

# **VANEDANNENDE LEGEMIDLER**

## **FORSKRIVNING OG FORSVARLIGHET**

**HELSETILSYNET 2001**

**Dokumentdato 14.9.2001.**

**IK-2755**

# INNHOUDSLISTE

<b>0</b>	<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>4</b>
1.1	<i>Definisjoner og begreper</i>	5
1.1.1	Vanedannende legemidler	5
1.1.2	Avhengighet	5
1.1.3	Legemiddelmisbruk	6
1.2	<i>Bruk og forskrivning av vanedannende legemidler</i>	6
1.3	<i>Problemområder</i>	8
<b>2</b>	<b>Vanedannende legemidler ved sikker faglig indikasjon</b>	<b>9</b>
2.1	<i>Generelle forsiktighetsregler</i>	9
2.2	<i>Pasientinformasjon</i>	10
2.3	<i>Særlige problemstillinger</i>	10
2.3.1	Smerte	10
2.3.2	Søvnvansker	12
2.3.3	Psykiske lidelser	13
2.3.4	Eldre	14
2.3.5	Misbrukere	14
2.4	<i>Forskrivning til nære relasjoner og eget bruk</i>	15
2.5	<i>Bruk av vanedannende legemidler i institusjon</i>	15
2.6	<i>Forskrivning i tannlegepraksis</i>	17
2.7	<i>Vanedannende legemidler og bilkjøring</i>	18
<b>3</b>	<b>Vanedannende legemidler der den faglige indikasjon er usikker</b>	<b>20</b>
3.1	<i>Generelt</i>	20
3.2	<i>Faresignaler ved bruk av vanedannende medikament</i>	20
3.3	<i>Pasientinformasjon</i>	21
3.4	<i>Særlige problemstillinger</i>	22
3.4.1	Ukjente pasienter	22
3.4.2	Langtidsforskrivning til ikke-misbrukere	23
<b>4</b>	<b>Vanedannende legemidler ved misbruk</b>	<b>26</b>
4.1	<i>Generelt</i>	26
4.2	<i>Legens møte med misbrukeren</i>	27
4.3	<i>Nedtrapping</i>	28
4.4	<i>Legemiddelassistert rehabilitering</i>	31
4.4.1	Definisjoner og målsetting	31
4.4.2	Regelverk og organisering	31
4.4.3	Legens deltakelse ved legemiddelassistert rehabilitering	33
4.4.4	Hjelpetiltak i venteperioder	35
4.5	<i>Misbrukere som faller utenfor</i>	35
<b>5</b>	<b>Kvalitetssikring i allmennpraksis</b>	<b>36</b>

5.1	<i>Generelt</i>	36
5.2	<i>Kollegabasert læring</i>	37
5.3	<i>Reseptstatistikk / forskrivningsprofiler</i>	37
5.4	<i>Interne rutiner</i>	38
5.5	<i>Samarbeid mellom apotek og leger</i>	38
5.6	<i>Andre samarbeids- og informasjonstiltak</i>	39
5.6.1	Legemiddelkomitéer	39
5.6.2	Regionale legemiddelinformasjonsentra (RELIS)	39
<b>6</b>	<b>Apotekenes rolle</b>	<b>40</b>
6.1	<i>Generelt</i>	40
6.2	<i>Utlevering av vanedannende legemidler</i>	40
6.2.1	Formelle krav	40
6.2.2	Kvalitetssikring og rutiner	41
6.2.3	Telefonreseppter / Elektronisk rekvirering	42
6.3	<i>Informasjon</i>	42
<b>7</b>	<b>Tilsynsmyndighetenes rolle</b>	<b>44</b>
7.1	<i>Generelt</i>	44
7.2	<i>Tilsyn med forskrivning av vanedannende legemidler</i>	44
7.2.1	Fremgangsmåte i tilsynssaker	44
7.2.2	Administrative reaksjoner	45
7.3	<i>Nasjonalt register over forskrivning av legemidler i reseptgruppe A</i>	45
<b>8</b>	<b>Referanser / Litteraturliste</b>	<b>46</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>49</b>
9.1	<i>Vedlegg A - Nærmere omtale av aktuelle legemidler</i>	49
	Klassifisering	51
9.2	<i>Vedlegg B - Ikke-medikamentell behandling av langvarige søvnproblemer</i>	52
9.3	<i>Vedlegg C - Elementer til pasientinformasjon</i>	54
9.4	<i>Vedlegg D</i>	55
9.5	<i>Vedlegg E</i>	57

---

## 0 Forord

### **Forordet er laget til elektronisk versjon i oktober 2002**

Vanedannende legemidler, som for eksempel benzodiazepiner og sterke smertestillende midler, brukes i behandlingen av pasienter både med somatiske og psykiske lidelser. Brukt på forsvarlig måte kan de være til stor nytte. På den annen side er det godt dokumentert at de kan føre til avhengighet og at de også til dels misbrukes i rusøyemed, ikke minst i kombinasjon med alkohol og illegale rusmidler.

Helsedirektoratet ga i 1990 ut *Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler*. På bakgrunn av ny kunnskap, nye behandlingstilbud, en løpende samfunnsdebatt og ikke minst i forhold til opprettelsen av et landsdekkende tilbud om legemiddelassistert rehabilitering (de tidligere metadontiltakene), har Helsetilsynet funnet det hensiktsmessig å revidere veilederen. Veilederen har endret tittel til *Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet* for å understreke at Helsetilsynets vurderingstema først og fremst er forsvarlighetsaspektet ved forskrivningen. Den er bare tilgjengelig i elektronisk form.

Veilederen er laget for å gi norske leger og tannleger anbefalinger og råd ved forskrivning av vanedannende legemidler, og råd om behandling av misbrukere som henvender seg på legekantoret. På denne måten vil vi bidra til å hindre at pasienter blir avhengige av disse midlene og at nye misbrukere rekrutteres. En annen målsetning er å motvirke at avhengighet og misbruk opprettholdes gjennom legers og tannlegers forskrivning.

Selv om veilederen først og fremst er beregnet på allmennleger, retter den seg også mot andre leger og annet helsepersonell. Den er ment som et verktøy til bruk i kvalitetssikringen av egen praksis og som grunnlag for utarbeidelse av rutiner ved forskrivning av vanedannende legemidler. I tillegg vil den forhåpentligvis kunne fungere som en faglig forankring når man står overfor en vanskelig klinisk situasjon.

Innholdet i Helsetilsynets faglige veiledere er i utgangspunktet ikke rettslig bindende for mottakerne. Veilederne kan inneholde referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt med bindende virkning. Utover dette er innholdet i prinsippet å *anse som anbefalinger og råd*.

Dette betyr ikke at de anbefalinger og råd som gis i faglige veiledere er uten enhver rettslig betydning. Helsetilsynet gir på denne måten signaler om hvor listen for forsvarlighet etter helselovgivningen ligger. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra veilederens anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg.

Veilederen er utarbeidet på grunnlag av en rapport utarbeidet av en prosjektgruppe bestående av psykologspesialist Anne Bolstad, Stiftelsen Bergensklinikkene, spesialist i allmennmedisin og amanuensis ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag UiO Trine Bjørner, avdelingsleder

Bjørn Oskar Hoftvedt, Den norske lægeforening, spesialist i allmennmedisin og seniorforsker ved Rogalandsforskning Svein Kjosavik, provisor Rønnaug Larsen (leder), Apoteket Nordstjernen i Bergen, apoteker Erling Mjelva, Røros apotek, fylkessykepleier Elisabeth Moen, Fylkeslegen i Hordaland, og psykiater Inger Thoen, Oslo. I tillegg har professor Helge Waal og professor Per Løkken, begge Universitetet i Oslo, cand. pharm. Christian Berg, Norges Apotekerforening, overlege Henning Mørland, Statens retts toksikologiske institutt og professor Harald Olsen, Det Norske Radiumhospital, medvirket.

Stoffet er bearbeidet gjennom en utstrakt tverrfaglig prosess i Helsetilsynet. Veilederen har også vært sendt på høring hos fylkeslegene og til eksterne fagmiljøer.

Mye av stoffet er basert på kunnskap hentet fra nyere publikasjoner. Helsetilsynet har valgt å ikke henvise til referanser i selve teksten, men en samlet referanseliste / litteraturliste finnes til slutt i veilederen. Hoveddelen av innholdet er lite egnet for systematiske oversikter basert på litteraturgjennomgang. Til dels er det også slik at den kunnskapsbaserte litteraturen foreløpig ikke gir tilstrekkelige holdepunkter for å trekke klare konklusjoner, verken på nasjonalt og internasjonalt plan. Veilederen er derfor i hovedsak bygget på kliniske erfaringer fra fagmiljøet, rundskriv og skriftlige uttalelser fra Helsetilsynet samt erfaringer med klagesaker av relevans for dette temaet. Veilederen gir også uttrykk for et samfunnsmessig verdisyn på forskrivningen av vanedannende legemidler.

For å lette lesbarheten, brukes stort sett bare begrepet lege, der det også er underforstått at dette gjelder tannlege.

Etter omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen fra 1. januar 2002, skal Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) utgi faglige retningslinjer og veiledere. Den foreliggende veileder ble ferdigstilt 2001 og har vært tilgjengelig på Helsetilsynets nettside siden oktober 2001. Den er nå vurdert av SHdir som ønsker å bruke dokumentet som grunnlag for nye retningslinjer for fagområdet. Inntil videre vil direktoratet således henvise til veilederen som uttrykk for god praksis på dette feltet.

Vi takker alle for verdifull innsats i arbeidet med denne veilederen fra Statens helsetilsyn.

Oktober 2002

Lars E. Hanssen  
helsedirektør

---

## 1 Innledning

## 1.1 Definisjoner og begreper

---

### 1.1.1 Vanedannende legemidler

Med *legemiddel* menes stoffer, droger og preparater som forskrives eller utleveres fra apotek for å forebygge, lege eller lindre sykdom eller smerte, eller for å påvise sykdom.

Med *vanedannende legemidler* menes i denne sammenhengen legemidler som kan gi:

rusopplevelse eller eufori  
toleranseutvikling (tilvenning)  
abstinenssymptomer

Bruk av vanedannende legemidler er utbredt innenfor medisinsk behandling. De omfatter først og fremst sentralt virkende smertestillende midler, beroligende midler og sovemidler, dernest visse muskelavslappende, hostestillende, antiepileptiske og sentralstimulerende midler, enkelte migrenemidler og sentralt virkende antikolinergika. En nærmere omtale av de aktuelle legemidlene er gitt i vedlegg A.

De vanedannende legemidlene vil kunne ha uheldige effekter og føre til avhengighet og misbruk. Vanedannende legemidler kan være attraktive for misbrukere av rusmidler som bruker slike legemidler i tillegg til andre rusmidler som alkohol og illegale narkotiske stoffer.

### 1.1.2 Avhengighet

*Legemiddelavhengighet* er en tilstand med fysiologiske, atferdsmessige og psykologiske fenomener som kan oppstå som følge av jevnlig bruk av vanedannende legemidler over tid. Legemiddelavhengighet er karakterisert ved en sterk følelse av behov for inntak av legemidlet.

Viktige faktorer i utviklingen av avhengighet er toleranseutvikling og abstinens. Nedenfor er avhengighet av benzodiazepiner brukt som eksempel :

- *Toleranseutvikling (tilvenning)* innebærer at pasienten får redusert effekt av den samme legemiddeldosen som innledningsvis ga god effekt. For pasienten kan dette oppfattes som at tilstanden er forverret fordi angsten/uroen er blitt sterkere og at han/hun derfor har behov for høyere dosering. Toleranseutvikling kan derfor føre til at dosen økes og dermed øker risikoen for avhengighet.
- *Abstinens* er et fenomen som kan oppstå ved reduksjon eller seponering av legemiddeldosen. Dette kan være uforståelige og til dels skremmende symptomer for pasienten, og symptomene kan vedvare over lang tid, opptil flere måneder. De mest typiske er uro, søvnforstyrrelser og marerittlignende

drømmer, tankemylder, endret virkelighetsoppfatning, svimmelhet, hodepine, muskelsmerter og en rekke andre symptomer. Symptomer av mer alvorlig karakter kan være kramper og hallusinasjoner.

Som en del av abstinensen regnes også ofte den *symptomforsterkning (rebound effect)* som kan oppstå når legemiddeldosen reduseres/seponeres. Symptomer som angst, uro og søvnløshet opptrer da med forbigående forsterket virkning. Pasienten får symptomene tilbake «med renter» for en periode. Dette kan skyldes en oppregulering (supersensitivitet) av benzodiazepinreseptorene og er et fenomen benzodiazepiner har til felles med en rekke andre legemidler. Benzodiazepiner med relativt raskt innsettende effekt og kort halveringstid kan ved dosereduksjon/seponering gi symptomforsterkning allerede etter 1-3 dager.

Videre kan symptomer på den opprinnelige lidelsen komme tilbake når legemiddeldosen reduseres eller seponeres (*relapse*). Dette betyr at de problemer som har ligget til grunn for behandlingen blusser opp i det legemidlet seponeres.

De beskrevne seponeringsvanskene opptrer gjerne samtidig. Bildet kompliseres ytterligere ved naturlige svingninger i forløpet av angst og søvnløshet. Bare det videre forløp kan si noe om hvorvidt det dreier seg om seponeringssymptomer som vil gå over, eller om det er symptomer på den opprinnelige lidelsen. Abstinensreaksjonen avtar fra 2-3 uker, men kan vare i opptil flere måneder, avhengig av hvor lenge forbruket har vart og hvor stor dosen har vært.

Den legemiddelavhengige pasienten har ofte i utgangspunktet fått rekvirert vanedannende legemidler som ledd i medisinsk behandling og har deretter gradvis utviklet et avhengighetsproblem. Pasienter som er blitt avhengige av legalt rekvirerte vanedannende legemidler, betegnes som regel ikke som misbrukere og lever som regel et velordnet og tilsynelatende normalt liv.

### 1.1.3 Legemiddelmisbruk

Med *legemiddelmisbruk* menes i denne sammenhengen varig eller periodevis bruk av vanedannende legemidler uten medisinsk indikasjon, der hensikten er å oppnå ruseffekt, regulere bivirkning eller forsterke virkning av annet misbruk.

Denne definisjonen av legemiddelmisbruk er mer en normativ beskrivelse enn en diagnostisk betegnelse. Det norske begrepet "misbruk" har i denne forbindelse et annet innhold enn de engelske begrepene misuse, harmful use og abuse. Misbruksbegrepet assosieres ofte med sosiale vansker og adferdsendringer. I kap. 4 skal vi se nærmere på misbruk av vanedannende legemidler. I kap. 3 skal vi komme inn på de vanskelige gråsonene mellom en indisert bruk og misbruk av vanedannende legemidler.

## 1.2 Bruk og forskrivning av vanedannende legemidler

Gruppen vanedannende legemidler domineres av sterke smertestillende legemidler, beroligende midler og sovemidler.

#### **Sterke smertestillende midler**

Salget av sterke smertestillende midler (N02A) har vært tilnærmet stabilt i mange år. Av opioider dominerer kombinasjonspreparater med kodein. Der er salget på landsbasis 11,8 DDD/1000 innb./døgn, en økning på 6 % i perioden 1995-1999. Fylkesvis salg varierer sterkt, f.eks varierer salget av kombinasjonspreparater med kodein mellom fylkene fra 7,6 til 17,5 DDD/1000 innb./døgn.

DDD – *Definerte DøgnDoser*: Gj.snittlig døgndose av et legemiddel brukt ved preparatets hovedindikasjon, fortrinnsvis angitt i vekt av aktiv substans, evt. (f.eks. vedr. kombinasjonspreparater) som antall enkelt-doser (antall tabletter, kapsler, milliliter, etc.). Ved sammenligninger brukes vanligvis definerte døgndoser (DDD)/1000 innb./døgn.

#### **Beroligende midler og sovemidler**

Tall basert på salg fra grossist til apotek viser for beroligende midler noe nedgang de siste fem årene, mens salget av sovemidler har økt. Salget av beroligende midler og sovemidler fra grossist svarer til at ca. 6.5% av befolkningen over 20 år, ca. 300.000 personer, bruker et beroligende middel eller et sovemiddel hver dag. I land som Irland og Spania er henholdsvis 25% og 18% av befolkningen daglige brukere av disse midlene. Også i Danmark er forbruket relativt høyt og omtrent dobbelt så høyt som i Norge.

Ca. 20% av legene står for mer enn 75% av forskrivningen i DDD. Grovt sett står 20% av brukerne for mer enn 50% av forbruket. Over halvparten skrives ut til pasienter > 65 år, de høyeste døgndosene til de over 50 år. 70 - 100 000 nordmenn kan være avhengige av vanedannende legemidler.

Økningen i salget av sovemidler de siste fem årene (17 % fra 1995 til 1999) er kommet etter en lang periode med nedgang og faller sammen med introduksjonen av de to sovemidlene zopiklon og zolpidem.

For angstdependende midler og sovemidler varierer det fylkesvise salget fra 30,7 til 64,8 DDD/1000 innb./døgn. Forskjeller i befolkningen, sykелighet, sosiale og samfunnsmessige forhold kan bare forklare noe av denne variasjonen. Det er påvist stor variasjon mellom legers forskrivningspraksis i ulike geografiske områder. Forskjeller i legenes praksisomfang og pasientgrunnlag kan forklare noe av variasjonen, men også legenes holdninger, lege-pasientforholdet og pasientens alder har vist seg å ha betydning.

I praksis er det ikke alltid overensstemmelse mellom de indikasjoner legemidlet har vist effekt ved og legens diagnose eller det pasienten oppfatter at legemidlet blir gitt for. For eksempel er benzodiazepiner indisert ved akutte tilstander med angst og søvnløshet og anbefalt brukt i kort tid. Likevel er det pakninger med legemidler for 30 dager eller mer som forskrives hyppigst, og forskrivning til kronisk bruk øker, spesielt for sovemidler.

### 1.3 Problemområder

---

Bruken av vanedannende legemidler medfører en rekke problemer som tilsier stor forsiktighet i legers forskrivning.

Den alvorligste faren ligger i at forskrivningen kan føre til legemiddelavhengighet eller misbruksproblematikk. Ved siden av de problemer som kan knyttes til avhengighet eller misbruk, vil dette også kunne medføre at pasienten ikke får adekvat behandling for det til grunnliggende problem.

Men det er også andre problemer relatert til bruken av vanedannende legemidler. Eldre får oftere forskrevet beroligende midler og sovemidler enn yngre. Vi ser flere bivirkninger hos eldre på grunn av de endringer i fysiologiske prosesser som kommer med alderen. Det er dokumentert økt påvirkning av kognitive (mentale) funksjoner, forverring av demens, inkontinens og økt fall- og bruddfrekvens.

Langtidsbruk av sovemidler forstyrrer søvnmønsteret, og etter få ukers fast bruk vil mange utvikle avhengighet. Bivirkninger eller abstinens kan til forveksling ligne symptomer som tilsier fortsatt behandling. Det er derfor grunn til å tro at en rekke pasienter ville fått det bedre uten disse legemidlene.

Vanedannende legemidler er et betydelig problem i forhold til motorisert ferdsel og spørsmål om førerkort og kjøreferdighet.

Det finnes et illegalt marked for vanedannende legemidler. Svenske myndigheter har antydnet at den illegale omsetningen av flunitrazepam er større enn den legale bruken. Benzodiazepiner antas å være den hyppigst brukte legemiddelgruppe blant misbrukere som tillegg for å forsterke rusen eller for å "lande mykere". Svenske myndigheter antar at langt det meste stammer fra legers forskrivning. Norske undersøkelser bekrefter også at legalt rekvirerte midler dukker opp i misbrukermiljøet.

---

## 2 Vanedannende legemidler ved sikker faglig indikasjon

---

### 2.1 Generelle forsiktighetsregler

---

Behandling med vanedannende legemidler kan være en vanskelig oppgave. Riktig bruk med riktig dose over en begrenset tidsperiode vil være til stor hjelp for mange pasienter. Men både pasient og lege må være oppmerksom på de farer som ligger i bruk av disse legemidlene. Samtidig vil både pasientens og legens skepsis kunne bidra til at behandlingen blir mangelfull.

Legen må ha oversikt og kontroll over sin forskrivning, jf. helsepersonelloven § 4. Kvalitetssikringstiltak er nærmere beskrevet i kap. 5. Forsiktighetsregler formet som kontrollspørsmål for legen i en forskrivningssituasjon kan være:

- *Kan ikke-medikamentell behandling vektlegges sterkere?* Legemidler alene kan aldri løse livskriser, søvnløshet eller angst, men de kan være til hjelp i kortere perioder. Legen bør være bevisst på indikasjoner og kontraindikasjoner. Ved langvarige eller kroniske tilstander bør fortrinnsvis alternative legemidler eller ikke-medikamentelle behandlingsstrategier forsøkes. For angst og søvnvansker av lett til moderat grad anbefales det *som hovedregel* å prøve ikke-medikamentell behandling først (se vedlegg B).
- *Er det forhold ved pasienten som gir grunn for ekstra forsiktighet?* Hvis det foreligger opplysninger om tidligere hyppig eller langvarig bruk av vanedannende legemidler, bør legen være ekstra forsiktig. Det samme gjelder ved bruk av rusmidler og ved personlighetsforstyrrelser. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning både til yngre og til eldre pasienter. En ustabil livssituasjon gir grunn til forsiktighet, noen pasienter kan i slike perioder velge lettvinde løsninger på vanskelige livsproblemer. Likeledes skal det utvises stor forsiktighet i forskrivning av vanedannende legemidler til gravide.
- *Kan det velges annen dosering eller pakningsstørrelse?* Legen og pasienten bør ha klar avtale om dosering og varighet. Mengden legemiddel som forskrives signaliserer omfang av behandlingen og bør derfor tilpasses varigheten. Det skal være gjennomtenkt hvis en starter med annet enn minstepakning. Dersom det er nødvendig å forordne et vanedannende legemiddel på legevakt, er det en fordel å levere ut noen få tabletter fremfor å skrive ut resept. Pasienten bør deretter henvises til sin faste lege.
- *Er ny forskrivning gjennomtenkt?* Å forlenge en behandling med vanedannende medikamenter som i utgangspunktet var tenkt avsluttet, krever grundig gjennomtenkning. Foreligger det en sikker indikasjon? Er nytteverdien større enn risikoen ved forlenget bruk? Hvis svaret er ja, bør det legges en strategi med fastsatte kontrollavtaler som kan gi rom for drøfting og for en felles forståelse av hvordan legemidlene brukes og den risiko som følger.

## 2.2 Pasientinformasjon

---

Pasienten bør få både muntlig og skriftlig informasjon. I samtalen med pasienten bør legen blant annet gå gjennom det aktuelle legemidlets egenskaper, fordeler og ulemper, herunder bivirkninger, avhengighetsproblematikk, behandlingens varighet, samtidig bruk av alkohol, forholdet til graviditet og konsekvensene for bilkjøring og risikofylt arbeid. Eventuelle alternativer til medikamentell behandling bør også tas opp med pasienten.

En mulighet som en del legekontorer benytter, er at en skriftlig standardinformasjon rutinemessig leveres ut sammen med resepten. Elementer til en slik er gitt i vedlegg C, eksemplifisert for beroligende tabletter og sovetabletter. Disse kan kopieres direkte fra veilederen eller hentes elektronisk fra internettversjonen, eller brukes som utgangspunkt for å utarbeide egen pasientinformasjon. På ulike måter kan de enkelte elektroniske journalsystemer brukes til standardtekster.

## 2.3 Særlige problemstillinger

---

### 2.3.1 Smerte

Forskrivning av analgetika vil i stor grad avhenge av hvilken diagnose man kommer fram til. Ved en rekke somatiske betingete smertetilstander er det både riktig og nødvendig å bruke tilgjengelige analgetika, også opioider, i tilstrekkelig mengde og styrke til å oppnå effektiv lindring. Selv om det er riktig å forhindre misbruk, må vi aldri overse nytteverdien av en god analgetisk behandling. Ved kreftsykdom og annen sykdom med dårlig livsprognose er god smertebehandling en av bærebjelkene i behandlingen. Langt vanskeligere blir det når man kommer til kroniske smertetilstander hos pasienter med god livsprognose.

Tidlig i forløpet bør aktiv diagnostisk utredning, ikke-medikamentell behandling og pasientinformasjon prioriteres. Analgetika bør fortrinnsvis brukes intermitterende og som et adjuvans til mer kausal og definitiv behandling. Skriftlig pasientinformasjon er av spesielt stor betydning overfor denne pasientgruppen fordi angst kan gjøre dem mindre mottagelige for muntlig informasjon fra legen. Generelt gjelder at behandlingsresponsen må evalueres kontinuerlig, og at regimet må modifiseres etter behov.

Smertebehandling er tema for store lærebøker. Disse pasientene bør utredes i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I denne veilederen skal vi avgrense oss til å se nærmere på forutsetninger for bruk av opioider ved kroniske smertetilstander som ikke er betinget i kreftsykdom eller andre sykdommer med dårlig prognose. Nedenfor refereres forutsetninger for bruk av opioider ved normal livsprognose og sterke smerter slik de framkommer i Norsk legemiddelhandbok – 2001:

### **Forutsetninger for bruk av opioider ved normal livsprognose og sterke smerter**

- Alle andre behandlingsmuligheter er prøvet uten tilfredsstillende effekt slik at pasientens livskvalitet er sterkt redusert på grunn av smertene.
- Et opioidanalgetikum gitt per os (i kortere perioder per rectum) må gi betydningsfull smertelindring og bedring av pasientens livskvalitet. Lengre tids parenteral administrering av opioid for kronisk ikke-malign smerte medfører stor risiko for psykologisk avhengighet og er derfor meget vanskelig å gjennomføre.
- Pasientens psykososiale status og stabilitet må være godt kjent av legen.
- Legemiddel- eller alkoholmisbruk i anamnesen er relativ kontraindikasjon for lengrevarende opioidbehandling for smerter.
- Både legen og pasienten må vite om og forstå risikoen for legemiddelmisbruk og de mange vanskelige praktiske problem som følger med denne form for smertebehandling. Dette gjelder f.eks. fysisk avhengighet og fysiske abstinensproblem (som er obligate), problemene med differentialdiagnose mellom økt smerte (smertegjennombrudd) og utvikling av toleranse (som krever økt dosering). Det gjelder videre de særdeles vanskelige utfordringer som skapes av iatrogen utløst «pseudo-addiction behaviour», dvs. det fenomen at en ellers velbegrunnet opioidbehandling etter en tid kan gi narkomanilignende oppførsel hos pasienten fordi pasienten underdoseres eller doseres for sjelden, eller har gjennombruddssmerter som ikke alltid er lette å håndtere. Pasienten blir «opioidkrevende» og feildiagnostiseres som «bare narkoman.
- Vedlikeholdsbehandling med opioider er mulig bare dersom det er et gjensidig tillitsforhold mellom lege og pasient og begge er villige til å følge en kontrakt. Informasjon bør gis både skriftlig og muntlig til pasienten. Det er nødvendig med hyppig nok kontakt mellom lege og pasient.
- Avtalen mellom lege og pasient må også inneholde detaljer om hvordan analgetikum skal forskrives og utleveres. Likeså må det være instruksjoner om analgetikumdosering ved gjennombrudd av smerter.
- Selv om det er å foretrekke at én lege og ett apotek har ansvar for opioidbehandlingen, må det være enighet om hvordan analgetikaforskriving og utlevering skal skje når legen er fraværende eller utilgjengelig.

### 2.3.2 Søvnvansker

Rundt 10 % av befolkningen lider av kronisk insomni. En allmennlege vil i snitt ha en konsultasjon daglig der søvnproblemer foreligger. Siden insomni er et symptom, vil første skritt være en diagnostisk vurdering. Er det faktorer som disponerer for, utløser og bidrar til søvnvanskene? En rekke psykiatriske og somatiske tilstander disponerer for eller er ledsaget av kronisk insomni. Behandling av den tilgrunnliggende tilstand er den viktigste behandlingen.

Läkemedelsverket og Statens legemiddelkontroll arrangerte i april 1999 et ekspertmøte med det formål å utarbeide behandlingsanbefalinger for søvnvansker (Terapianbefaling: Behandling av søvnvansker. SLK-publikasjon 2000:08). Ved kroniske søvnvansker anbefales ikke-medikamentell behandling, som søvnhygiene, avspenningsteknikker, stimuluskontroll, søvnrestriksjonsbehandling og lysbehandling (vedlegg B). Mangel på tid anføres som en av grunnene til at ikke-medikamentell behandling i svært liten grad anvendes i allmennpraksis. Enkelte legekantor har hatt god nytte av å bruke medarbeidere til målrettet ikke-medikamentell insomnibehandling. Behandling med hypnotika er sjelden indisert. Særlig forsiktighet bør utvises til eldre der bruk av sovemiddel er forbundet med betydelig helserisiko. At mange pasienter opplever effekt av sovetabletter også etter langvarig bruk, skyldes gjerne seponeringsinsomnien som inntreffer når medikamentbruket avbrytes. Denne vil i de aller fleste tilfelle gå over i løpet av 14 dager. Men i tillegg bidrar nok også placeboeffekt og psykologisk avhengighet til at mange pasienter på nytt starter med sovemidler.

På den andre siden kan hypnotika være indisert for å bryte en vond sirkel der søvnløshet forsterker pasientens symptomer og manglende mestring. En kortvarig hypnotikakur (5-10 tabletter) med et medikament med kort halveringstid kan medvirke til å få pasienten i en positiv utvikling. Sovemiddel er også indisert i forhold til kortvarige situasjoner der ytre omstendigheter gir søvnforstyrrelser, og der behovet for søvn oppleves som viktig. Når hypnotika forskrives bør pasienten ha tilrettelagt informasjon både muntlig og skriftlig. Informasjonen må omhandle behandlingens formål og varighet, og det bør informeres om fare for tilvenning, forsiktighet ved bilkjøring, falltendens og svekket hukommelse. Velger man likevel å strekke hypnotikabehandlingen over noe tid, antas intermitterende behandling (1 tabl 2-3 netter i uken) å gi færre bivirkninger og bevart hypnotisk effekt over lengre tid. Ved kronisk sykdom med søvnvansker bør andre typer medikamenter forsøkes.

<b>Sjekkliste ved medikamentell behandling av søvnvansker:</b>		
1	<i>Foreligger behandlingsindikasjon ut fra anamnese og diagnose?</i>	
2	<i>Er ikke-medikamentell behandling vurdert først?</i>	
3	<i>Er det gitt muntlig og skriftlig informasjon ved første forskrivning?</i>	
4	<i>Er det skrevet ut minstepakning?</i>	

5	<i>Har eldre pasienter fått forskrevet halv dose?</i>	
6	<i>Er det sikret at daglig bruk ikke vil pågå utover 2 uker?</i>	
7	<i>Foreligger ny vurdering og konsultasjon ved reseptfornyelse?</i>	

### 2.3.3 Psykiske lidelser

Denne veilederen vil avgrense omtalen av vanedannende medikamenter i forbindelse med psykiske lidelser til bruken av beroligende medisiner. Den rådgivning som er gjengitt her, bygger på konsensuskonferansen om bruk av benzodiazepiner (BZD) i 1996. Retningslinjene forutsetter at legen har utført adekvat diagnostikk, og at alternative behandlingsformer er vurdert, så som fysisk trening, kognitiv terapi, eksponeringsterapi, rådgivning, terapeutiske samtaler og kontakt med selvhjelpsgrupper og frivillige organisasjoner.

Den angstdepnende effekten av BZD er nyttig i korttidsbehandling av angst og spenningstilstander. Unntaksvis kan BZD benyttes som hjelpemiddel i krisesituasjoner, og BZD kan være indisert som tilleggsmedisin i startfasen i behandlingen av depressive eller psykotiske tilstander. Eldre mennesker skal ha lavere doser av BZD enn yngre. Det skal foreligge en tungtveiende medisinsk indikasjon ved forskrivning av BZD til misbrukere og personer som tidligere har misbrukt rusmidler eller medikamenter. Det skal utvises stor varsomhet med BZD hos personer med personlighetsforstyrrelser.

Det er en ulempe med de beroligende legemidlene at de gir uønsket tretthet og reduserte psykomotoriske og kognitive funksjoner. Pasientene skal informeres om dette. Samtidig må det informeres om seponeringsproblemene som oppstår ved bruk utover 2-4 uker. Ved bruk i mer enn 3 måneder vil det foreligge toleranseutvikling og usikker klinisk effekt. På grunn av toleranseutviklingen vil symptomer, for eksempel angst, komme tilbake under behandling. Det er reist spørsmål om langtids BZD-bruk virkelig kontrollerer angst. Det er holdepunkter for at BZD over tid kan forverre angstsymptomer.

#### **Forsiktighetsregler:**

- BZD bør bare brukes ved aksepterte kliniske indikasjoner
- Legen bør ha en kritisk holdning til fornyet forskrivning på grunn av faren for avhengighet
- Ved kroniske tilstander bør en være forsiktig med forskrivning av BZD
- Ved oppstart av BZD-behandling bør lege og pasient sammen legge en behandlingsplan og bli enige om behandlingens formål, varighet og slutt
- Daglig bruk av BZD bør ikke vare lengre enn 4 uker
- Pakningsstørrelsen bør tilsvare behandlingens varighet
- Det skal gis grundig muntlig og skriftlig informasjon ved førstegangs forskrivning
- Ved behov for behandling utover den avtalte tid bør pasienten møte til konsultasjon. Legen skal da understreke risiko for tap av effekt og utviklingen av seponeringsvansker

### 2.3.4 Eldre

Legemiddelbehandling av eldre krever spesiell oppmerksomhet på grunn av de fysiologiske aldringsforandringer. Dessuten har eldre ofte flere sykdommer og tar flere legemidler samtidig.

Doser for voksne er som oftest tilpasset unge voksne. Norske undersøkelser har vist at dosering av sovemiddel til eldre er minst like høy som til yngre, dvs. minst 1 DDD. Til eldre bør man imidlertid starte med lav dose, titrere langsommere og/eller bruke lengre doseintervall. Som tommelfingerregel skal eldre ha halvparten av en voksendose. Da de forskjellige vanedannende legemidler har ulik omsetning i kroppen, bør det også vurderes hvilke legemidler som er best egnet for denne aldersgruppen. Hos eldre utgjør bivirkninger knyttet til dosen mer enn ni av ti bivirkninger. Ofte blir bivirkninger ikke diagnostisert fordi de mistolkes som plager som hører alderdommen til.

Undersøkelser viser at bare halvparten av pasientene tar medisinene sine riktig. For eldre pasienter er det ofte i tillegg kommunikasjonsproblemer (hørsel, hukommelse). Jo hyppigere dosering og jo flere medikamenter, jo dårligere blir etterlevelsen. Når flere legemidler brukes samtidig, øker også risikoen for interaksjoner. Viktige interaksjoner i denne sammenheng er kombinasjoner av vanedannende legemidler og andre legemidler med virkning på sentralnervesystemet.

Aktuelle bivirkninger ved bruk av vanedannende legemidler hos eldre er reduserte kognitive funksjoner, svimmelhet, ustøhet og falltendens. Spesielt overfor eldre pasienter må en bevisst og aktiv seponeringspolitikk gå inn som en viktig del av den kliniske virksomhet. Hos eldre er seponering en like viktig del av legemiddelbehandlingen som forskrivning.

### 2.3.5 Misbrukere

Det er viktig å huske på at også misbrukere blir syke. Misbrukere har den samme rett på adekvat medikamentell behandling som andre pasienter. Forskrivning av vanedannende legemidler til misbrukere kan gjøres der det foreligger medisinsk indikasjon, og der det er godtgjort at preparatene har dokumentert effekt og egner seg i behandlingsopplegget. Slik behandling bør da være en del av en behandlingsplan som innebærer minst mulig risiko for vedlikehold av legemiddelavhengighet.

Behandling på medisinsk indikasjon innebærer at misbrukeren skal ha adekvat medisinsk behandling for sin somatiske eller psykiske lidelse, og at preparater i gruppe A og B kan være adekvate valg i den forbindelse (se også kap. 2.3.1).

Samtidig krever misbruksproblematikken at legen vurderer indikasjonen nøye. Mange misbrukere kan simulere sykdom for å oppnå behandling med ønsket medikament.

Hvis pasientens faste lege likevel mener det er indikasjon for behandling med vanedannende medikamenter, så skal dette gjøres med stramme rammer for forskrivning og oppfølging (se kap. 3.4.2). En begrunnet behandlingsplan skal dokumenteres i pasientens journal. For behandling som strekker seg over tid, bør det foreligge en second opinion fra annet medisinskfaglig hold. Pasienten skal om mulig gis enkeltdoser av medikamentet, alternativt skal bare minstepakning skrives ut. Dette blant annet fordi mange misbrukere kan stå under press fra andre for å gi fra seg eller selge medikamenter.

## **2.4 Forskrivning til nære relasjoner og eget bruk**

---

Leger skal utvise stor forsiktighet ved utskrivning av vanedannende legemidler til familie og nærstående personer, også der det synes å foreligge en klar medisinsk indikasjon. Private relasjoner med pasienten vil kunne innebære en fare for at legen ikke har den nødvendige objektivitet til å foreta en forsvarlig forskrivning. Forhold som medisinsk indikasjon, omfang og hvor lang tid forskrivningen har pågått, samt andre omstendigheter rundt forskrivningen, vil være av betydning for en forsvarlighetsvurdering av den aktuelle forskrivning.

Det er innarbeidet praksis blant leger at man skal være tilbakeholden med å behandle seg selv, og søke kollegial bistand ved behov for diagnostisering eller behandling. Dette gjelder i særdeleshet ved behov for vanedannende legemidler. Leger har lett tilgang til slike medikamenter og må derfor ha en gjennomtenkt holdning til eget bruk. Det bør tilligge en kollega å ta beslutning om bruk av vanedannende legemidler.

Hvis en lege opplever å komme i et vanskelig forhold ved forskrivning av medikamenter til nære relasjoner, eller står i ferd med å miste kontrollen over forskrivning til eget bruk, er det viktig å søke veiledning. Legeforeningen har i alle fylker støttegrupper som har som oppgave å gi kolleger råd, veiledning og legehjelp. Det vises til legeforeningens årbok for å finne fram til de som sitter i disse støttegruppene.

Vanedannende legemidler kan skrives ut til bruk i egen praksis. Det er nødvendig å ha en god kvalitetssikring av forskrivning, oppbevaring og utlevering. Det vises til kap. 5.4.

## **2.5 Bruk av vanedannende legemidler i institusjon**

---

Studier over legemiddelforbruk i somatiske sykehus indikerer at minst 30% av pasientene får et benzodiazepin og at det ofte er her feilbruk starter. Andre tall fra norske somatiske sykehus indikerer et forbruk på 50 DDD/100 liggedøgn, eller at så mange som 50% av pasientene får benzodiazepin daglig. Også ved

norske sykehjem ligger forbruket av vanedannende medikamenter svært høyt.

I helseinstitusjoner ordineres legemidlene ofte av lege som ikke er pasientens faste, og pasienten kan få flere typer vanedannende legemidler samtidig, for eksempel både beroligende middel eller sovemiddel og smertestillende middel. Hyppig brukt til akutte smerter er kombinasjonsmidler med kodein. Ofte ville ikke-opioide alternativer vært tilstrekkelig. Pasientens bruk/overforbruk kan derfor starte under et institusjonsopphold. Avhengig av hvilke opplysninger som foreligger ved innleggelse, kan institusjonen bidra til å utvikle avhengighet og også til å vedlikeholde et misbruk.

Det følger av plikten til internkontroll, jf. tilsynslovens § 3, at institusjoner som en del av sitt internkontrollsystem skal ha rutiner for utdeling av legemidler til pasienter. Disse bør omfatte konkrete rutiner for ordinerings av vanedannende legemidler, spesielt er dette viktig for ordinerings av smertestillende midler, sovemidler og beroligende midler. Det vises til gjeldende forskrifter for legemiddelforsyning.

Institusjoner har forskjellige funksjoner, størrelse og pasientgrunnlag. På samme måte vil samarbeidet mellom institusjoner og leger i primærhelsetjenesten variere. Noen felles retningslinjer for ordinerings av vanedannende legemidler i institusjoner kan imidlertid trekkes opp:

- Det bør gå klart fram av skriftlige retningslinjer i hvilke situasjoner de forskjellige legemidlene skal brukes og hva som er første- og andrealg med hensyn til type legemiddel. Legemidler uten tilvenningspotensiale bør foretrekkes.
- Det bør ikke åpnes for at legemidler kan gis ”ved behov” uten at lege har vurdert indikasjonen for den konkrete pasient.
- Ved hver innleggelse bør det gå fram av innleggelsesdokumentene om pasienten er fast eller sporadisk bruker av vanedannende legemidler. Det er viktig at faste brukere ikke får disse legemidlene seponert for raskt.
- Pasienter som *før* innleggelse ikke bruker vanedannende legemidler, bør ikke *rutinemessig* ordineres dette under oppholdet eller få resept ved utskrivning. Når vanedannende legemidler ordineres, skal det foreligge en individuelt vurdert indikasjon og et tidsperspektiv for bruken. Ved utskrivning må pasientens faste lege, og evt. hjemmesykepleien, informeres. Epikrise skal spesielt ta opp eventuell fortsatt bruk av vanedannende legemidler.
- Ved forskrivning bør utskrevet pakning samsvare med avtalt brukstid.
- Legemiddelbruk ved utskrivning skal vurderes i forhold til bilkjøring o.l.
- Ved behandling av narkotikamisbrukere ved sykehus der det er nødvendig å gi substitusjonsbehandling, finnes egne retningslinjer utarbeidet av det nasjonale kompetansesenter for medikamentassistert rehabilitering (MARIO).

## 2.6 Forskrivning i tannlegepraksis

---

I henhold til forskrift 27. april 1998 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, § 2-2, har tannleger med norsk autorisasjon eller lisens rett til å forskrive de legemidler som er nødvendige for utøvelse av tannlegevirksomheten. Rekvisisjonsretten for tannleger er noe begrenset når det gjelder legemidler i reseptgruppe A og B til pasient, og for legemidler i reseptgruppe A til bruk i praksis. Av vanedannende legemidler er det hovedsakelig aktuelt for tannleger å forskrive legemidler mot angst og smerter. Det dreier seg også stort sett om kortvarig bruk mot akutt angst eller smerte, slik at minste pakning kan utskrives, og risikoen for utvikling av avhengighet eller misbruk er dermed liten. Ved forskrivning av vanedannende legemidler er det viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om legemidlet. Tannlegen har plikt til å informere om legemidlenes virkning og bivirkning, samt innvirkning på bilkjøring.

Angst for tannbehandling kan føre til at noen pasienter helt eller delvis unngår å oppsøke tannlege, og dette kan medføre dårligere tannhelse. Det er viktig at tannlegen tilstreber tilstrekkelig angst- og smertekontroll ved hjelp av riktig psykologisk tilnærming og korrekt bruk av legemidler. Medikamentell behandling kan være aktuelt for pasienter med tannbehandlingsangst av sterk eller moderat grad. De viktigste midlene for å behandle tannbehandlingsangst er lystgass på maske og benzodiazepiner. Tannleger anbefales ikke å forskrive benzodiazepiner til pasienter, men administrere en eventuell bruk innenfor kontorpraksis.

For behandling av akutt tannsmerte er effekten av lokalbedøvelse, paracetamol og NSAIDs godt dokumentert. Fordi tann smerter kan være meget intense og plagsomme, forskrives ofte kombinasjonen paracetamol og kodein. For de aller fleste er imidlertid den smertestillende tilleggseffekten av kodein marginal. Det er derfor ingen indikasjon for rutinemessig å gi sentralt virkende preparater med innhold av kodein eller andre opioide midler.

Kronisk smerte i ansikt/kjeve regionen er et vanlig problem. Som ved annen kronisk smerte, er effekten av vanlige smertestillende midler ofte dårlig. Slik smerte må utredes grundig og krever som regel samarbeid mellom flere spesialiteter og med pasientens faste lege.

Det er rapportert at rusmiddelmissbrukere er mer engstelige for tannbehandling og har lavere smerteterskel enn andre. Det hender derfor at de tar en dose av «sitt favorittstoff» før tannbehandling. Inntak av CNS-stimulerende stoffer som kokain, amfetamin og ecstasy, innebærer fare for alvorlige komplikasjoner under tannbehandlingen, og særlig dersom adrenalinholdig lokalbedøvelse injiseres. Dersom tannlegen tror at pasienten har tatt andre stoffer, må faren ved dette forklares og ny time avtales.

Tannleger må være forberedt på å bli oppsøkt av rusmiddelmissbrukere som på ulike måter og med ulike påskudd vil forsøke å skaffe seg vanedannende legemidler. Det er for eksempel grunn til aktsomhet hvis pasienten ikke godtar et ikke-opioid smertestillende middel.

## 2.7 Vanedannende legemidler og bilkjøring

Kjøring under innflytelse av vanedannende legemidler utgjør et betydelig faremoment i veitrafikken. En rekke legemidler kan nedsette oppmerksomhet, reaksjonsevne eller kritisk sans like mye som alkohol. At et medikament er forskrevet på medisinsk indikasjon, reduserer i seg selv ikke risikoen. En omtale av de aktuelle legemidlene finnes i Helsetilsynets veileder for utfylling av førerkortattester (IK-2562) og i retningslinjer for fylkeslegene ved behandling av førerkortsaker (IK-2236) som sist er oppdatert 15. mars 2000.

Ifølge forskrifter av 23. februar 1979 om førerkort og førerprøve m.v. § 8 første ledd, må ingen føre motorvogn når vedkommende på grunn av bruk av medikamenter ikke er i stand til å kjøre på trygg måte. Videre heter det i § 9 om krav til helse og førerlighet at det ikke må være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne. Spørsmål om bruk av vanedannende legemidler er med i helseattest for bilførere over 70 år. Pasienter bør rutinemessig få informasjon om at bruk av vanedannende legemidler nedsetter kjøreferdigheten. Et eksempel på slik informasjon er utleveringsseddelen "Trafikkfarlige legemidler" fra Statens legemiddelkontroll.

Ved kortvarig bruk av doser som går ut over det som kan anses forenlig med kjøring, skal legen advare pasienten. Særlig har kjøring kort tid etter inntak av et benzodiazepin, uten forutgående bruk, vist seg å utgjøre en betydelig risiko. Terapeutiske doser hypnotika tatt om kvelden diskvalifiserer som regel ikke for kjøring dagen etter. Halveringstiden for mange benzodiazepiner er lang. Ved bruk av mer enn små doser må man derfor regne med påvirkning hele døgnet. Premedikasjon og sedasjon for polikliniske inngrep vil som regel være uforenlig med bilkjøring de neste 12 timer.

Ved langvarig bruk av vanedannende legemidler plikter legen å vurdere pasientens førerkort. Tap av førerkort kan innebære en vanskelig situasjon for den det gjelder. Anbefaling om inndragning av førerkort av helsemessige grunner må være faglig fundert. Det er vanskelig å operere med klare grenser fordi påvirkningsgraden er avhengig av alder, annen sykdom, medikamenttype og eventuelle kombinasjonseffekter. IK 2236 angir imidlertid veiledende grenseverdier for når legen bør reagere overfor pasientens bilkjøring. Nedenfor er verdiene angitt som veiledende grenseverdier for når legen bør være spesielt aktpågivende i forhold til pasientens bilkjøring.

### Eksempler på veiledende grenseverdier for døgndose i forhold til bilkjøring ved langvarig bruk av vanedannende legemidler:

Diazepam (Stesolid, Valium, Vival)	10 mg	(2 tabl)
Flunitrazepam (Flunipam, Rohypnol)	1 mg	(1 tabl)
Karisoprodol (Somadril)	700 mg	(2 tabl)
Kodein (bl.a. kombinasjonsprep)	180 mg	(6 tabl P.f)
Nitrazepam (Apodorm, Mogadon)	5 mg	(1 tabl)
Oksazepam (Alopam, Serepax, Sobril)	30 mg	(2 tabl a 15mg)
Zopiklon (Imovane)	7,5 mg	(1 tabl)

Det er viktig å understreke at slike grenseverdier skal vurderes individuelt, men ovenstående verdier kan brukes som tommelfingerregel. Når det gjelder de angitte grenseverdier, vil det være en forutsetning at medikamentinntaket er fordelt over flere doser i løpet av dagen, dette med unntak av sovemidler. Ved kombinasjonsbruk settes grensene anslagsvis 50 % lavere for det enkelte medikament. Også lavere doser kan imidlertid være risikofylte, spesielt hvis medikamentet tas om dagen, før kjøring, eller ved samtidig bruk av andre legemidler (spesielt opioider, sederende antipsykotika, antidepressiva, antihistaminer eller muskelavslappende midler), eller hos syke, svekkede eller eldre personer.

Dersom legen finner at vedkommende ikke fyller helsekravene, men med forventet varighet mindre enn 6 måneder, har legen *muntlig meldeplikt* overfor pasienten. Det må noteres i journalen at advarsel er gitt. Pasienten er juridisk forpliktet til ikke å kjøre.

Dersom tilstanden antas å vare mer enn seks måneder, utløses meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 og forskrift om leges melding om at innehaver av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav av 13. juli 1984 nr. 1467 § 2. Legen skal gi skriftlig melding til pasienten og fylkeslegen (*ikke* politiet eller trafikkstasjonen). Førerkortinnehaveren skal innlevere førerkortet til politiet. Meldeplikten går foran taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 21, jf. forskriftens § 5. Supplerende medisinske opplysninger bør følge meldingen slik at fylkeslegen har grunnlag for å vurdere om det skal meldes videre til politiet. Fylkeslegen behandler eventuell søknad om dispensasjon.

Fylkeslegene behandler førerkortsaker på bakgrunn av bestemmelsene i førerkortforskriften og retningslinjer fra Statens helsetilsyn. En gjennomgang av et materiale fra Vest-Agder viser at få saker meldes til fylkeslegen. Dette kan tyde på at legene ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til eller er oppmerksom på problemet med medikamentbruk i forbindelse med bilkjøring. Ved forskrivning av vanedannende legemidler påligger det legene å ha oppmerksomheten rettet mot konsekvenser for bruk av motorkjøretøy.

Et særlig problem er knyttet til pasienter på legemiddelassistert rehabilitering. I utgangspunktet skal rusmiddelbrukere ikke ha førerkort. Helsetilsynet har imidlertid i forhold til legemiddelassistert rehabilitering overfor fylkeslegene tilrådd dispensasjon for førerkort i kl. A, B, S og T forutsatt at:

- behandlingen skjer under betryggende oppfølging og kontroll ved rehabiliteringsinstans godkjent av departementet, og med navngitt forskrivende lege
- dosen er innstilt og har vært stabil over en seksmånedersperiode
- det ikke er bruk av andre beroligende eller bedøvende midler
- bruk av illegale stoffer er helt opphørt.

Det vises til IK-2236 for fullstendig orientering.

---

## 3 Vanedannende legemidler der den faglige indikasjon er usikker

---

### 3.1 Generelt

---

I kapittel 2 er omtalt bruk av vanedannende medikamenter ved faglig sikker indikasjon, og de forsiktighetsregler som legen bør ivareta ved slik forskrivning. I kapittel 4 skal omtales forhold knyttet til pasienter som misbruker vanedannende legemidler (se definisjon av legemiddelmisbruk kap. 1.1.3). I dette kapitlet skal vi gå inn på gråsonene mellom den sikre faglige indikasjonen og misbruket.

I allmennpraksis utgjør dette en stor gruppe pasienter. Disse bruker vanedannende legemidler på en slik måte at dosering og/eller varighet avviker fra anbefalte retningslinjer for medikamentene. Det er gjerne personer med smertesyndromer, søvnvansker og angst som bruker legemidler for å døyve plagene og som har utviklet en avhengighet, men hvor dette ikke har ført til noe sosialt avvik. De aller fleste som har utviklet avhengighet av vanedannende legemidler, har begynt bruken som ledd i en faglig forsvarlig behandling der denne bruken var indisert. Gradvis har situasjonen endret seg fra anbefalt bruk til overbruk eller feilbruk. Problemet for legen og for tilsynsmyndighetene blir å sette grensen for når forskrivningen ikke lengre er forsvarlig. Som det vil fremgå av dette kapitlet kan det være tilfeller der en forskrivning av vanedannende legemidler til en bruk som avviker fra anbefalte retningslinjer, kan forsvares, men en slik forskrivning skal være et resultat av en grundig vurdering og en lang prosess, se kap. 3.4.2.

De fleste leger mener at man bør være restriktiv i forskrivningen av vanedannende legemidler. Likevel er det ikke alltid sammenheng mellom teori og praksis. Det er ikke uvanlig at leger etablerer en langvarig eller varig forskrivning av vanedannende legemidler i moderate doser til pasienter med kroniske plager, i særlig grad eldre pasienter. Mange leger opplever at dette skjer gjennom en gradvis utvikling der legen stadig prøver å demme opp for et overforbruk, men der legen opplever å bli drevet fra skanse til skanse av en pasient som allerede er inne i en avhengighetsproblematikk.

Ikke sjelden kommer leger i situasjoner der de føler seg presset til å forskrive vanedannende medikamenter, selv om de er klar over at faglig indikasjon er svak eller fraværende. Det krever ofte mye tid og krefter å finne andre løsninger. Det er derfor viktig at den enkelte lege har gjennomtenkte strategier og egne prosedyrer for å møte disse problemene. Legen må tidlig kunne erkjenne når en pasient er på vei inn i en slik utvikling, ta forholdsregler for å unngå dette og i samarbeid med pasienten kunne gripe fatt i problemet.

---

### 3.2 Faresignaler ved bruk av vanedannende medikament

---

Nedenfor er det punktvis satt opp faresignaler som kan være indikasjoner på at en pasient er i ferd med å gå inn i en avhengighetstilstand og et mulig legemiddelmisbruk. Det er viktig at legen er oppmerksom og raskt kan ta dette opp med pasienten.

#### Faresignaler

1. *Pasienten rapporterer redusert effekt av legemidlet (toleranseutvikling).*
2. *Pasienten endrer sitt forbruksmønster. Legemidlene brukes i stadig flere sammenhenger, inntas ofte "for sikkerhets skyld" eller av frykt for det ubehag som oppstår når effekten begynner å gå ut.*
3. *Pasienten rapporterer symptomer på bivirkninger, som konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, interesseløshet, initiativløshet og sosial isolasjon.*
4. *Pasienten havner stadig i ulike "kriser" som grunngir fortsatt forbruk.*
5. *Pasienten har økende forbruk.*
6. *Pasienten har et vedvarende, stabilt forbruk **med sterke motforestillinger mot redusert dosering eller endret medikasjon.***
7. *Pasienten får plager ved forsøk på nedtrapping eller seponering (seponeringsvansker).*
8. *Det foreligger komparentopplysninger om endret adferd.*

Når legen antyder reduksjon eller seponering av forbruket, vil han/hun ofte bli møtt med argumenter som:

- «Det er tablettene som gjør at jeg kan fungere, tar du dem fra meg klarer jeg ikke takle hverdagen min.»
- «Jeg tør ikke slutte. De gangene jeg har prøvd, har jeg hatt det helt forferdelig.»
- «Du kan ikke bare be meg om å slutte nå. Du har jo selv skrevet ut disse tablettene til meg.»

Disse motforestillingene fra pasientens side har bakgrunn i de seponeringsvansker som er beskrevet i kap. 1.1.3. I en slik situasjon er det viktig å gi pasienten informasjon og legge til rette for et samarbeid, samtidig som det fastslås at legen alene har det faglige ansvar for forskrivningen.

### 3.3 Pasientinformasjon

---

Gjennom dialog og informasjon må legen gjøre pasienten delaktig i prosessen. Inntar legen i for stor grad formynderrollen, vil pasienten oppleve legen som en motspiller og reagere med angst for at legen skal ta vekk noe pasienten opplever som et reelt behov. Et godt utgangspunkt er å gi pasienten generell informasjon om legemidlenes virkninger, bivirkninger og risiko for avhengighetsutvikling. Legen må prøve å motivere pasienter til selv å seponere eller redusere dosen av legemidlet. Utsikter til bedret livskvalitet kan være en viktig motivasjon. Legen må sikre en forståelse av hva toleranseutvikling

innebærer: Når pasienten opplever behov for å øke dosen, betyr ikke dette nødvendigvis at grunnlidelsen har forverret seg. Pasienten bør også informeres om abstinensreaksjonen som kan komme ved nedtrapping eller seponering, og at denne i de fleste tilfeller er forbigående. Pasienten bør få skriftlig informasjon. I vedlegg C er det elementer til utarbeidelse av slik informasjon.

Sammen med pasienten må legen legge en behandlingsplan med siktemål å seponere de avhengighetsskapende legemidlene. Pasienten må oppleve legen som en medspiller som vil gi støtte der pasienten møter seponeringsvansker, og alternativ behandling der grunnsymptomene gir behov for dette. Jo tidligere pasient og lege går inn i problemstillingen etter at mistanken om en avhengighetsutvikling er reist, jo større er sjansen for å lykkes.

Det er likevel nødvendig at legen viser fasthet i de beslutninger som tas. En konsekvent holdning til pasientens forespørsler vil gi økt forutsigbarhet og også være tidsbesparende, selv om det i perioder kan gi et noe vanskeligere lege/pasient forhold.

## **3.4 Særlige problemstillinger**

---

### **3.4.1 Ukjente pasienter**

Som hovedregel skal det ikke ordineres A- og B-preparater til ukjente pasienter uten at det foreligger en sikker faglig indikasjon. Selv ved en sikker faglig indikasjon skal det overlates til pasientens faste lege å ta stilling til behandling som skal strekke seg over tid. Resepter bør derfor bare skrives ut på minstepakning. Alternativt kan pasienten få utdelt det antall tabletter som er nødvendig. Før resept utstedes på legemiddel i reseptgruppe A eller B, skal legitimasjon kreves og forevises dersom pasienten er ukjent, jf. utleveringsforskriften § 5-7.

Det er særlig på legevakt at en kan møte problemstillingen vedrørende spørsmål om vanedannende legemidler til ukjente pasienter. I sin angst for å få seponeringssymptomer kan pasienter i et avhengighetsforhold fremby stor kreativitet i sin argumentasjon for å få tak i det ønskede medikamentet, fra praktiske vansker med å få tak i egen lege til simulering av sykdom. Særlig skal en være på vakt hvis pasienten:

- starter ut med en klar bestilling: ” ..... bare XX som virker”
- har god kjennskap til preparatnavn, pakningsstørrelser m.v.
- er en yngre pasient uten klar somatisk sykdom
- presenterer en helt annen problemstilling og ber helt ”tilfeldig” om vanedannende legemidler på slutten av konsultasjonen

Hvis legen ikke er sikker på at det foreligger en klar indikasjon for behandling med vanedannende midler, bør annen behandling velges, eventuelt bør pasienten avvises og bes kontakte egen lege.

### 3.4.2 Langtidsforskrivning til ikke-misbrukere

De fleste allmennleger har pasienter som over lang tid har stått på terapeutiske doser av vanedannende legemidler. Dette gjelder særlig eldre pasienter med søvnvansker, nervøse lidelser eller moderate kroniske smerter. Men det kan også gjelde yngre pasienter med moderate psykiske problemer i form av depressive vansker, angst og uro. Som regel har pasienten gjentatte ganger fått informasjon om avhengighetsproblemet, det har vært gjort seponeringsforsøk og forsøk med alternativ behandling, men pasienten har ønsket å fortsette med en liten eller moderat dose av det vanedannende legemidlet. Pasienten er da som regel i et avhengighetsforhold til legemidlet, men det foreligger ingen misbruksproblematikk (se definisjon kap. 1.1.3). De fleste leger ser ut til å akseptere en slik situasjon, i alle fall der doseringen holder seg stabil og uendret. Argumentet er at pasienten ser ut til å ha en bedre hverdag med medikamentet enn uten, og at en har valgt det minste av to onder.

For legen er det viktig å identifisere de pasienter dette gjelder, erkjenne og gripe fatt i problemet og vurdere hvilke tiltak som er nødvendige i utredningen og oppfølgingen av pasienten. Det er ikke forsvarlig legepraksis å fornye resepter for vanedannende legemidler over lang tid uten at dette er et ledd i en planmessig medisinsk behandling under medvirkning av pasienten.

Ofte er det tidspresset som gjør at leger ikke makter å gripe fatt i de pasienter som blir gående på moderate doser av vanedannende legemidler. For å takle press og mas fra pasienter, tar mange leger i bruk forklaringsmodeller der ansvaret tilskrives andre personer eller omstendigheter utenfor legens kontroll. Noen eksempler på slike forklaringsmodeller er:

- behandlingen er startet av en annen lege
- legen velger i stor grad å la pasienten være delaktig i behandlingen
- legen antar at pasienten mestrer sin legemiddelbruk og selv er bevisst på risiko for tilvenning og avhengighet
- legen tar mindre hensyn til forsiktighetsregler overfor eldre pasienter
- pasienten fikk fornyet sin resept i ekspedisjonen og det var derfor ikke noen direkte kontakt mellom legen og pasienten.

Forskrivende lege har det fulle ansvar for den behandling som er knyttet til aktuelle forskrivning og for å se denne i forhold til et helhetlig, forsvarlig behandlingsopplegg. Dette gjelder også der en lege har avtale om å skrive resept i behandlende leges fravær. Selv om medarbeidere har utført deler av arbeidet, har forskrivende lege det fulle ansvar for forskrivning og behandling.

For legen er det ofte vanskelige avveininger om en langtidsforskrivning skal fortsette, for eksempel en forsiktig dose av et angstdempende medikament til en eldre pasient som har stått lenge på preparatet. Hvis pasienten trass informasjon om ulemper og risiko, fortsatt ønsker å bruke vanedannende legemidler i terapeutiske doser, blir det legens ansvar å utrede og vurdere om dette kan være forsvarlig. Men det skal ligge en rekke forutsetninger til grunn før en slik konklusjon trekkes og før en slik langtidsforskrivning til ikke-misbrukere kan anses forsvarlig, se sjekklister nedenfor.

<b>Sjekkliste for langtidsforordning til ikke-misbrukere:</b>		
1	<i>Ikke-medikamentell behandling er utprøvd og dokumentert.</i>	
2	<i>Det er dokumentert at pasienten har fått muntlig og skriftlig informasjon om faren for tilvenning, bivirkninger og langtidskader.</i>	
3	<i>Det er gjort minst ett seponeringsforsøk over så lang tid at abstinensreaksjonene var tilbakelagt (6-8 uker).</i>	
4	<i>Risiko ved bivirkninger (falltendens, toleranseutvikling etc) er veiet opp mot gevinst, og konsekvenser for førerkort er vurdert.</i>	
5	<i>Legen har en klar oppfatning av at pasientens livskvalitet er bedret med den aktuelle behandling.</i>	
6	<i>Det er innhentet en vurdering av forordningen fra annet faglig hold og dette er dokumentert i journalen.</i>	
7	<i>Det foreligger en behandlingsplan der forordningsintervall og øvre grense for dosering er bestemt i samråd med pasienten.</i>	
8	<i>I behandlingsplanen er det lagt inn milepeler der muligheter for nedtrapping og seponering skal diskuteres med pasienten.</i>	
9	<i>Det foreligger ikke mistanke om videresalg, kombinasjonsbruk med rusmidler eller kombinasjon med medikamenter forskrevet av andre.</i>	
10	<i>Behandlingsplanen er et resultat av faglige overveielser og målrettet dialog med pasienten, og uten at noen form for press foreligger.</i>	

Tilsynsmyndighetene vil i sin vurdering av om en langtidsforordning av vanedannende legemidler er uforordbar, blant annet legge til grunn legens dokumenterte vurderinger knyttet til de punkter som fremgår av ovenstående sjekkliste. Det er en forutsetning at doseringen holdes så lav som mulig og at forordningen tas opp til revurdering med jevne mellomrom. Mistanke om utvikling av misbruk må snart gripes fatt i. En forordning av vanedannende legemidler over lang tid skal være en gjennomtenkt beslutning og ikke et resultat av manglende bevisstgjøring, tidspress eller pasientstyring.

En studie av Mouland indikerer at det er mulig å trappe ned eller seponere vanedannende legemidler til kroniske brukere når pasienten får nødvendig informasjon og rådgivning av legen på forhånd. I studien fikk langtidsbrukere av benzodiazepiner tilsendt et standardbrev med informasjon om langtidsbivirkninger og forslag til individuell nedtrappingsplan for den første måneden. I brevet ble de også oppfordret til å bestille time hos legen etter en måned. Resultatet av dette enkle tiltaket var en gjennomsnittlig nedgang i forordning på 51% i løpet av ett år. Dette tyder på at det er mulig å oppnå stor reduksjon i legemiddelbruk dersom man informerer pasientene og lar dem delta i prosessen. Det har betydning at alle legene lokalt er samsnakkert og inntar en felles holdning (kap. 5.2). Det er store geografiske forskjeller i forordning av vanedannende legemidler til ikke-misbrukere. Nye leger ser ut til å tilpasse seg lokal forordningskultur. Det er derfor også viktig at legene i felleskap vurderer forordningsvaner opp mot gjeldende retningslinjer. Ovenstående sjekkliste kan være et utgangspunkt for kollegiale diskusjoner.

Ved bruk av vanedannende legemidler over flere måneder eller år, kan seponeringssymptomene oppleves som svært ubehagelige, og tanken på ubehaget kan i seg selv fremkalle angst. Overfor pasienten er det viktig å

fastholde at ubehaget går over, og at han/hun en periode må ta hensyn til sin reduserte tilstand. Målsetningen for nedtrappingen vil ikke alltid kunne være total frihet fra bruk av vanedannende legemidler. Det vil likevel være positivt dersom et regelmessig forbruk kan endres til en intermitterende bruk eller der mengden inntatt medikament kan reduseres betraktelig. I mange tilfeller går det imidlertid greit å slutte når beslutningen først er tatt. Ved god motivasjon er de fleste i stand til å komme seg gjennom ubehaget som måtte oppstå. Det burde være en motiverende faktor at de pasienter som har greidd å trappe ned, rapporterer om en bedret livskvalitet.

Gode kommunikasjonsferdigheter er vesentlig for å lykkes. Det kan være et dilemma hvor mye press og styring fra legens side som er nødvendig. For stort press på pasienten kan føre til motstand, mens for liten styring kan skape retningsløshet og manglende progresjon. Pasientens deltakelse er helt sentralt, ved motivasjon, egen beslutningstaking og tilegnelse av mestringsmåter. Aktuell litteratur er bl.a. ”Motivational Interviewing” (William Miller).

Mange leger opplever at pasientene skifter over til annen lege dersom legen begynner å sette krav om nedtrapping. Disse fluktmekanismene bør drøftes åpent med pasientene. Leger som opplever å få nye pasienter med et etablert overforbruk av vanedannende legemidler, bør straks ta dette opp med pasienten og få tillatelse til å innhente opplysninger fra tidligere leger. Problemet med skifte av lege på denne bakgrunn vil trolig bli mindre i fastlegeordningen.

For mange pasienter kan det være nødvendig med en styrt nedtrapping med tett oppfølging fra behandler. Nedenfor følger eksempel på en nedtrappingsplan som kan brukes både i institusjon og i allmennpraksis. Selv om denne nedtrappingen tar utgangspunkt i benzodiazepinavhengighet, kan hovedprinsippene brukes også i nedtrapping av andre vanedannende legemidler. Ved nedtrapping av opioidavhengighet kan bruk av alfa-adrenerge blokkere være aktuelt. Hvis nedtrappingen strekker seg langt ut over den antatte tiden, bør det søkes råd hos eller henvises til spesialisthelsetjenesten.

#### **Retningslinjer for nedtrapping ved langvarig avhengighet:**

1. Det bør foreligge en underskrevet avtale mellom pasient og lege.
2. Ved bruk av flere vanedannende legemidler startes nedtrappingen med det legemiddel som har kortest halveringstid.
3. Nedtrappingshastigheten er individuell. Tommelfingerregelen er en dosereduksjon på 10-20 % med en til to ukers mellomrom.
4. Under nedtrapping bør pasienten ha støttesamtaler regelmessig, gjerne korte, ukentlige konsultasjoner med vekt på informasjon om abstinenssymptomer og seponeringsvansker.
5. Gi rom for endringer i nedtrappingsskjemaet, men øk aldri dosen.
6. La pasienten bruke en subjektiv vurderingsskala fra 0-10 for å beskrive sine symptomer. Vektlegg positive endringer.
7. I noen tilfeller kan det være behov for samtidig medisinerings med karbamazepin for å dempe krampetendenser Behandlingen seponeres to uker etter avsluttet benzodiazepin nedtrapping.
8. Ved behov for sovemedisin anbefales et antihistamin, alternativt kan et høydosenevroleptikum eller et antidepressiva være nyttig.

---

## 4 Vanedannende legemidler ved misbruk

---

### 4.1 Generelt

---

Definisjon av legemiddelmisbruk fremgår av kap. 1.1.3. Ved misbruk er hensikten med inntak av vanedannende legemiddel ikke-terapeutisk, hensikten er å oppnå rus og oppstemthet. Det er særlig opioider og benzodiazepiner som er de aktuelle medikamenter i misbrukssammenheng (se vedlegg A). Det foreligger ikke nødvendigvis avhengighet av et spesielt legemiddel, men et ønske om å bruke det som supplement til eller erstatning for andre rusmidler. Blandingsmisbruk er vanlig. Nedenfor er noen kjennetegn ved misbruk av legemidler/ blandingsmisbruk til hjelp for å identifisere et misbruksproblem.

#### **Kjennetegn ved pasienter med legemiddelmisbruk/blandingsmisbruk:**

- Langvarig bruk av vanedannende legemidler i kombinasjon med misbruk av illegale rusmidler/narkotiske stoffer og/eller alkohol.
- Pasienten benytter, eller prøver å benytte, flere leger for å skaffe seg vanedannende legemidler utover det medisinsk indiserte.
- Pasienten har stor detaljkunnskap om vanedannende legemidler og kommer ofte med spesifikke bestillinger hva angår type eller dose.
- Hyppig tap av resepter eller legemidler.
- Pasienten har forfalsket eller stjålet resepter.
- Pasienten driver illegalt salg eller illegal erhvervelse eller innførsel av vanedannende legemidler.
- Perorale medisiner kan tas intravenøst, obs sprøytemerker.

Når ett eller flere kjennetegn på misbruk foreligger, bør pasienten henvises til adekvat hjelpeinstans. Rehabilitering ved misbruksproblematikk krever bred tilnærming med ivaretagelse både av somatiske, psykiske, sosiale og juridiske forhold. Forskrivning av legemidler vil bare være ett av en rekke aktuelle virkemidler.

Det er naturlig å skille mellom:

- *Nedtrappingsopplegg* av misbrukere over en avgrenset periode der både rusfrihet og medikamentfrihet er målet.
- *Substitusjonsbehandling/vedlikeholdsbehandling* der medikamentell behandling med egnet legemiddel inngår, der rusfrihet er målet og behandlingen vanligvis strekker seg over tid.

Det er imidlertid ikke alltid noe skarpt skille. For noen misbrukere kan vedlikeholdsbehandling gi en plattform som kan muliggjøre annen medisinsk behandling og på sikt en nedtrappingsbehandling med både rusfrihet og medikamentfrihet som målsetting.

### **4.1.1 Tverrfaglig og medisinskfaglig samarbeid**

Det er kommunens sosialtjeneste som er ansvarlig for rehabiliteringsopplegg for misbrukere (§ 6-1 i sosialtjenesteloven), dette ofte i samarbeid med andrelinjetjenestens rusomsorg. Behandlingen krever som oftest en tverrfaglig tilnærming og gjennomføring. Aktuelle aktører forøvrig kan være behandlende lege, psykisk helsevern i kommunen, psykiatrisk andrelinjetjeneste og regionalt senter for legemiddelassistert rehabilitering.

Hvis pasienten henvender seg direkte til legen, bør legen i samarbeid med sosialkontoret ta initiativ til et strukturert tverrfaglig samarbeid, vanligvis i form av en ansvarsgruppe. Det kan som regel ikke anses forsvarlig at en lege på egen hånd forsøker å behandle misbrukere. Et nedtrappingsopplegg bør ses i sammenheng med psykososiale tiltak. Kommunehelsetjenesten skal i henhold til helselovgivningen utarbeide en individuell behandlingsplan, jf. lov om kommunehelsetjeneste § 6-2. Behandlingsplanen bør klart definere ansvarsforhold i oppfølgingen.

Det minnes også om at en lege uten hinder av taushetsplikten og av eget tiltak skal gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler med fare for barnet (Lov om helsepersonell § 32).

Legens bidrag vil variere etter lokale forhold, kompetanse og interesse. I et aktivt samarbeid med en ansvarsgruppe kan legen spille en viktig sosialmedisinsk og allmennmedisinsk rolle. Mange leger erfarer at det er vanskelig å stå alene om de medisinskfaglige vurderinger og beslutninger. Helsetilsynet tilrår derfor at det i tillegg til et tverrfaglig samarbeid, også opprettes et medisinskfaglig samarbeid med andrelinjetjeneste, kommunelege I eller annen kollega med interesse og kompetanse innen fagfeltet. Dette både for å sikre at legen har den nødvendige støtte i vanskelige avgjørelser og pressituasjoner, og for løpende å ha et faglig korrektiv til de beslutninger som tas.

Når det gjelder fordeling av roller og ansvar i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering henvises det til punkt 4.4.

I et tverrfaglig samarbeid vil det forventes at legen tar ansvaret for vurdering av pasientens somatiske og psykiske helse, smittevern, vaksiner og nødvendig forskrivning av legemidler. Enkelte leger vil også kunne bidra i forhold til psykososiale og sosialmedisinske problemstillinger. Denne veilederen omhandler bare forskrivning av legemidler.

## **4.2 Legens møte med misbrukeren**

---

Enhver pasient skal tas på alvor og ivaretas på en forsvarlig måte, men pasienten har ikke krav på å bli behandlet med et bestemt legemiddel. Det skal alltid være legens faglige vurdering som ligger til grunn for valg av behandling. Nedenfor er det gitt eksempler på situasjoner som enten kan appellere til eller presse legen til å forskrive vanedannende legemidler:

- *Livskrise som pressmiddel.* Misbrukere er ofte i en fortvilet situasjon, og det er naturlig å vise medfølelse. Legen bør likevel se realistisk på egne muligheter til å løse pasientens problemer. Når pasienten presenterer omfattende rusproblematikk og psykososiale vansker, er det naturlig å etablere samarbeid med sosialkontor eller henvise til spesialisthelsetjeneste. Resept på et legemiddel er ikke tilstrekkelig som eneste løsning.
- *Kriminalitet, prostitusjon og HIV som pressmiddel.* Noen pasienter angir at de uten ønsket medisinerings tvinges til å kjøpe narkotika illegalt, begå kriminelle handlinger eller prostituere seg. Argumentet om at ”jeg ønsker å komme meg ut av misbrukermiljøet og etablere meg på nytt, men da må du skrive ut medisiner”, er også velkjent. Det foreligger ikke holdepunkter for at forskrivning av legemidler uten iverksetting av andre behandlingstiltak, fører til redusert prostitusjon, kriminalitet eller misbruk.
- *Trussel som pressmiddel.* Enkelte pasienter kan være truende, – direkte eller indirekte. Slike situasjoner oppstår gjerne når pasienten har en forventning om rett til fortsatt resept. Når det forekommer direkte trusler om vold, bør dette meldes til politiet. Dersom pasienten truer indirekte, kan legen spørre om han eller hun mener å true. Dette vil i de fleste tilfeller bli benektet.
- *Suicid som pressmiddel.* Det kan også forekomme hentydninger om å skade seg selv eller trusler om å ta sitt eget liv. I slike tilfeller bør legen spørre direkte om dette er ment som en trussel og gjøre det klart at denne form for press umuliggjør en fortsatt dialog. Dersom pasienten oppfattes som reelt suicidal, skal han eller hun henvises til psykiatrisk sykehus. Trussel om suicid er ikke indikasjon for forskrivning av vanedannende legemidler.

Ved å gi etter for press kan legen vikles inn i forhold som det er vanskelig å komme ut av. Opplevs pasientsituasjoner som vanskelige, bør man søke råd hos erfarne kollegaer, søke tverrfaglig samarbeid, henvise pasienten til annet faglig hold, eller avvikle eget engasjement. Ved personlige vansker, anbefales legeföreningens kollegastøtteordning som finnes i alle fylker. Ved uhandterlig press kan leger fraskrive seg retten til å forskrive vanedannende legemidler for en periode, til enkeltpasienter eller for alltid (lov om helsepersonell § 63).

Leger skal ikke opprettholde et rusmisbruk ved en isolert forskrivningspraksis. Forskrivning av vanedannende legemidler skal derfor bare skje ved

- medisinsk indikasjon (jf. kap. 2.3.5)
- nedtrappingsopplegg (jf. kap. 4.3)
- godkjent opplegg med legemiddelassistert rehabilitering (jf. kap. 4.4)

### **4.3 Nedtrapping**

---

Som nevnt er misbruk av vanedannende legemidler som regel en del av et større misbruksproblem. Dette kan omfatte misbruk av illegale stoffer/narkotika og/eller alkohol, og det vil ofte foreligge vanskelige og sammensatte psykososiale problemstillinger.

Avvikling av legemiddelmisbruk kan gjennomføres ved innleggelse i institusjon, der det gjennomføres en seponering eller rask nedtrapping under tilsyn og behandling. En del rusmiddelklinikker og psykiatriske sykehus har gode erfaringer med dette. Men nedtrapping kan også gjøres over noe tid i opplegg tilrettelagt av primærhelsetjenesten.

#### 4.3.1 Nedtrappingsplan

En sentral del av legens ansvarsområde vil være en nedtrappingsplan. Det bør inngås avtale som i detalj redegjør for de plikter som påhviler partene (se eks. i vedlegg D). Pasienten skal avstå fra bruk av illegale stoffer og reseptpliktige medikamenter som ikke er utskrevet av behandlende lege. Det skal gjennomføres kontrollprøver som fast opplegg og stikkprøver.

Gjennomføringen av en nedtrappingsplan vil kreve individuelt tilpassete, regelmessige og hyppige konsultasjoner avpasset etter medisinske vurderinger og type misbruk. Oppmerksomheten skal rettes mot:

- Somatisk og psykisk status
- Relevante laboratorieprøver
- Informasjon om abstinenssymptomer
- Kontroll av hvordan pasienten følger opp nedtrappingsplanen
- Videre medisinerer, evt. justering av nedtrappingsplan

Legen har plikt til å føre en tilstrekkelig dokumentasjon i pasientens journal. Dokumentasjonen skal blant annet inneholde opplysninger om: Pasientens tilstand, legens vurderinger, foretatte tiltak, forskrivning og videre oppfølging. Det vises videre til helsepersonelloven kap. 8 og forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000.

Substitusjonsbehandling (se kap. 4.4) med egnet medikament og med tilpassede og avtrappende doser, kan unntaksvis inngå som en del av nedtrappingsplanen. Dette bør drøftes i ansvarsgruppen og opplegget skal utarbeides i samarbeid med andre- eller tredjelinjetjenesten.

Tidsrammen for en nedtrappingsplan kan være gjenstand for diskusjon. Den bør være så stram at det legges press på pasienten i retning rusfrihet og medikamentfrihet. Men presset bør ikke bli så stort at pasienten går på gjentatte nederlag. Det vil være behandlende lege som gjennom tverrfaglig samarbeid og i avtale med pasienten, kommer fram til en egnet tidsramme. Tidsrammen vil være avhengig av hvilke legemidler som misbrukes. Nedtrapping av benzodiazepiner krever ofte lengre tid enn nedtrapping av opioider. Helsetilsynet vil tilrå en tidsramme innenfor en periode på 3 måneder. Hvis det ikke er oppnådd rusfrihet og medikamentfrihet i løpet av 3 måneder, skal ansvarsgruppen revurdere behandlingsplan og målsetting, og vurdere henvisning til andrelinjetjenesten på nytt. Unntaksvis kan en ny nedtrappingsplan på 3 måneder iverksettes, og prosessen kan eventuelt gjentas ved utløpet av denne perioden. Ingen pasient bør gå i et nedtrappingsopplegg utover 12 måneder.

Nedtrapping av vanedannende legemidler bør bygge på følgende prinsipper:

- Nedtrapping startes med det medikamentet som har kortest halveringstid
- Det anbefales 10 % dosereduksjon pr uke for B-preparater, raskere nedtrapping ellers
- Det bør ikke gis resept på mer enn en ukes forbruk. Nedtrapping av opioider og blandingsmisbruk krever ofte daglig utlevering
- Dosen skal aldri økes. Unntaksvis kan nedtrappingen forlenges noe
- Hemmere av adrenerg transmisjon, som clonidin, kan være aktuelle ved opioidmisbruk, karbamazepin eller valproat kan redusere risiko for kramper
- Gjennomføring av nedtrappingsplanen krever nært samarbeid med apotek

Et vanskelig punkt er hvilke konsekvenser et brudd på nedtrappingsplanen skal ha for pasienten. På den ene siden skal opplegget være så stramt at reglene hjelper pasienten til å avholde seg fra sidemisbruk eller handlinger som medfører en sprekk. På den andre siden må ikke små tilbakeslag og nederlag føre til avslutning av et opplegg som i hovedsak har ført pasienten i riktig retning. Det må være ansvarsgruppen som i samarbeid med pasienten, fastlegger de eksklusjonskriterier som skal inngå i avtalen. Det må her tas stilling til hvilke konsekvenser som skal følge av mislighold av avtalen, kriminalitet, vold eller trusler. I håndhevelsen av dette bør legen både være i dialog med ansvarsgruppen og instans som kan gi medisinskfaglig støtte.

Nedenfor er en sjekkliste som bør legges til grunn ved nedtrapping. Dokumenterte vurderinger knyttet til innholdet i sjekklisten vil inngå i tilsynsmyndighetenes eventuelle forsvarlighetsvurdering.

<b>Sjekkliste for nedtrapping ved misbruk</b>		
1	<i>Det er utarbeidet individuell behandlingsplan</i>	
2	<i>Målsettingen er rusfrihet og medikamentfrihet</i>	
3	<i>Det er sikret et tverrfaglig behandlingsopplegg</i>	
4	<i>Behandlingsopplegget har avklarte ansvarsforhold</i>	
5	<i>Behandlingsopplegget har definert klare eksklusjonskriterier</i>	
6	<i>Det er fastlagt evalueringstidspunkt senest etter 3 mnd og det er avklart at behandlingsplanen ikke kan strekke seg ut over 12 mnd</i>	
7	<i>Det er opprettet ansvarsgruppe eller tilsvarende tverrfaglig samarbeid, med fastsatte regelmessige møter</i>	
8	<i>Eventuell substitusjonsbehandling er vurdert av ansvarsgruppa og opplegg utarbeidet i samarbeid med relevant andre- eller tredjelinjetjeneste</i>	
9	<i>Det er fastlagt hvem som er ansvarlig behandlende og forskrivende lege og det er avklart hvem som kan gi medisinskfaglig støtte</i>	
10	<i>Det foreligger underskrevet avtale med nedtrappingsskjema</i>	
11	<i>Hyppigheten av konsultasjoner hos behandlende lege er fastsatt</i>	
12	<i>Innholdet i konsultasjonene er systematisert på individuell basis</i>	
13	<i>Det er avklart med pasienten at han/hun skal avstå fra illegale stoffer og medikamenter som ikke er forskrevet av behandlende lege</i>	

14	<i>Det er avtalt forsvarlige ordninger for forskrivning og utlevering av medikamenter</i>	
15	<i>Det er avtalt nødvendige rutiner for kontrollopplegg / prøvetaking</i>	
16	<i>Det er sikret en fortløpende og tilstrekkelig dokumentasjon</i>	
17	<i>Omfanget av samarbeidet med andre- og tredjelinjetjenesten er fastlagt</i>	

## **4.4 Legemiddelassistert rehabilitering**

---

### **4.4.1 Definisjoner og målsetting**

*Legemiddelassistert rehabilitering* er bredt anlagte rehabiliteringstiltak overfor opioidmisbrukere der det som et deltiltak under tett oppfølging inngår en forskrivning av egnede legemidler, dette vanligvis i et livslangt opplegg.

Målet med legemiddelassistert rehabilitering, der forskrivning av legemidler inngår som ett av flere virkemidler, er å bistå de aktuelle misbrukerne med å:

- komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen
- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og yrkesmessig og sosial rehabilitering

Gjennom å erstatte rusmidler med medisinerer blir opioidtrangen nøytralisert, herav betegnelsen *substitusjonsbehandling*, og man *vedlikeholder* ved dette en nøytral tilstand uten rus og uten abstinens.

Metadon har tradisjonelt vært brukt som medikament i legemiddelassistert rehabilitering. Metadon er et syntetisk, morfinlignende legemiddel med lang virketid, som tas peroralt. Metadon gir ikke rus under vedlikeholdsbehandling, men bidrar til å fjerne trang etter heroin og andre opiater. Andre legemidler er imidlertid også aktuelle i forhold til legemiddelassistert rehabilitering, som buprenorfin (Subutex) og levoalfa acetylmadol (LAAM), se vedlegg A. Det vil sannsynligvis også komme nye medikamentelle alternativer. Denne veilederen går ikke inn på bruken av de forskjellige medikamentene.

### **4.4.2 Regelverk og organisering**

Sosial- og helsedepartementet godkjenner de sentre som i samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste skal kunne gi et tilbud om legemiddelassistert rehabilitering. Det er fem slike spesialiserte sentra, med regionsfunksjoner i Oslo, Bergen og Trondheim, en samarbeidsfunksjon i helseregion sør mellom Buskerud, Vestfold og Telemark, og egne enheter i

Aust-Agder og Vest-Agder. Disse sentrene har ansvar for å godkjenne opplegget for den enkelte klient og innenfor sin region utvikle og veilede det lokale hjelpeapparat som har oppfølgingsansvaret for den enkelte narkotikamisbruker.

Legemiddelassistert rehabilitering er regulert i Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet I-33/2001 og I-35/2000 er tilgjengelig på internett: [www.odin.no](http://www.odin.no)) og forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler av 27. april 1998, med endring i kraft fra 1. april 2001 (utleveringsforskriften). Det vises også til Helsetilsynets rundskriv IK-15/2000. Det er et krav at legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering bare kan forskrives til narkotikamisbrukere når vedkommende er med i tiltak godkjent av Sosial- og helsedepartementet. Brudd på denne bestemmelsen kan føre til at tilsynsmyndighetene vil kunne fratras legen forskrivningsretten.

Følgende inntakskriterier er fastsatt i departementets retningslinjer punkt 6:

Klienten skal

- a. ha fylt 25 år
- b. ha langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiattdominert
- c. i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet.

Det kan gjøres unntak fra inntakskriteriene dersom rusmiddelmissbrukeren har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det.

Inntakskriteriene for legemiddelassistert rehabilitering er etter utleveringsforskriften således ikke overlatt til den enkelte leges skjønn. Kriteriene fastsettes av departementet med hjemmel i utleveringsforskriften. Forskrivning av vanedannende legemidler som ledd i rehabilitering med andre inntakskriterier enn de som fremgår av retningslinjene fra departementet, må bare gjennomføres som ledd i kliniske utprøvningsprosjekter der alle formelle krav er oppfylt (jf. forskrift om klinisk utprøving av legemidler til mennesker av 18. juni 1999). Det samme gjelder ved ønske om å benytte andre behandlingsmetoder eller legemidler enn ved de godkjente tiltak.

Legemiddelassistert rehabilitering kan gi muligheter for:

- behandling for somatiske og psykiatriske sykdommer
- smitteverntiltak, som tiltak mot allmennfarlige smittsomme sykdommer
- redusert risiko for overdosedødsfall
- psykososial stabilitet, herunder muligheten for et verdig sosialt liv

Hjelpetiltak med muligheter for slik helsegevinst betinger en aktiv deltagelse fra helsetjenestens side. Den enkelte narkotikamisbruker vil ha rett til en faglig vurdering og kommunehelsetjenesten vil ha en plikt til å gi dette. Foreligger behov for helsehjelp, kan dette ytes gjennom mange ulike hjelpetiltak, som henvisning for vurdering i 2. linjetjenesten, innleggelse ved institusjon, nedtrappingstiltak eller hjelp til å søke legemiddelassistert rehabilitering. Det er sosialtjenesten som administrerer og koordinerer søknader om legemiddelassistert rehabilitering. Som grunnlag for søknaden til det regionale

senter, skal det foreligge en medisinskfaglig vurdering av den aktuelle narkotikamisbruker, og det skal være igangsatt en tverrfaglig prosess der både medisinskfaglig og sosialfaglig personell deltar. Vedlagt søknaden skal følge tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg, herunder en medisinskfaglig vurdering og opplysninger om eventuell rekvirerende lege. Denne skal så langt som mulig utarbeides i samarbeid med aktuelle klient.

Det regionale senter skal så vurdere om departementets kriterier for legemiddelassistert rehabilitering er til stede (sosialfaglige kriterier) og om det foreligger en medisinskfaglig vurdering som konkluderer med at den aktuelle narkotikamisbruker vil ha en helsemessig gevinst av tiltaket (medisinskfaglige kriterier). Først dersom begge disse forutsetninger er til stede, kan søkeren godkjennes for legemiddelassistert rehabilitering. Unntak fra inntakskriteriene kan gjøres dersom narkotikamisbrukeren har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det (punkt 7 i retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering).

På denne måten vil en godkjenning for legemiddelassistert rehabilitering være en aksept for at helsehjelp til den aktuelle narkotikamisbruker kan ytes som en del av et slikt hjelpetiltak. Pliktsubjektet for å yte nødvendig helsehjelp som en del av den legemiddelassisterte rehabilitering, er kommunen, jf. lov om kommunehelsetjenesten § 2-1.

Pasienter under legemiddelassistert rehabilitering bør følges opp av vedkommendes fastlege. Legens rolle vil i denne sammenheng også være å avhjelpe og behandle sykdommer som avdekkes hos narkotikamisbrukeren. Videre veiledning for legens deltakelse gis nedenfor.

#### **4.4.3 Legens deltakelse ved legemiddelassistert rehabilitering**

Ved legemiddelassistert rehabilitering opprettes det kontakt mellom de samarbeidende instanser og pasientens fastlege, eventuelt kan brukeren i samarbeid med involverte instanser finne fram til annen rekvirerende lege der dette er hensiktsmessig.

Lege skal, som grunnlag for søknad om inntak til legemiddelassistert rehabilitering, foreta en medisinsk-faglig vurdering av den aktuelle narkotikamisbrukeren. Legen har ansvaret for den medisinsk-faglige oppfølgingen av rehabiliteringsopplegget etter at pasienten er overført til lokal oppfølging.

Når det gjelder forskrivning av legemidler til legemiddelassistert rehabilitering, er det viktig at dette er et tilretteleggende verktøy for å sette inn de hjelpetiltak som er nødvendig for rehabilitering. Fastlegen må derfor inngå i et forpliktende, tverrfaglig samarbeid med andre instanser, særlig sosialtjenesten, om et helhetlig rehabiliteringsopplegg. Dette innebærer bl.a. deltakelse i ansvarsgrupper. Ansvargruppen skal utarbeide en individuell tiltaksplan (jf. departementets retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering) og sikre at ansvarsforholdene i oppfølgingen er avklart.

Det bør avholdes regelmessige møter i ansvarsgruppen for å følge utviklingen. Sammen med den enkelte pasient skal målsettingen klargjøres, og det bør bestemmes milepeler for revurdering av denne og evaluering av behandlings- og rehabiliteringstiltak. Det er en forutsetning at brukeren aktivt bidrar til egen rehabilitering og tar ansvar for å følge opp de forpliktelser som beskrives i tiltaksplanen. Framdriften må ses i et helhetsperspektiv og de enkelte hjelpetiltak må vurderes i et langt tidsperspektiv. Det skal likevel kreves progresjon sett i en medisinsk og psykososial sammenheng. Uten dokumentert bedring er det ikke indikasjon for fortsatt ytelse av denne form for helsehjelp.

Det skal opprettes og underskrives avtale mellom behandlende lege og den aktuelle pasient. Avtalen skal i detalj redegjøre for de plikter som påhviler pasient og lege, herunder ordning som sikrer forsvarlig utlevering av legemidlet. Det tilligger sentrene å utarbeide avtaleteksten. De aktuelle pasientene skal ha regelmessige konsultasjoner der legen vurderer pasientens helse i et bredt perspektiv. Substitusjonsbehandling kan muliggjøre både somatiske og psykiatriske behandlingstiltak som det ellers ville ha vært vanskelig å finne motivasjon til eller få gjennomført. Konsultasjonene bør derfor systematiseres og målrettes med tanke på dette. Legen har plikt til å føre en tilstrekkelig dokumentasjon i pasientjournalen. Dokumentasjonen skal blant annet inneholde opplysninger om: Pasientens tilstand, legens vurderinger, foretatte tiltak, forskrivning og videre oppfølging.

Det forutsettes at behandlende lege får den nødvendige oppfølging og veiledning fra det regionale senter for legemiddelassistert rehabilitering, evt. gjennom andrelinjetjenestens rusomsorg. Det kan også være aktuelt å bygge opp et nærmere samarbeid med andre faglige instanser rundt den daglige gjennomføringen av hjelpetiltaket. Den behandlende lege bør ikke bli sittende alene med det medisinskfaglige ansvaret. Dette både for å sikre at legen har den nødvendige støtte i vanskelige avgjørelser og pressituasjoner, og for løpende å ha et faglig korrektiv til de beslutninger som tas. De vurderinger og de beslutninger som følger av et slikt samarbeid, skal dokumenteres i pasientens journal.

Nedenfor er en sjekkliste som bør legges til grunn ved gjennomføring av den medisinskfaglige delen av legemiddelassistert rehabilitering. Dokumenterte vurderinger knyttet til de punkter som fremgår av sjekklisten, vil inngå i tilsynsmyndighetenes eventuelle forsvarlighetsvurdering.

<b>Sjekkliste ved behandlingsopplegg for legemiddelassistert rehabilitering</b>		
1	<i>Det foreligger en individuell tiltaksplan godkjent av senter for legemiddelassistert rehabilitering med godkjenningmyndighet</i>	
2	<i>Inntakskriterier og behandlingsopplegg er i samsvar med retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering og opplegg ved de godkjente sentre</i>	

3	<i>Det foreligger underskrevet avtale med pasienten</i>	
4	<i>Det er avklart med pasienten at han/hun skal avstå fra illegale stoffer og medikamenter som ikke er forskrevet av behandlende lege</i>	
5	<i>Målsettingen er rusfrihet og psykososial rehabilitering</i>	
6	<i>Det er opprettet ansvarsgruppe eller tilsvarende tverrfaglig samarbeid, med fastsatte regelmessige møter</i>	
7	<i>Behandlingsopplegget har avklarte ansvarsforhold</i>	
8	<i>Det er fastlagt hvem som er ansvarlig behandlende og forskrivende lege og det er avklart hvem som kan gi medisinskfaglig støtte</i>	
9	<i>Behandlingsopplegget har definert klare eksklusjonskriterier</i>	
10	<i>Det er fastlagt evalueringstidspunkter for vurdering av målsettinger og for fortløpende vurdering av behandlingsopplegget</i>	
11	<i>Hyppigheten av konsultasjoner hos behandlende lege er fastsatt</i>	
12	<i>Innholdet i konsultasjonene er systematisert på individuell basis</i>	
13	<i>Det er avtalt forsvarlige ordninger for forskrivning og utlevering av medikamenter – forsvarlighet av førerkort er vurdert</i>	
14	<i>Det er avtalt nødvendige rutiner for kontrollopplegg / prøvetaking</i>	
15	<i>Det er sikret en fortløpende og tilstrekkelig dokumentasjon ihh. til journalforskriften</i>	
16	<i>Omfanget av samarbeidet med godkjent senter for legemiddelassistert rehabilitering er avtalt</i>	

#### 4.4.4 Hjelpetiltak i venteperioder

Erfaringsmessig opplever noen pasienter å måtte vente på legemiddelassistert rehabilitering, og for legene kan dette innebære vanskelige avveininger. Pasienter som er søkt til og som venter på en vurdering og godkjenning for legemiddelassistert rehabilitering skal ikke ha utskrevet vanedannende legemidler, så sant de ikke går inn i en strukturert nedtrappingsplan innen det lokale hjelpeapparatet (se kap. 4.3). Det er også gjennom overgangsbestemmelsen § 13-2 i utleveringsforskriften gjort et midlertidig unntak for 2001.

Pasienter som er godkjente for legemiddelassistert rehabilitering, men der gjennomføringen av ulike grunner drar ut, kan etter nærmere avtale med det regionale senteret og under dette senterets ansvar, unntaksvis få utskrevet egnet substitusjonsbehandling i en periode på inntil 3 måneder. I løpet av denne tiden forventes det at hjelpeapparatet har klart å organisere den praktiske gjennomføringen av opplegget.

## 4.5 Misbrukere som faller utenfor

---

En del misbrukere vil falle utenfor både tidsavgrensede nedtrappingsopplegg og behandlingsopplegg innen legemiddelassistert rehabilitering. Det kan

foreligge mangel på motivasjon, det kan være pasienter som er ekskludert fra pågående behandlingsopplegg på grunn av misligholdte avtaler, pasienter som har gått for lenge på nedtrapping, misbrukere som ikke ønsker kontakt med rusomsorgen eller som venter på behandlingsopplegg i institusjon.

Slike situasjoner kan gi vanskelige avveininger for legene. Vedvarende forskrivning av vanedannende legemidler til narkotikamisbrukere uten konkret nedtrappingsplan eller uten et legemiddelassistert rehabiliteringstiltak, kalles gjerne "kvoteforskrivning". Forskrivning uten slike rammer som beskrevet ovenfor, er etter Helsetilsynets vurdering uforsvarlig. Helsetilsynet har i denne veilederen angitt hvilke strukturelle og faglige forutsetninger som bør ligge til grunn for at forskrivning til narkotikamisbrukere skal kunne anses som forsvarlig legevirkosomhet.

Det må imidlertid understrekes at misbrukere, i likhet med andre, har rett til nødvendig helsehjelp. At forskrivning av denne type legemidler til narkotikamisbrukere kun aksepteres innenfor rammene av spesifikke behandlingsopplegg, må ikke forhindre at misbrukere får adekvat medisinsk behandling når dette er medisinsk indisert (kap. 2.3.5). Det bør også påpekes at gravide misbrukere utgjør en særlig utfordring. Dette anses som en spesialistoppgave.

---

## 5 Kvalitetssikring i allmennpraksis

### 5.1 Generelt

---

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift (Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3). Medisinsk virksomhet innbefatter i stor grad skjønn og erfaring. Dette gjelder også forskrivning av legemidler. Resultatet kan bli stor variasjon i forskrivningsmønstre. Som grunnlag for den daglige praksis må både ledelse og fagpersonell sørge for at det etableres rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlig forskrivning innenfor de rammer som følger av lov og forskrift og allment aksepterte faglige normer.

Tiltak for å kvalitetssikre forskrivningspraksis kan være kollegabasert læring, utarbeidelse av interne rutiner og samarbeid med apotek.

## 5.2 Kollegabasert læring

---

Det er vanskelig å opprettholde tilfredsstillende praksis over tid uten impulser og signaler fra omverdenen. Det er rimelig å tro at leger i solopraksis lettere kan utvikle en uheldig praksis enn de som daglig har muligheten til å ta opp problemer og drøfte sin praksis med kolleger. Men også for gruppepraksiser betinger det en klar prioritering av å legge til rette for kollegabasert læring.

Diskusjon omkring reseptprofiler (se kap. 5.3) i smågrupper gir et potensiale for læring og eventuell endring av praksis (jf. SATS). Slike problemstillinger egner seg også godt som tema i veiledningsgruppene for leger som utdanner seg til spesialister i allmenntidmedisin.

I forbindelse med videre- og etterutdanningen i allmenntidmedisin er det utviklet et system for praksisbesøk der to leger besøker og evaluerer hverandres praksis. Rutiner for forskrivning av vanedannende legemidler er et tema som kan inngå i denne evalueringen.

Enighet om hvordan forskrivning av vanedannende legemidler skal håndteres lokalt, gjerne i en lokal legemiddelkomité, er vist å kunne gi en reduksjon av overforbruk av vanedannende legemidler. Det kan også arbeides for å få til et nært og strukturert samarbeid mellom primærleger og spesialisthelsetjenesten der en prøver å finne fram til kjøreregler for forskrivning av vanedannende legemidler til pasienter som forflyttes mellom første- og andrelinjetjenesten (se kap. 2.5).

## 5.3 Reseptstatistikk / forskrivningsprofiler

---

Det kan være nyttig regelmessig å vurdere sin praksis i et mer overordnet perspektiv for å kunne fastslå om praksisen følger aksepterte retningslinjer eller om det utpeker seg uheldige sider som bør korrigeres. I forhold til forskrivning av vanedannende legemidler kan dette gjøres ved å summere mengden av de ulike medikamenter som er rekvirert over tid sammenholdt med antall pasienter. En slik vurdering er særlig nyttig der den kan sammenlignes med andre kollegers profil. For å vurdere om forskrivningsprofiler er sammenlignbare, må selvsagt forhold som pasientgrunnlag (antall, alders- og diagnosefordeling) og type praksis tas i betraktning.

Statistikken kan hentes fra edb-baserte journaler eller fra apotekenes statistikk som gir en oversikt over hva som er rekvirert av den enkelte lege. Materialet kan danne grunnlag for å vurdere egen virksomhet. På bakgrunn av en slik vurdering kan det være aktuelt å diskutere medikamentbruk med den enkelte pasient og legge opp en behandlingsstrategi.

I institusjoner hvor det oftest er flere som ordinerer, anbefales det å holde løpende oversikt over det samlede forbruket av vanedannende legemidler. Apotek eller farmasøytisk avdeling kan bidra med statistikk over legemiddelforbruket. Statistikken kan danne grunnlag for en tverrfaglig

vurdering i institusjonens legemiddelkomité og for utarbeidelse av lokale retningslinjer.

## 5.4 Interne rutiner

---

Som ledd i det enkelte legekontors internkontrollsystem, bør det utarbeides interne rutiner som omhandler hvert enkelt ledd i forskrivningen av medikamenter. Dette er særlig viktig for vanedannende legemidler. Erfaringsmessig ligger de største utfordringer i å lage gode systemer for samarbeidet mellom lege og medarbeider, mellom kolleger i flerlegepraksiser og for forskrivning og reitering av vanedannende legemidler utenom vanlig konsultasjon. Se også kap. 6.2.2 om kvalitetssikring av forskrivningen.

Som hovedregel bør forskrivning og reitering av vanedannende legemidler skje ved konsultasjon. Det er imidlertid vist at i enkelte praksiser foregår opptil 50 % av forskrivningen av vanedannende legemidler uten direkte lege-pasient kontakt. En praksis der medarbeidere klargjør resepten for forskrivende lege, vil kunne medføre risiko for feil. Det må derfor legges vekt på å kvalitetssikre samarbeidet mellom medarbeider og lege og det bør vurderes om forskrivning av vanedannende legemidler bare skal håndteres av legen.

På flerlegekontorer anbefales det å utarbeide interne retningslinjer for hvilke situasjoner andre leger enn behandlende lege kan underskrive resepter med vanedannende legemidler. I utgangspunktet er det alltid behandlende lege som skal underskrive resepter. I det øyeblikk en annen lege skriver under en resept, påtar denne legen seg et behandleransvar, herunder et ansvar for at forskrivningen er forsvarlig.

## 5.5 Samarbeid mellom apotek og leger

---

Et godt samarbeid mellom forskrivende lege og apotek kan gi grunnlag for en riktigere forskrivningspraksis og bedre informasjon til pasienten. Se også kap. 6 om apotekenes rolle og nærmere om gjeldende rekvisisjonsregler.

Enkelte apotek har i samarbeid med leger tatt initiativ til ALIS-kurs hvor ALIS står for Apotek Lege Informasjons Samarbeid. Det arbeides i grupper på fem til ti leger samt farmasøyter fra det/de lokale apotek. Problemstillinger knyttet til legemidler og legemiddelbruk tas opp og produkt- og produsentnøytrale terapianbefalinger drøftes/diskuteres. Reseptdata fra apotekene brukes som grunnlag for tilbakemelding på egen forskrivningspraksis, og det legges opp til kollegabasert læring. Kurstimene teller for vedlikehold av spesialitet i allmenntidmedisin.

Leger og apotek samarbeider også i enklere, mindre formelle opplegg, for eksempel om lokale kampanjer og tidsbegrensede tiltak. Dette kan også danne grobunn for et bedre samarbeid i den daglige virksomheten. Hvis det er et etablert samarbeid mellom apotek og lege, er det lettere for farmasøyten å ta en

telefon til forskrivende lege dersom apoteket reagerer på en forskrivning, eller der apoteket sitter med opplysninger som ville kunne ha betydning for legens forskrivning.

## **5.6 Andre samarbeids- og informasjonstiltak**

---

### **5.6.1 Legemiddelkomitéer**

Legemiddelkomitéer har en sentral plass ved de fleste sykehus. Det er etter hvert etablert en del legemiddelkomitéer også i primærhelsetjenesten. Disse består gjerne av representanter for kommunehelsetjenesten, privatpraktiserende leger og lokale apotek. Aktiviteten varierer, men kan omfatte møte- og opplysningsvirksomhet om legemidler og behandling og utarbeidelse av lokale terapianbefalinger og legemiddellister.

### **5.6.2 Regionale legemiddelinformasjonsentra (RELIS)**

Det er opprettet regionale legemiddelinformasjonsentra i alle fem helseregionene. Et RELIS-senter skal være et kompetansesenter i sin region med hovedoppgave å gi produsentnøytral informasjon om legemidler til helsepersonell. Medarbeidere ved RELIS kan delta i oppsøkende aktiviteter som praksisbesøk. RELIS samarbeider med legemiddelkomitéer og andre fagmiljøer om f.eks. utarbeidelse av terapiveiledninger og implementering av nasjonale retningslinjer.

---

## 6 Apotekenes rolle

### 6.1 Generelt

---

Apotekpersonalet har ofte annen kunnskap om pasientens legemiddelbruk enn legen, for eksempel at en pasient får resept på vanedannende legemidler fra flere leger, eller får utlevert uforholdsmessig store mengder vanedannende legemidler. Apotekene kan også registrere at enkelte leger generelt forskriver store mengder vanedannende legemidler til sin praksis eller til enkelte pasienter eller på andre måter har et påfallende forskrivningsmønster.

Når det foreligger mistanke om misbruk eller uforsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler, bør apoteket melde fra til fylkeslegen (hjemmel i legemiddeloven § 25).

### 6.2 Utlevering av vanedannende legemidler

---

#### 6.2.1 Formelle krav

Legers og tannlegers rett til å rekvirere (forskrive) legemidler fremgår av helsepersonelloven § 11 og §§ 2-1 og 2-2 i utleveringsforskriften. Legemidler i reseptgruppe A (narkotiske midler) kan bare forskrives av leger med norsk autorisasjon eller visse typer lisens. Begrensninger med hensyn til legers rekvisisjonsrett for vanedannende legemidler er gitt i utleveringsforskriften (§ 2-1 tredje ledd c og d) og ved forskrivnings- og utleveringsrestriksjoner knyttet til enkelte preparater. For tannleger er retten til å forskrive preparater i reseptgruppe A og B til pasient begrenset til enkelte preparatgrupper i begrensede mengder.

Ved forskrivning av A-preparater er det krav om bruk av autoriserte, nummererte reseptblanketter med perforert id-nummer (i henhold til Helsepersonellregisteret). Resepten kan bare brukes én gang og blir oppbevart i apoteket i tre år for eventuell kontroll. Mengden av legemidlet skal angis både med tall og bokstaver. Telefaks eller annen elektronisk rekvirering kan ikke benyttes til forskrivning av A-preparater, og ved telefonresept kan bare minste pakningsstørrelse, eventuelt en mengde tilsvarende tre døgnns vanlig terapeutisk dose, forskrives, jf. utleveringsforskriften §§ 3-5, 4-5, 5-9 og 9-2.

Resepter på legemidler i reseptgruppe B kan også bare ekspederes én gang. Reseptene oppbevares i apoteket i ett år for eventuell kontroll. For forskrivning av preparater i reseptgruppe B brukes vanlige reseptblanketter. Ved telefonresept eller elektronisk rekvirering til pasient kan det bare forskrives

minste standardpakning eller en mengde tilsvarende sju døgnns vanlig terapeutisk dose, jf. utleveringsforskriften §§ 3-6 og 9-2.

Hensikten med disse bestemmelsene er både å bidra til mer rasjonell og riktig bruk og å øke sikkerheten ved forskrivning av legemidler med misbrukspotensiale.

Til tross for omfattende og strenge krav til forskrivning og utlevering av vanedannende legemidler, forekommer falske resepter. Dersom det er tvil om en resept er ekte, skal apoteket ta kontakt med rekvirenten og få brakt dette på det rene (utleveringsforskriften § 6-5). Dersom legen bekrefter at resepten er falsk eller endret, eller hvis legen som er oppgitt ikke eksisterer, forutsettes det at apoteket melder fra til fylkeslegen og anmelder forholdet til politiet.

Det er lite trolig at alle falske resepter blir oppdaget på apotekene. Graden av sikkerhets- og kontrolltiltak vil alltid måtte balanseres mot det som er praktisk gjennomførbart og mot det som kan føles støtende for den vanlige kunde.

## **6.2.2 Kvalitetssikring og rutiner**

For å sikre et godt resultat i ekspedisjon og utlevering av reseptpliktige legemidler, er det viktig at alle prosedyrer knyttet til reseptene er kvalitetssikret. Det gjelder både rekvirentens forskrivning og apotekets mottak, kontroll, klargjøring og ekspedisjon.

Medikamentets styrke og antall tabletter bør, der det kan ligge til rette for forandringer eller tilføyelser på resepten, skrives både med tall og bokstaver. B-resepter bør skrives på reseptblokker som har legens navn eller arbeidssted påtrykt, da stempler eller blokkbokstaver er lette å forfalske. Pasientens fødselsdato og adresse skal påføres resepten, og legen skal kreve legitimasjon ved forskrivning av vanedannende legemidler til ukjente pasienter.

Utover de generelle kravene til kvalitet i legemiddelekspedisjonen krever utleveringsforskriften § 8-3 særlig aktsomhet ved utlevering av legemidler i reseptgruppe A og B. Utleveringsforskriften § 8-3 gir apoteket hjemmel til å kreve legitimasjon ved utlevering av vanedannende legemidler og pasientens identitet skal kontrolleres dersom vedkommende er ukjent for apoteket.

Ved mistanke om at legemidlet vil bli misbrukt, skal ikke legemidlet utleveres før apoteket har konferert med reseptutsteder (§ 8-3 fjerde ledd). At en pasient samtidig mottar vanedannende legemidler fra andre leger, er tilstrekkelig grunnlag for å mistenke et misbruk.

For legemidler som forskrives til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering skal apoteket påse at det er ført nødvendige opplysninger om dette på resepten (utleveringsforskriften § 8-4 annet ledd). Apoteket skal nekte utlevering dersom dette ikke er oppfylt. Det kan tenkes situasjoner der angitt indikasjon er smertebehandling, men der apoteket mistenker en pågående vedlikeholdsbehandling. Det kan da hverken oppstilles en plikt eller rett for

apoteket til rutinemessig å overprøve legens vurdering slik den kommer til uttrykk på resepten. Apoteket kan imidlertid ved tvil kontakte legen for å få utfyllende opplysninger. Legens taushetsplikt setter grenser for hvor mye informasjon legen kan gi, men legen har plikt til å gi de opplysninger som er nødvendige for ekspedering av legemidlet.

Dersom apoteket observerer forskrivning som kan medføre fare for pasienters sikkerhet (for eksempel høye doser av smertestillende legemidler over et lengre tidsrom på uklar indikasjon) kan det oppstå en plikt til å melde fra til fylkeslegen i henhold til lov om helsepersonell § 17. I medhold av legemiddeloven § 25 kan apoteket uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi opplysninger om mulig misbruk av narkotika m.v. til fylkeslegen.

Apoteket skal, i henhold til apoteklovens § 6-2, nekte utlevering av vanedannende legemidler dersom apoteket har fått melding om dette fra Helsetilsynet eller fylkeslegene.

### **6.2.3 Telefonresepter / Elektronisk rekvirering**

Det vises til de formelle krav under 6.2.1. Ved telefonresepter følger det av utleveringsforskriften § 6-3 at apotekene skal kontrollere identitet dersom denne ikke er kjent. I praksis viser dette seg imidlertid ofte vanskelig. Dersom det ikke lar seg gjøre å få kontakt med reseptutstederen og det er tvil om gyldigheten, må apoteket vurdere om tvilen er sterk nok til å nekte utlevering. I noen tilfeller kan en midlertidig løsning være å ekspedere minstepakning inntil kontakt er oppnådd med legen. For å bedre tilgjengeligheten bør leger og apotek avtale ordninger med skjermede telefonnummer, varsling pr telefaks o.l

Da resepter inneholder opplysninger som er taushetsbelagt, vil telefaxoverføring av resepter omfattes av journalforskriftens § 14 om betryggende oppbevaring av pasientopplysninger. Hovedregel er at telefaks ikke skal benyttes til overføring av slike opplysninger, i det faren for menneskelig eller teknisk svikt er stor. Pasienten må samtykke til bruk av telefaks, og rutiner må være kvalitetssikret for å unngå at en telefax havner hos feil adressat.

## **6.3 Informasjon**

---

Legens og apotekets informasjon til pasienten om riktig bruk av legemidler er viktig. Koordinering av og samsvar mellom den informasjonen forskriver og apotek gir, er spesielt viktig ved vanedannende legemidler, der felles holdninger til legemiddelbruken kan bidra til riktigere bruk og bedre behandlingsresultat. Et godt samarbeid er derfor avgjørende.

Apoteket skal i henhold til utleveringsforskriftens § 8-2 bidra til at den som mottar legemidler har tilstrekkelige opplysninger om legemidlet til at det brukes riktig. Herunder er det viktig at apoteket informerer om spesielle

forhold i tilknytning til bruken av vanedannende legemidler, f.eks. trafikkfare og graviditet. Det bør leveres ut skriftlig informasjon fra apoteket som pakningsvedlegg til alle vanedannende legemidler.

---

## 7 Tilsynsmyndighetenes rolle

### 7.1 Generelt

---

Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med helsetjenesten og alt helsepersonell i landet, herunder helsepersonells forskrivning av vanedannende legemidler, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984.

Det er et krav i tilsynsloven § 3 at alle som yter helsetjeneste skal ha etablert internkontrollsystemer som påser at tjenesten utøves i samsvar med allment aksepterte faglige normer, lover og forskrifter. Dette er et overordnet ansvar som påligger virksomheten (leder i kommunehelsetjenesten, driftsansvarlig for legekantoret etc).

### 7.2 Tilsyn med forskrivning av vanedannende legemidler

---

#### 7.2.1 Fremgangsmåte i tilsynssaker

Tilsyn med forskrivning av vanedannende legemidler settes normalt i verk på bakgrunn av at tilsynsmyndigheten har mottatt opplysninger om mulig misbruk eller uforsvarlig forskrivning. Opplysningene kan stamme fra helsepersonell, apotek, pasienter, pårørende, politi og andre.

I utgangspunktet har alt offentlig godkjent helsepersonell taushetsplikt om personlige forhold hos pasienter, jf. helsepersonelloven § 21. Bestemmelsen i legemiddelloven § 25 representerer unntak fra taushetsplikten. Opplysninger om mulig misbruk av narkotika m. v. kan gis til tilsynsmyndighetene uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Videre har leger, tannleger, veterinærer, apotekere og apotekbestyrere, psykologer, edruelighetsnemnder og politiet også en plikt til å gi slike opplysninger når tilsynsmyndigheten anmoder om det, under forutsetning av at de personene det ønskes opplysninger om er identifisert fra tilsynsmyndighetenes side, eller det er gitt nærmere beskrivelse av de tilfellene det ønskes opplysninger om, jf. legemiddelloven § 25 annet ledd. Det vises også til plikten til å gi opplysninger til tilsynsmyndigheten i helsepersonelloven § 30. Opplysningene bør fortrinnsvis gis til fylkeslegene. Vurderingstema for tilsynsmyndigheten vil være om legens eller tannlegens forskrivningspraksis har vært forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Helsetilsynet kan som tilsynsmyndighet på generelt grunnlag innhente A-resepter og føre en oversikt over forskrivning av legemidler i gruppe A. Opplysningene er samlet i det såkalte A-reseptregisteret (se kap. 7.4). Fylkeslegenes register over pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler, er avviklet fra 1. oktober 2000.

## 7.2.2 Administrative reaksjoner

Uforsvarlig forskrivning kan medføre at rekvirenten får en administrativ reaksjon i form av advarsel, jf. helsepersonelloven § 56. I de mest alvorlige tilfellene kan det være aktuelt med tap av forskrivningsretten eller i verste fall tap av lege- eller tannlegeautorisasjonen, jf. helsepersonelloven § 63 og § 57.

Legen eller tannlegen kan selv velge å fraskrive seg forskrivningsretten for en bestemt tid eller for alltid, jf. helsepersonelloven § 63 annet ledd. En slik frivillig fraskrivning trenger ikke nødvendigvis å ha vært foranlediget av uforsvarlig forskrivning, men kan av legen benyttes i en situasjon med press fra misbrukere om å forskrive vanedannende legemidler.

## 7.3 Nasjonalt register over forskrivning av legemidler i reseptgruppe A

---

Apotekenes utlevering av narkotisk virkende legemidler (A-preparater) til pasient eller rekvirent etter resept, eller til helseinstitusjon etter rekvisisjon, registreres i et nasjonalt narkotikaregister som administreres av Helsetilsynet. Rapportene inneholder bl.a. rekvirentens id-nummer, pasientens fødselsdato, kjønn og initialer, utleveringssted (apotek), preparatnavn, pakningsstørrelse, antall pakninger og antall DDD.

Opplysninger fra registeret kan bli brukt i forbindelse med tilsyn med legers og tannlegers forskrivning.

---

## 8 Referanser / Litteraturliste

- Bell J, Zador D. A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Safety* 2000;22:179-190.
- Bjørvatn B. Langvarige søvnvansker - kan de behandles? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 579-82.
- Bjørndal A (Ed). Er det nå så farlig med sovemidler til gamle? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113(26): 3226-7.
- Brown RL et al. Physicians' decisions to prescribe benzodiazepines for nervousness and insomnia. *J Gen Intern Med* 1997, 41; 347-53.
- Bruk av benzodiazepiner. Rapport nr. 10 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering. (Konsensuskonferansen). Oslo: Norges Forskningsråd, 1996.
- Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management. Department of Health. London, 1999.
- Dybwad, TB et al. Tilsyn med B-preparatforskrivning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3207-10.
- Dybwad TB et al. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Fam Pract* 1997; 14: 361-8.
- Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2. Behandlingsforløp og status. SIFA-rapport nr. 5/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
- Frydenlund JN. Benzodiazepiner – kliniske aspekter ved bruk og nedtrapping. *Månedsskr Prakt Lægegerm* 1997; 75: 1433-43.
- Hermstad R, Johannesen G, Michelsen K. Hvilke effekter har vedlikeholdsbehandling med metadon på rehabilitering av heroinavhengige? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3139-41.
- Kreek MJ. Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000; 909:186-216.
- Krokstad S, Gjelsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i forskrivning av B-preparater i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3634-7.
- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA* 1999;281: 991-9.
- Mouland G. Brev til brukere av benzodiazepiner – en effektiv måte å få ned rekvireringen på. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3097-100.
- Mørland J (Ed). Påvirket kjøring er ikke lenger bare promillekjøring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3064-4.

- National Institutes of Health. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. NIH Consensus Statement 1997. Nov 17-19; 15(6):1-38.
- Neckelmann D. Behandling av kronisk insomni. En anbefaling med særlig vekt på eldres problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 854 - 9.
- Nilsson I. Rohypnol allt populärare bland smugglare och missbrukare. Läkemedelsvärlden 1998; 102(9): 20-2.
- Norsk legemiddelhandbok 2001.
- O'Brien. A range of research-based pharmacotherapies for addiction. Science 1997; 278:66-70. Piller på avveier. RF-1999/097. Stavanger: Rogalandsforskning, 1999.
- Rønning. K. Legemiddelassistert rehabilitering – så enkelt at selv legen kan gjøre det? Rus & avhengighet 2000; nr 6, 8-10
- Ryynänen O-P al. Medications and chronic diseases as risk for falling injuries in the elderly. Scand J Soc Med 1993; 4: 264-71.
- Skjøtskift S, Bjelland I, Bolstad A, Drønen T, Larsen G: Medikamentavhengighet – og bruken av vanedannende medikamenter. Rusmiddeldirektoratet, Sosial- og helsedep. Artikkelsamling i Temaserie 1994: 2.
- Skretting A. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del I. Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak. SIFA-rapport nr. 4/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
- Steen TW, Hagestad K, Hagerup-Jenssen T, Wroldsen A. Tiltak mot propillekjøring – Fylkeslegens rolle. Et toårsmateriale fra Vest-Agder. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3093-9.
- (SHD. Narkotikaproblemene i Norge 2000. Rapport om situasjon og tiltak. Utgitt av Sosial- og helsedepartementet. Oslo, 2001.)
- Straand J. Holdbarhetsdato – også på våre behandlingsindikasjoner? Regler og råd for legemiddelbehandling av eldre. Utposten 1991; 20: 222-5.
- Straand J. 10 teser om forskrivning og bruk av sovemedisiner i allmennpraksis. Utposten 1997; 1.
- Straand, J. To prescribe or not to prescribe – drug prescribing studies from general practice. The Møre & Romsdal Prescription Study (II). Norwegian Journal of Epidemiology 1999; 9 (suppl 2): 1–123. Bergen, 1999.
- Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: Are elderly patients at particular risk for overprescribing? A report for the Møre & Romsdal prescription study. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 16-21.
- Terapi anbefaling: Behandling av søvnvansker. SLK-publikasjon 2000:08
- Tveit B. Produsentuavhengig legemiddelinformasjon: Norges Apotekerforening og apotekenes plass. Sammendrag av evalueringsrapport for forsøksprosjektet ALIS. NAT 1996; (9): 17.

Waal H, Blix O, Krook A, Olsen H. Bruk av metadon i behandlingen av heroinavhengige. Tidskr Nor Lægeforen 1999; 119: 237-241

Waal H. Risk reduction as a component of a comprehensive multidisciplinary approach to drug abuse problems. Report to Co-operation group to Combat Drug Abuse and illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 3 august 2000.  
[www.med.uio.no/ipsy/skr/riskred.htm](http://www.med.uio.no/ipsy/skr/riskred.htm)

Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. Lancet 1999; 353: 221-226..

WHO. Programme on substance abuse. Rational use of benzodiazepines. WHO/PSA/96.11. Geneva: WHO, 1996.

---

## 9 Vedlegg

---

### 9.1 Vedlegg A - Nærmere omtale av aktuelle legemidler

---

En rekke legemidler kan være vanedannende, men i klinisk praksis vil problemer knyttet til misbruk og avhengighet særlig være forbundet med beroligende midler og sovemedisiner samt smertestillende legemidler av opiat/opioidtype. Det er derfor først og fremst disse som blir omtalt, men det gis også en kort oversikt over andre legemidler som kan være vanedannende.

#### **Beroligende midler og sovemidler**

Denne gruppen omfatter benzodiazepiner og legemidler med lignende virkningsmekanismer. I Norge er det per dato registrert legemidler som inneholder benzodiazepinene diazepam, oxazepam, flunitrazepam, nitrazepam, klonazepam, alprazolam og midazolam. De to sovemidlene zopiklon og zolpidem vil også kunne regnes til denne gruppen da de har tilsvarende egenskaper.

Disse legemidlene virker stort sett likt på sentralnervesystemet. De virker alle som agonister på GABA<sub>A</sub>-reseptoren, det vil si at de fører til aktivering av et viktig hemmende signalsystem i sentralnervesystemet. Videre er det holdepunkter for at kronisk bruk fører til tilvenning og nedregulering av GABA<sub>A</sub>-signalsystemet. Samtidig er det viktige farmakologiske forskjeller mellom substansene, og de enkelte legemidlene anvendes derfor ved ulike kliniske tilstander og sykdomsbilder. Forskjellen mellom substansene kan dels tilskrives ulike farmakokinetiske egenskaper, som halveringstid, fettløselighet etc., men antagelig også ulik evne til å aktivere reseptoren.

Det er likevel viktig å holde fast ved likhetstrekkene. De har alle elementer av angstdempende, beroligende, avslappende, sløvende og søvndyssende egenskaper. Videre vil de virke forebyggende og dempende på kramper. Hukommelse, innlæringsevne og konsentrasjonsevne kan svekkes og de kan gi rusvirkning. Alle legemidlene tilhører reseptgruppe B, og alle påvirker kjøreferdigheten. Risiko for rus og misbruk har tradisjonelt vært forbundet med diazepam og flunitrazepam, men alle legemidlene i gruppen, også zopiklon og zolpidem, kan gi tilvenning og avhengighet. Brå seponering gir hos en tredjedel et ubehag som minner om et angstsyndrom.

I tabellen nedenfor er de farmakokinetiske egenskapene ved legemidlene i denne gruppen oppsummert. Oversikten er kortfattet, og innholdet må vurderes ut fra dette. Opplysningene er basert på peroral bruk av legemidlene. Parenteral eller rektal bruk kan være aktuelt i enkelte sammenhenger (for eksempel i behandling av epilepsi eller smertetilstander og ved anestesi). Intravenøst sprøytemisbruk ved at tabletter oppløses og injiseres er ikke uvanlig i misbrukermiljøer.

Legemiddel	Tid til effekt setter inn	Virketid (T½)	Aktive metabolitter
diazepam	rask	lang (20-30 t)	+
alprazolam	rask	middels (10-15 t)	-
flunitrazepam	rask	lang (20 t)	-
klonazepam	rask	lang (20-40 t)	-
nitrazepam	middels	lang (20-30 t)	-
oxazepam	langsom	middels (5-15 t)	-
zolpidem	rask	kort (2-4 t)	-
zopiklon	rask	kort (4-7 t)	-

### Opiater og opioider

Betegnelsen *opioider* brukes om substanser som binder seg til opioidreseptorer i sentralnervesystemet og på den måten utøver sin virkning. *Opiater*, som er en gruppe opioider, er stoffer som kan utvinnes fra opiumsvalmuen (morfin, kodein) og semisyntetiske derivater av disse (bl.a. heroin).

Binding til opioidreseptorer kan føre til en rekke virkninger hovedsakelig på sentralnervesystemet; de klinisk viktigste er analgesi, sedasjon, respirasjonshemming, hemming av hosterefleksen og nedsatt tarmperistaltikk. Videre har opioider euforiserende virkning, og misbruksrisiko er godt dokumentert både gjennom klinisk erfaring og nevrobiologiske studier. Langvarig bruk av opioider fører ofte til avhengighet og gir et klassisk abstinenssyndrom ved rask seponering. Et annet kjennetegn ved kronisk misbruk er uttalt toleranseutvikling slik at dosen stadig må økes for å oppnå tilsvarende effekt.

De fleste opioider/opiater kan inntas på ulike måter. Intravenøs injeksjon vil som regel gi best klinisk effekt, men fører også til mest uttalt eufori, og disponerer i særlig grad for misbruk. Andre injeksjonsmåter som subkutan og intramuskulær injeksjon vil være noe mindre effektive. Flere legemidler finnes til rektal bruk. Flere av opioidene nedbrytes i stor grad i lever, slik at det kan bli nødvendig med høyere dose ved peroral enn ved parenteral og rektal bruk.

I tabellen nedenfor er de farmakologiske egenskapene ved legemidlene i denne gruppen oppsummert. Noen stoffer som misbrukes og substanser med liten medisinsk anvendelse er også tatt med. Som for benzodiazepiner er dette ment som en kortfattet oversikt. Substansene er inndelt grovt etter smertestillende effekt i sterke (++, morfintype) og middels sterke (+, kodeintype) og med morfin øverst som referansestoff. Reseptfrie smertestillende midler av typen paracetamol vil i denne sammenheng klassifiseres som svake. Prinsipielt kan stoffene virke som agonister eller antagonist. En agonist binder seg til reseptoren og gir medikamenteffekt, mens en antagonist blokkerer effekten ved reseptorbinding og virker som motgift. Enkelte substanser har både agonist- og antagonistegenskaper, og klassifiseres som partielle agonister. De partielle agonistene vil i teorien kunne ha noe lavere misbruksrisiko, men dette støttes ikke av klinisk erfaring.

Legemiddel / substans	Klassifisering	Virketid (T½)	Aktive metabolitter
morfin	agonist ++	kort (2-3 t)	+
fentanyl o.l.	agonist +++	middels (4-8 t)	-
heroin	agonist ++	svært kort (0-3 t)	++
ketobemidon	agonist ++	kort (3-5 t)	-
levoalfa acetylmadol	agonist ++	svært lang(72-96t)	-
metadon	agonist ++	lang (20-30 t)	-
petidin	agonist ++	kort (3-6 t)	+
dextropropoksyfen	agonist +	kort (3-5 t)	-
etylmorfin	agonist +	kort (2-4 t)	(+)
kodein	agonist +	kort (2-4 t)	(+)
buprenorfin	partiell agonist ++	middels (4-6 t)	-
pentazocin	partiell agonist +	kort (2-4 t)	-
naloxon	antagonist	svært kort (1-2 t)	-
naltrexon	antagonist	lang (10-15 t)	-

### Andre legemidler

Barbiturater anvendes i dag i langt mindre grad enn tidligere, og utenom anvendelse som antiepileptikum (fenobarbital) eller innen anestesi, er bruken svært sparsom. Barbiturater er virkningsmessig nært beslektet med benzodiazepiner. Misbruk av barbiturater av andre personer enn de som har kommet i kontakt med medikamentet gjennom forskrivning for epilepsi, enten til seg selv eller i nære omgivelser, er i dag antagelig sjelden i Norge.

Sentraltvirkende muskelrelaksantia, som i dag omfatter karisoprodol blant registrerte legemidler, er også forbundet med fare for misbruk og avhengighet. Et slikt misbruk vil gjerne foreligge i kombinasjon med annet legemiddelmisbruk, spesielt benzodiazepiner. Virkningen synes dels knyttet til karisoprodol, og dels til metabolitten meprobamat.

Sentralstimulerende midler som amfetamin / dextroamfetamin og metylfenidat har en klar misbruksrisiko. Disse medikamentene forskrives sjelden og bare på helt spesielle indikasjoner.

Det er videre uklart om andre legemidler, spesielt innen psykofarmakagruppen kan medføre noen særlig risiko for misbruk og avhengighet. I de senere år har det vært diskutert om nyere antidepressiva av SSRI-type skiller seg fra mer tradisjonelle antidepressiva. Det har vært observert seponeringsvansker av nevrogen/psykogen karakter etter bruk av SSRI. Det diskuteres nå innen WHO om SSRI-preparatene bør rubriseres som vanedannende. Det er viktig å være oppmerksom på denne risikoen og for sikkerhets skyld bør preparatet trappes ned i løpet av flere uker.

Nevnes skal også sentraltvirkende antikolinerge midler (biperiden, orfenadrin og benztropin) som synes å kunne medføre en viss risiko for rus og tilvenning. Men isolert misbruk av slike legemidler synes ikke å være et reelt problem.

## 9.2 Vedlegg B - Ikke-medikamentell behandling av langvarige søvnproblemer

---

Nedenstående er i hovedsak bygd på artikler av Bjørn Bjorvatn, Seksjon for allmenntilleggsmedisin, UiB.

I behandlingsøyemed har det vist seg lite effektivt kun å dele ut en stensil med ulike råd og overlate resten til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt person. Nøyte registrering av søvnen fra uke til uke kan være til god hjelp. Til slik søvnregistrering benyttes ofte såkalte søvndagbøker, hvor pasientene noterer tidspunkter for sengetid, antall oppvåkninger i løpet av natten osv. Det kreves ofte omfattende veiledning. Her kan legen eller annet helsepersonell med kunnskap om søvnregulering være til god hjelp. Nedenfor gis en kort omtale av de best dokumenterte ikke-medikamentelle behandlingsformene:

### Søvnhygiene

Her følger generelle leveregler for god søvn. Rådene er inndelt etter om de i hovedsak påvirker søvnbehovet (den homeostatiske faktoren), døgnrytmen (den sirkadiane faktoren) eller vaner/atferdsfaktorer. Rådene dreier seg om å sørge for en viss oppbygging av søvnbehov, å respektere døgnrytmen, og å unngå høy aktivering om kvelden og natten.

*Råd for å ta vare på oppbygget søvnbehov:*

- Regelmessig mosjon, avslutt minst 3 timer før sengetid.
- Unngå søvn om dagen (ta evt. en middagslur på under 20 min).
- Ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet sovetid.

*Råd for å bevare god døgnrytme:*

- Stå opp til omtrent samme tid hver dag, også i helgene.
- Få minst ½ time med dagslys daglig, helst tidlig om morgenen (innen 2 timer etter at du har stått opp).

*Råd for å redusere aktivering om kvelden og natta:*

- Unngå kaffe, te og cola etter kl 17. Røyk forstyrrer også søvnen.
- Unngå å være sulten eller innta et tungt måltid ved sengetid.
- Bruk soverommet til å sove i, ikke til arbeid.
- Lag deg et sengetidsrituale.
- Sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet. Bruk evt. maske og øreplugg.
- Ikke se på klokka hvis du våkner om natten.
- Lær deg en avspenningsteknikk, bruk den ved oppvåkninger.
- Sett av en "problemtid" om ettermiddagen/tidlig kveld hvor du tenker gjennom dine bekymringer og problemer. Unngå å ta med deg bekymringer/problemer til sengs.
- Bruk av alkohol som sovemiddel frarådes. Alkohol kan gjøre det lettere å falle i søvn, men gir urolig søvn med mange oppvåkninger og dårlig søvnkvalitet.

### **Stimuluskontroll**

Stimuluskontrollbehandling går ut på å korrigere uheldig søvnatferd, og styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Pasienten får gjerne et sett med instruksjoner som skal følges nøyaktig. Det understrekes at sengen skal brukes til å sove i. Får man ikke sove i løpet av kort tid skal man stå opp, gå ut av soverommet, og ikke returnere til sengen før man igjen er trett. Tidspunktet for å stå opp om morgenen er bestemt på forhånd, og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten faktisk får hver natt. Denne behandlingsformen krever en motivert pasient som klarer å følge instruksjonene. Resultatene viser at rundt 80 prosent av pasientene rapporterer bedre søvn og med vedvarende effekt.

### **Søvnrestriksjonsbehandling**

Mange pasienter med dårlig søvn tilbringer lang tid i sengen i håp om å få sove. Faktisk er det ikke uvanlig at pasienter med rundt 5 timers nattesøvn ligger i sengen i 9 - 10 timer. Dette anses som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnavanskene. Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere tiden i sengen til den tiden pasienten reelt sover. Hvis søvnlengden per natt er på 5 timer, begrenses pasientens tid i sengen til 5 timer. Tiden pasienten får oppholde seg i sengen justeres fortløpende. Oppfølgingen skjer ved hjelp av søvndagbøker. Denne behandlingen er krevende for pasientene. Ofte forverres søvnen i begynnelsen, før bedring inntreffer. Resultatene av er på samme nivå med resultatene fra stimuluskontrollbehandling, og de to behandlingsteknikkene kan kombineres.

### **Lysbehandling**

Lysbehandling ved søvnlidelser er en relativt ny form for behandling. Behandlingen går ut på å sitte en avpasset periode foran et spesialkonstruert lysapparat som gir ut lys med en viss intensitet, gjerne 10000 lux. Lysbehandling gitt om kvelden vil skyve døgnrytmen i motsatt retning av hva lysbehandling om morgenen vil gjøre. Tidlig morgenoppvåkning kan være et symptom på alvorlig sykdom (f.eks. depresjon), men også uttrykk for døgnrytmeforstyrrelse. Lysbehandling om kvelden vil kunne forskyve døgnrytmen, og undersøkelser viser at søvnen kan forlenges med 1 - 2 timer. Andre personer sovner ikke før langt på natten, men har ingen problemer med å opprettholde søvnen. Lysbehandling gis etter normal oppvåkning, og behandlingstidspunktet flyttes fra dag til dag til man er ved ønsket oppvåkningstidspunkt. Vanligvis har ikke lysbehandling noen effekt ved innsovningsproblemer.

### **Avspenningsteknikker**

Høyt spenningsnivå motvirker søvn. Effekten av avspenningsbehandling er godt dokumentert, men synes å være noe dårligere enn for andre ikke-farmakologiske metoder. Aktuelle metoder for avspenning er progressiv avspenningstrening, autogen trening, mental avspenning og meditasjon. Avspenningsbehandling er gjerne best egnet til engstelige insomnipasienter med økt fysiologisk og kognitiv aktivering.

## 9.3 Vedlegg C - Elementer til pasientinformasjon

---

### Eksempel: Beroligende tabletter og sovetabletter.

#### Til deg som har fått resept på beroligende tabletter eller sovetabletter

Tablettene du har fått resept på tilhører gruppen benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende stoffer. Dette er gode og virksomme medikamenter til kortvarig eller periodevis bruk. Du bør imidlertid være klar over at dette er tabletter som er vanedannende dersom du bruker dem fast over tid, selv om du bare tar en til to tabletter daglig. Du kan derfor utvikle avhengighet av medikamentet. Hvor lang tid det er snakk om, varierer fra person til person, men som regel bør medisinene ikke brukes i mer enn 2-3 uker sammenhengende. Det er bedre å bruke legemidlene bare av og til.

#### Beroligende legemidler

Beroligende legemidler demper angst og uro, og kan i vanskelige perioder i livet være til god hjelp. For en del mennesker kan dette representere helt nødvendig støtte for å komme gjennom krisesituasjoner. Legemidlene demper imidlertid også positive følelser og initiativ, og kan aldri løse årsakene til problemene.

Ved utvikling av avhengighet kan plagene med angst og uro forsterkes og ved forsøk på å slutte kan det oppstå ubehagelige symptomer.

#### Sovetabletter

De fleste mennesker vil oppleve søvnvansker i perioder i livet. Søvnbehovet vil normalt avta med alderen, slik at eldre trenger mindre søvn enn yngre. Hvis du opplever store søvnproblemer slik at du har vansker med å fungere på dagtid, kan det likevel være at legen for en kort periode forskriver sovetabletter.

Kroniske søvnvansker må imidlertid løses på andre måter. Sovetabletter er vanedannende, og vi vet at søvnkvaliteten går ned ved langvarig bruk, slik at du blir mindre uthvilt. Spesielt hos eldre mennesker kan legemidlene føre til tretthet og uoppmerksomhet på dagtid, og til nedsatt hukommelse.

#### Trafikksikkerhet

Legemidlet du bruker er merket med rød varseltrekant. Dette betyr at inntak av tablettene kan gjøre deg trett og uoppmerksom – de nedsetter kjøreferdigheten. Veitrafikkloven pålegger deg å la være og kjøre bil når du er påvirket av trafikkfarlige legemidler. Vær spesielt oppmerksom på at det kan ta lang tid før sovemedisiner og beroligende midler utskilles fra kroppen. Du kan derfor risikere å være påvirket morgenen etter at du har tatt dem. Kombinasjon med alkohol øker virkningen av tablettene. Dette er helt uforenlig med bilkjøring.

#### Å slutte med legemidler etter langvarig bruk

Mange som har brukt slike legemidler fast i lang tid, synes det vanskelig å slutte. De fleste vil trenge hjelp og oppfølging til dette. Snakk derfor med legen din. Han/hun kan hjelpe deg med råd og oppfølging som gjør det lettere å slutte. Selv om det skulle oppstå plagsomme symptomer, så er disse forbigående. De fleste som har trappet ned eller sluttet med vanedannende legemidler har opplevd å få det bedre etterpå.

## 9.4 Vedlegg D

---

### AVTALE OM NEDTRAPPINGSPLAN

mellom

Pasient: ..... og lege: .....

**Pasienten samtykker i:**

- a) at relevant og nødvendig informasjon utveksles mellom involverte tverrfaglige instanser
- b) at det tas varslede eller ikke varslede kontrollprøver av urin eller blod

**Pasienten forplikter seg til å:**

- a) samarbeide med ansvarsgruppen gjennom kontakt med .....
- b) møte til alle konsultasjoner og samarbeidsmøter etter avtale eller innkalling
- c) bare bruke undertegnede lege. Ved denne legens fravær skal følgende lege eller legekontor benyttes: .....
- d) bare bruke følgende apotek: .....
- e) bruke de legemidler og den dosering som bestemmes av legen
- f) ikke gi eller selge medikamenter til andre
- g) holde seg unna illegale stoffer og vanedannende legemidler forskrevet av andre leger, unntatt ved behov for akutt legehjelp og sykehusinnleggelse
- h) ikke kjøre bil så lenge legen finner dette uforsvarlig

**Legen forplikter seg til å:**

- a) ha det faglige ansvaret for nedtrappingsplanen
- b) tilby ukentlige konsultasjoner, hvis ikke annet er bestemt i behandlingsplan
- c) delta aktivt i tverrfaglig samarbeid rundt brukeren
- d) samarbeide nært med det apoteket som er nevnt ovenfor
- e) forskrive nødvendige medikamenter
- f) legge til rette for forsvarlige ordninger for utlevering av medikamenter
- g) vurdere fortløpende nedtrappingsplanens framdrift
- h) vurdere fortløpende behov for henvisning eller samarbeid med faginstanser
- i) sikre at legens forpliktelser blir ivaretatt ved fravær, kurs og ferier
- j) sikre tilstrekkelig dokumentasjon

**Partene er enige om at nedtrappingsplanen og behandlingen avbrytes ved mislighold av avtalen, ved kriminalitet, vold eller trusler, etter ansvarsgruppens utskrivningskriterier.**

Sted og dato:.....

.....

Pasient

Lege



## 9.5 Vedlegg E

---

### KONTROLLSPØRSMÅL TIL EGEN PRAKSIS

#### VED FORSKRIVNING AV VANEDANNENDE LEGEMIDLER

##### Generelle tiltak for kvalitetssikring:

- Er det interne rutiner for samarbeidet mellom medarbeider og lege ved forskrivning?
- Er det interne rutiner som sikrer forskrivning i leges fravær?
- Er det etablert system for kollegabasert læring / reseptstatistikk / forskrivningsprofil?
- Er det etablert et formelt samarbeid med apoteket?

##### Før forskrivning første gang:

- Er ikke-medikamentell behandling vurdert?
- Foreligger medisinsk indikasjon?
- Er det forhold ved pasienten som gir grunn for ekstra forsiktighet?
- Er forholdet til førerkort vurdert?

##### Forskrivning første gang:

- Er varighet av behandlingen nøye vurdert og riktig pakningsstørrelse valgt?
- Er dose vurdert i forhold til alder?
- Er det gitt muntlig og skriftlig informasjon om bivirkninger og avhengighetsrisiko?

##### Ved forskrivning andre gang:

- Gjøres den nye forskrivningen ved konsultasjon (og ikke gjennom telefon)?
- Er videre forskrivning gjennomtenkt i avveiningen mellom gevinst og avhengighetsrisiko?
- Er behandlingens formål, varighet og planlagt slutt dokumentert i pasientens journal?
- Er det gitt informasjon om risiko for avhengighet?
- Er det gjort avtale om kontroll?

##### Ved langtidsforskrivning til ikke-misbrukere:

- Er det gjort et reellt forsøk på nedtrapping eller seponering?
- Er det vurdert at forskrivningen kan bedre pasientens livskvalitet?
- Er det innhentet second opinion?
- Er det inngått en avtale med pasienten om en behandlingsplan?
- Er det mistanke om videresalg eller kombinasjonsbruk med rusmidler?
- Foreligger noen som helst form for press eller ikke-faglig bakgrunn for forskrivning?