somatisk lidelse med afhængighedsskabende lægemidler, kan det have betydning for mulighederne for medicinsk behandling af den psykiatiske diagnose, da samtidig behandling med flere afhængighedsskabende lægemidler øger de risici, der er forbundet med behandlingen.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 5.2 for så vidt angår journalføringen, illustrerer både under hvilke omstændigheder

afhængighedsskabende lægemidler kan være relevante at anvende i psykiatrien, men også at de grundlæggende krav skal iagttages:

Case 2 – Indikation for ordination skal journalføres (stpk.dk)

En 23-årig kvinde var i behandling hos en speciallæge i psykiatri for depressive symptomer, og speciallægen ordinerede hende i den sammenhæng en række forskellige præparater, herunder bl.a. det afhængighedsskabende lægemiddel Zolpidem.

Der blev bl.a. klaget over, at receptudskrivelsen ikke foregik på relevant vis.

Der blev bl.a. udtalt kritik for behandlingen med Zolpidem og journalføringen af samme, da:

- speciallægen ordinerede behandling med et afhængighedsdannende lægemiddel på baggrund af en e-mailkonsultation.
- speciallægen burde have noteret indikationen for behandlingen med Zolpidem i journalen.

11.4. Fængsler

Et fængsel er en institution, hvis primære formål ikke er at yde sundhedsfaglig behandling, men som alligevel er forpligtet til at varetage store dele af den behandling, som de indsatte har behov for.

Indsatte i fængsler og arresthuse har som følge af straffuldbyrdelseslovens § 45, stk. 1, der er uddybet i bekendtgørelse om sundhedsmæssig bistand til indsatte i kriminalforsorgens institutioner, ret til behandling som alle andre borgere, inklusiv behandling med afhængighedsskabende lægemidler. I praksis fungerer det som udgangspunkt ved, at hvert fængsel eller arresthus har tilknyttet en eller flere læger, som fungerer som alment praktiserende læge for de indsatte.

Ofte vil der ved behandling i fængslerne være særligt fokus på lægemidlers misbrugspotentiale. Dette udmønter sig bl.a. i form af skærpet kontrol med administrationen af lægemidlerne, eksempelvis ved overvåget indtag, eller ved at kapsler om muligt kan knækkes, og indholdet kan drysses i vand eller på mad, så det ikke er muligt at gemme dosen. Det ses dog også i form af et skærpet fokus på aftrapning eller omlægning af behandlingen til ikke-afhængighedsskabende lægemidler.

Som udgangspunkt er sådanne tiltag ikke i strid med normen for almindelig anerkendt faglig standard, men det forudsættes, at disse tiltag ikke sker på bekostning af kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling. Grundlæggende skal en indsat i et fængsel eller i en arrest tilbydes samme behandlingsmuligheder, som en borger i det almindelige samfund med

tilsvarende sundhedstilstand, og det er kun de praktiske forhold om behandlingens administration, som må tilrettes af sikkerhedshensyn.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 6.4, illustrerer, hvordan det øgede fokus på misbrugspotentialet kan udføres i praksis, uden at det sker på bekostning af patientsikkerheden:

Case 13 - Indikation for behandling skal revurderes (stpk.dk)

En 46-årig mand, som led af galdesyremalabsorption, blev indsat i et fængsel, og hans medicin blev i den sammenhæng gennemgået. Sundhedspersonalet bemærkede, at han var i fast behandling med nogle forskellige lægemidler, herunder det hurtigtvirkende og opioid-baserede smertestillende præparat Dolol. Dette valgte sundhedspersonalet at seponere og erstatte med andre ikke-afhængighedsskabende lægemidler.

Der blev bl.a. klaget over ændringen af medicineringen.

Der blev ikke udtalt kritik, da:

- der skal udvises stor tilbageholdenhed ved behandling af langvarige non-maligne smerter med afhængighedsskabende lægemidler, og dette særligt er gældende for så vidt angår hurtigtvirkende lægemidler.

11.5. Smerteklinikker

Smerteklinikker vil typisk blive involveret i patientens behandling i de situationer, hvor patienten har en kronisk og kompleks smertetilstand, og den praktiserende læge vurderer, at der er behov for specialiseret behandling og derfor henviser patienten til en smerteklinik.

Forud for henvisningen til smerteklinikken vil patientens praktiserende læge ofte have forsøgt behandling med non-farmakologisk tiltag samt med ikke-afhængighedsskabende lægemidler uden tilstrækkelig effekt. Derfor er det ikke nødvendigt at gentage dette på smerteklinikken, og patienten kan således opstartes direkte i behandling med smertestillende lægemidler af afhængighedsskabende karakter.

Såfremt den praktiserende læge mod forventning ikke har forsøgt behandling med non-farmakologiske tiltag eller ikke-afhængighedsskabende lægemidler, eller denne behandling ikke vurderes tilstrækkelig, bør smerteklinikken dog overveje, om patientens smerter kan behandles hermed, før der behandles med afhængighedsskabende lægemidler.

Målet med behandlingen på smerteklinikken er at finde det præparat og den dosis, hvor patienten oplever tilstrækkelig smertelindring, og hvor risikoen for afhængighed og misbrug minimeres mest muligt. I denne forbindelse er det vigtigt at bemærke, at det ikke altid er muligt at opnå tilstrækkelig smertelindring uanset doseringen.

Smerteklinikken skal samtidig være opmærksom på, at langtidsbehandling med opioider bør ske med depotpræparater i faste doseringer og doseringsintervaller. Der henvises i øvrigt til afsnit 10.2 for en gennemgang af langvarige/kroniske non-maligne smerter.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 6.1.1 og 7.2.2, illustrerer, at vejledningen, herunder kravet om personlig konsultation, skal iagttages på en smerteklinik:

Case 6 – Omlægning af stærk smertestillende medicin (stpk.dk)

En 88-årig kvinde var kendt med kroniske smerter og var tilknyttet en smerteklinik, hvor hun var i behandling med opioider. Under en telefonkonsultation blev det vurderet, at hendes dosis af opioider skulle nedtrappes, og behandlingen blev i denne forbindelse omlagt fra fentanyl-plaster til morfin-tabletter.

Der blev klaget over, at omlægningen af smertebehandlingen ikke skete på sundhedsfaglig forsvarlig vis.

Der blev udtalt kritik for omlægningen til tabletbehandling grundet kontraindikationer, men der blev ikke udtalt kritik for, at omlægningen skete ved en telefonkonsultation, da:

- patienten havde en hjemmesygeplejerske, som deltog i telefonkonsultationen, og som skulle deltage i administrationen af de smertestillende tabletter.
- ordinationen fandt sted under en periode med øget smitterisiko i samfundet for en alvorlig sygdom, og at der derfor var et hensyn til at begrænse denne risiko.

Når patientens behandling er stabil, kan patienten igen overgives til sin praktiserende læge til fortsat behandling.

11.6. Rusmiddelcentre

Rusmiddelcentre behandler patienter, der har udviklet et misbrug af rusmidler i form af alkohol og andre stoffer. Formålet med behandlingen på et rusmiddelcenter er at hjælpe patienten ud af sit misbrug, og det er i denne sammenhæng uden betydning, hvordan patienten har udviklet misbruget.

Behandlingen vil typisk bestå af enten afrusning eller substitutionsbehandling. Afrusning består i at hjælpe patienten med at blive ædru ved at behandle patientens abstinenser, mens substitutionsbehandling består i at iværksætte behandling med substitutionsmedicin i en dosis, hvor patienten ikke har abstinenser.

Når patienten er stabiliseret på substitutionsmedicinen kan det være relevant at foretage langsom udtrapning heraf, men dette vil ikke altid være tilfældet. Hvorvidt der skal foretages udtrapning af substitutionsbehandlingen vil således altid afhænge af en konkret vurdering af omstændighederne vedrørende den enkelte patient.

Følgende eksempel, som er beskrevet under afsnit 8.1, illustrerer, at der kan behandles med afhængighedsskabende lægemidler i forbindelse med afgang på et rusmiddelcenter:

Case 24 - Relevant nedtrapning og ikke ansvarlig for personale (stpk.dk)

En 35-årig mand var indlagt på et rusmiddelcenter, hvor han var i behandling for kokainmisbrug. Under indlæggelsen blev han opstartet i behandling med præparatet Risolid, som er en benzodiazepin.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev forsvarligt nedtrappet.

Det blev ikke udtalt kritik, da:

- det var relevant at opstarte behandling med Risolid som trangsdæmpende og beroligende medicin, idet patienten havde haft et stort forbrug af kokain og en voldsom psykisk trang, som kan være vanskelig at afhjælpe på anden vis.

Når en patient er i behandling på et rusmiddelcenter, bør behandling med afhængighedsskabende lægemidler i andet regi koordineres hermed, ligesom det bør overvejes, om al behandling med afhængighedsskabende lægemidler skal foregå på rusmiddelcentret. Dette fremgår af punkt 2.3 i vejledningen.

Behandling med substitutionsmedicin er særligt reguleret i vejledning nr. 10375 af 28. december 2016 til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, hvortil der henvises.

12. Sagsoversigt

| Sag nr. | Titel |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Manglende samtykke til receptudskrivelse (stpk.dk) |
| 2 | Indikation for ordination skal journalføres (stpk.dk) |
| 3 | Mistanke om videresalg kan begrunde dosisreduktion (stpk.dk) |
| 4 | Manglende indikation for ordination af sovemedicin (stpk.dk) |
| 5 | Hashmisbrug var ikke afgørende for ordination (stpk.dk) |
| 6 | Omlægning af stærk smertestillende medicin (stpk.dk) |
| 7 | Opioider til kroniske smertetilstande (stpk.dk) |
| 8 | Øget risiko ved behandling med flere præparater (stpk.dk) |
| 9 | Omlægning til ikke-afhængighedsskabende præparat (stpk.dk) |



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N