

Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (Til landets læger m.fl.)

Indledning

Af Sundhedsministeriets lovebekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001 om udøvelse af lægegerning, § 6, stk. 1, fremgår, at en læge under udøvelsen af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Det nærmere indhold af denne forpligtelse for så vidt angår ordination af afhængighedsskabende lægemidler uddybes løbende af Sundhedsstyrelsen.

I henhold til ovennævnte lovs § 5a, stk. 3, afgør Sundhedsstyrelsen, hvad der skal forstås ved afhængighedsskabende stoffer. I dette cirkulære beskrives reglerne for ordination af afhængighedsskabende lægemidler, og i den tilknyttede vejledning uddybes de særlige forhold, der gør sig gældende for de forskellige stofgrupper. Behandlingen af patienter med stofmisbrugsproblemer er særskilt omtalt i afsnit 6 i vejledningen, da der i medfør af Lægeovens § 5f, gælder særlige begrænsninger i retten til at ordinere euforiserende stoffer som led i behandlingen af personer for stofmisbrug.

Kapitel 1

Generelle regler

§ 1. Ved afhængighedsskabende lægemidler forstås:

- Morfin og morfinlignende midler (opioide analgetika)
- Benzodiazepiner og stoffer der virker på benzodiazepinreceptorerne
- Lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelsesområde
- Visse andre lægemidler med afhængigheds- / misbrugspotentiale

Stk. 2. Reglerne for ordination af de enkelte grupper af afhængighedsskabende lægemidler uddybes i bilag 1, afsnit 2 - 5.

Stk. 3. De særlige forhold, der gør sig gældende ved behandling af stofmisbrugere, uddybes i bilag 1, afsnit 6.

§ 2. Læger skal ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler være særlig opmærksomme på, at der ved brug af de ordinerede midler kan fremkaldes eller vedligeholdes lægemiddelafhængighed.

§ 3. Det vil som hovedregel være uacceptabelt, at en læge behandler sig selv gennem længere tid med afhængighedsskabende lægemidler.

Stk. 2. Såfremt en læge har behov for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, bør behandlingen varetages af en anden læge.

Stk. 3. Skulle en læge undtagelsesvis have behov for at ordinere lægemidler, indeholdende afhængighedsskabende stoffer til sig selv, indskræpes det, at lægen ved ordinationen udviser samme omhu og samvittighedsfuldhed, som han skal udvise ved tilsvarende ordinationer til patienter.

§ 4. En læge bør som hovedregel ikke ordinere afhængighedsskabende lægemidler gennem længere tid til nærtstående.

Kapitel 2

Ordination til lægens sædvanlige patienter

§ 5. Behandling af patienter med afhængighedsskabende lægemidler bør som hovedregel varetages / koordineres af patientens sædvanlige læge.

Stk.2. Har lægen patienter, der med regelmæssige mellemrum behandles med afhængighedsskabende lægemidler, bør lægen i tilfælde af ferie eller lignende træffe aftale med patient og apotek om udlevering eller eventuelt med en anden læge om ordination i den pågældende periode, således at patienten ikke selv er henvist til at søge andre læger, herunder vagtlæger.

§ 6. Såfremt lægen får kendskab til, at en af hans patienter hyppigt behandles af lægevagten med afhængighedsskabende lægemidler, bør lægen orientere lægevagten om hans behandling af patienten, efter indhentet samtykke fra patienten.

Stk. 2. Nægter patienten at give sit samtykke hertil, skal lægen overveje at ophøre med at behandle med afhængighedsskabende lægemidler.

§ 7. Lægen bør i de tilfælde, hvor der er tvivl om indikationsstillingen ved længerevarende behandling med afhængighedsskabende lægemidler, lade patienten vurdere af en speciallæge, evt. sygehusafdeling /smerteklinik og lade denne vurdering indgå i sin bedømmelse.

Kapitel 3

Ordination til andre end lægens sædvanlige patienter

(herunder vagtlægers ordinationer)

§ 8. De lægemidler, der er omfattet af dette cirkulære, bør som udgangspunkt ikke ordineres til andre end lægens sædvanlige patienter.

§ 9. Såfremt omstændighederne nødvendiggør udstedelse af recept, bør der alene ordineres en sådan mængde af det pågældende lægemiddel, at behandlingen er tilstrækkelig til egen læge kan kontaktes.

Stk. 2. Lægen bør sikre sig patientens identitet ved forevisning af sygesikringskort eller eventuel anden legitimation med navn, cpr.nr. og adresse.

§ 10. Lægen bør underrette patientens sædvanlige læge om den givne behandling / ordination.

Stk. 2. Nægter patienten at give sit samtykke hertil, skal lægen overveje at afstå fra at behandle med afhængighedsskabende lægemidler.

Kapitel 4

Særligt vedrørende personer i behandling for stofmisbrug

§ 11. I medfør af Lægelovens § 5f, kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i amtskommunale lægestillinger samt i lægestillinger ved Hovedstadens Sygehusfællesskab og Kriminalforsorgen. Dog kan enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed foretages af andre læger.

§ 12. Retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling kan efter aftale i nærmere bestemte tilfælde overlades til en anden læge, herunder en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge.

Stk. 2. Såfremt delegation finder sted, skal embedslægeinstitutionen underrettes herom af den læge, der har delegeret behandlingen. Embedslægeinstitutionen underrettes ligeledes, når behandlingen ikke længere er delegeret.

§ 13. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler, til personer der er i behandling for stofmisbrug, skal ske i samråd, med den der er ansvarlig for stofmisbrugsbehandlingen, medmindre ordinationen finder sted under indlæggelse på et sygehus, eller som led i akut behandling.

§ 14. Under henvisning til Lægelovens § 11, skal de læger, der forestår opioid substitutionsbehandling af personer for stofmisbrug afgive månedlige indberetninger herom til Sundhedsstyrelsen. Indberetningerne skal også omfatte de personer, hvis behandling er delegeret til andre læger.

Stk. 2. Indberetningen afgives først i en måned og omfatter oplysning af cpr.nr. på de personer, som har fået ordineret opioider i den foregående måned som led i behandling af deres stofmisbrug.

§ 15. For så vidt angår de faglige overvejelser og hensyn der skal tages i betragtning ved behandling af personer for stofmisbrug, henvises til bilag 1, afsnit 6.

Kapitel 5

Rekvirering og opbevaring af afhængighedsskabende lægemidler

§ 16. De nærmere regler for rekvirering og udfærdigelse af recepter vedrørende afhængighedsskabende lægemidler fremgår af receptbekendtgørelsen.

§ 17. Afhængighedsskabende lægemidler samt receptblanketter til brug ved ordination heraf skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende personer, såvel når beholdningen forefindes i konsultationslokale m.v. samt ved medtagelse under besøg.

Stk. 2. Beholdningen af afhængighedsskabende lægemidler bør indskrænkes til det mindst mulige.

Stk. 3. Med hensyn til de nærmere regler for udlevering og opbevaring m.v. af afhængighedsskabende lægemidler henvises til Sundhedsministeriets bekendtgørelse om euforiserende stoffer.

Kapitel 6

Journalføring

§ 18. Lægen skal føre nøjagtige optegnelser i forbindelse med ordination af de lægemidler, der er omhandlet i dette cirkulære.

Stk. 2. Optegnelserne skal være udarbejdet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens cirkulære og vejledning om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring).

Kapitel 7

Sanktioner

§ 19. Følger en læge ikke reglerne for ordination af afhængighedsskabende lægemidler, kan Sundhedsstyrelsen i medfør af lægelovens § 5 a pålægge lægen at føre nøjagtige optegnelser over disse ordinationer (listepligt). Listerne skal indsendes til embedslægeinstitutionen efter nærmere af Sundhedsstyrelsen fastsatte bestemmelser.

Stk. 2. Begår en læge væsentlige overtrædelser af pålægget om at føre optegnelser (lister) eller fremgår det af optegnelserne, at afhængighedsskabende lægemidler ordineres på uforvarlig måde, kan Sundhedsstyrelsen i henhold til Lægelovens § 5 b, stk. 1, fratage lægen

retten til at ordinere alle eller enkelte grupper af disse stoffer for en tid af fra 1 til 5 år eller indtil videre.

§ 20. Sundhedsstyrelsen kan til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn indbringe sager, som styrelsen finder, vil kunne give grundlag for kritik eller anden sanktion.

Stk. 2. Såfremt en læge i forbindelse med ordination af afhængighedsskabende lægemidler findes skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed, kan der rejses tiltale herfor, jfr. Lægelovens § 18.

Stk. 3. Såfremt en sundhedsperson har udvist alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed, kan Sundhedsstyrelsen påbyde vedkommende at ændre denne. Endvidere kan en autoriseret sundhedspersons virksomhedsområde indskrænkes i medfør af Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

Kapitel 8

Ikrafttræden m.v.

§ 21. Cirkulæret træder i kraft den 1. marts 2003.

Stk. 2. Samtidig ophæves Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 184 af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Sundhedsstyrelsen, d. 13. januar 2003

Jens Kristian Gøtrik

/ Michael von Magnus

Vejledning om lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Indledning

I dette bilag uddybes Sundhedsstyrelsens cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Formålet med vejledningen er, nærmere at præcisere den omhu og samvittighedsfuldhed lægen skal udvise i håndteringen af de vanskelige problemstillinger, der knytter sig til vurderingen af patienters behov for disse lægemidler.

Mange patienter er gennem årene blevet afhængige ved ukritisk behandling med opioider, benzodiazepiner m.v. For at undgå afhængighed bør lægen, inden behandling med afhængighedsskabende lægemidler indledes, sammen med patienten lægge en behandlingsplan, hvoraf det bl.a. fremgår, hvilken effekt, hvilke bivirkninger m.v. der forventes af behandlingen, og i hvor lang tid behandlingen forventes at vare.

Endelig gælder det for de afhængighedsskabende lægemidler, at lægen skal dels rådgive om og tilråde forsigtighed vedrørende bilkørsel og maskinbetjening, samt oplyse om faren ved samtidig indtagelse af alkohol.

I denne vejledning beskrives de særlige forhold, der gør sig gældende ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Vejledningen er opdelt således:

- Afsnit 1: Generelt om afhængighedsskabende lægemidler
- Afsnit 2: Ordination af smertestillende lægemidler i form af opioide analgetika
- Afsnit 3: Ordination af benzodiazepiner og stoffer der virker på benzodiazepinreceptorerne
- Afsnit 4: Ordination af afhængighedsskabende lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelsesområde
- Afsnit 5: Ordination af visse andre afhængighedsskabende lægemidler
- Afsnit 6: Behandling af patienter for stofmisbrug

Afsnit 1. Generelt om afhængighedsskabende lægemidler.

a. Definitioner

Afhængighed

Afhængighed defineres efter *WHO ICD-10* som et syndrom bestående af en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, som udvikler sig (hos nogle individer) ved gentagen brug af et eller flere afhængighedsskabende lægemidler eller stoffer. Diagnosen kræver at mindst tre af følgende symptomer er tilstede i mindst en måned eller gentagne gange inden for 1 år:

- Trang (“Craving”).
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen.
- Abstinenssymptomer eller stofindtagelse for at ophæve eller undgå disse.
- Toleransudvikling.
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering eller tidsforbrug.
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

Afhængighed karakteriseres af et vedvarende eller periodisk behov for stof manifesterende sig ved en tvangsmæssig adfærd, hvor fremskaffelse og brug af stoffet er dominerende i personens tilværelse.

Misbrug

Misbrug defineres efter ICD-10 som skadeligt brug. For at diagnosen kan stilles, kræves følgende kriterier opfyldt:

- Fysisk og/eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd).
- Skaden klart påviselig.
- Varighed mindst en måned eller gentagne gange inden for et år.

Misbrug kan således opfattes som en form for social og psykisk afvigelse præget af en destruktiv adfærd, der først og fremmest er selvdestruktiv, men også omgivelserne (familie, venner) og samfundet kan skades.

Det vil ofte dreje sig om et blandingsmisbrug hvor udbuddet af illegale stoffer og lægemidler er afgørende. Typisk foretrækkes imidlertid stoffer og indtagelsesmåder, der medfører en kraftig og hurtig indsættende rusvirkning.

Fysisk afhængighed og abstinenssymptomer

Fysisk afhængighed er en forudsigelig farmakologisk virkning som udtryk for adaptation til stoffet. Fysisk afhængighed er karakteriseret ved abstinenssymptomer i forbindelse med behandlingsophør eller dosisreduktion. Som ledsagesymptom til fysisk afhængighed ses ofte varierende grader af toleransudvikling.

b. Information og samtykke

Før og under behandlingen skal patienten jfr. lov om patienters retsstilling informeres om bl.a. den forventede virkning af behandlingen, bivirkninger og komplikationer.

Med hensyn til muligheden for at videregive oplysninger om patienten og dennes behandling henvises ligeledes til lov om patienters retsstilling. Som udgangspunkt skal patienten give samtykke til enhver form for videregivelse af oplysninger. Også videregivelse af oplysninger om patientens behandling til andre sundhedspersoner forudsætter samtykke. Dog kan videregivelse ske uden patientens samtykke til patientens alment praktiserende læge fra en anden læge, der virker som stedfortræder for denne, fx vagtlæger. I andre situationer skal en læge, fx en speciallæge indhente patientens samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge om lejlighedsvis ordination af afhængighedsskabende lægemidler, idet sådan behandling ikke bør ske løsrevet fra behandlingen af patienten i øvrigt. Hvis patienten afslår at give det nødvendige samtykke til videregivelse af oplysninger om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, bør dette medinddrages i vurderingen af indikationen for behandlingen.

Der kræves ikke samtykke til de indberetninger og anmeldelser, som lægen i henhold til Lægelovens § 11 eller den øvrige lovgivning er forpligtet til at afgive, fx anmeldelserne til embedslægeinstitutionen af delegeringer af behandlingskompetence til egen læge.

Hvis en læge i øvrigt i sin virksomhed bliver bekendt med, at en person lider af sådanne sygdomme (fx misbrug) eller mangler i legemlig eller sjælelig henseende, at patienten, i betragtning af de forhold hvorunder denne lever eller arbejder, er til nærliggende fare for andre, er lægen i medfør af Lægelovens § 12 forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv, om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslægeinstitution eller Sundhedsstyrelsen. Sådant anmeldelse kræver heller ikke samtykke.

c. Tilsyn

I medfør af lovbekendtgørelse nr. 790 af 10. september 2002 af Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv., er sundhedspersoner underlagt Sundhedsstyrelsens tilsyn. Dette tilsyn udføres lokalt af embedslægeinstitutionerne på Sundhedsstyrelsens vegne og indebærer bl.a., at man i institutionerne via edb overvåger udskrivningen af kopieringspligtige lægemidler, samt på baggrund af konkret mistanke foretager stikprøvekontrol af ordinationer af andre afhængighedsskabende lægemidler på baggrund af oplysninger fra apotekerne.

Afsnit 2. Ordination af smertestillende lægemidler i form af opioider.

a. Generelt om opioider

Opioider er samlebetegnelsen for morfin og morfinlignende præparater, overfor hvilke naloxon er den specifikke antagonist. Hovedparten af forbruget anvendes i behandlingen af patienter med langvarige/kroniske non-maligne smertetilstande. Den resterende del anvendes primært til behandling af smertetilstande af malign oprindelse og i den akutte terapi.

b. Dosisindstilling

I praksis øges opioiddosis gradvist indtil smertefrihed, eller indtil patienten får vedvarende bivirkninger af central art (sedation, svimmelhed, eufori, hallucinationer, kvalme etc.). I sidste tilfælde reduceres dosis herefter til nærmeste lavere bivirkningsfri niveau. Langtidsbehandling med opioider, gennemført efter dette princip, bør ikke være kompliceret af væsentlige bivirkninger af ovennævnte art. Langtidsbehandling med opioider er en vedligeholdelsesbehandling, hvor det blandt andet ved præparatvalg bør tilstræbes, at patienten ikke direkte vil kunne registrere den enkelte dosisindgift.

c. Akutte/postoperative smertetilstande

Moderne behandlingsprincipper, herunder nyere administrationsformer og kombinationsregimer har gjort det muligt at opnå effektiv analgesi ved langt de fleste akutte/postoperative smertetilstande.

d. Langvarige smertetilstande

I behandlingen af smerter af malign oprindelse er opioider et af hovedbehandlingsmidlerne, medens der ved opioidanvendelse ved non-maligne smertetilstande bør udvises stor tilbageholdenhed. Komplicerende forhold af psykologisk/psykiatrisk og socioøkonomisk karakter vil hyppigt være en integreret del af den langvarige/kroniske smertetilstand.

Cancersmertetilstande

Hovedprincippet i en palliativ behandling af patienter med cancer er, at de for patienten generende symptomer - herunder smerter - skal søges behandlet. Behandling af patienter med cancer bør desuden altid indeholde en psykosocial indsats tilpasset patientens behov. Opioider er de vigtigste grundpræparater i behandlingen af smerter ved cancerlidelser. Behandlingen bør være døgndækkende og skal primært søges gennemført ved en peroral administration med et langtidsvirkende præparat.

Indikationen for supplerende behandling med non-opioidt analgetikum (NSAID, inkl. acetylsalicylsyre og paracetamol), foruden sekundære analgetika i form af antikonvulsiva, antidepressiva o.m.a. skal løbende vurderes. Ca. 1/3 af patienter med cancer har helt eller delvist opioid-ufølsomme smerter, hyppigst af neuropatisk karakter. Behovet for hjælpepræparater (f.eks. antiemetika) skal løbende vurderes, og der vil ofte være indikation for en effektiv lakserende behandling.

Hvis acceptabel smertelindring ikke kan opnås uden betydende, intraktable bivirkninger ved en iøvrigt regelret peroral opioidbehandling, kan andre administrationsformer være indiceret – transkutan, kontinuerlig subkutan, epidural (i kombination med lokalanalgetikum) eller spinal (intermitterende eller kontinuerligt) og intravenøs.

Langvarige/kroniske non-maligne smertetilstande

Smertetilstande af denne type bør vurderes som et kompleks, der i individuelt varierende grad involverer ikke blot fysiske, men også psykiske og socioøkonomiske faktorer. Behandlingen bør således bero på en vurdering af såvel de(n) biologiske smertemekanisme(r) som af de i tilstanden eventuelt indgående behandlingskrævende psykologiske og sociale faktorer.

Som hovedregel bør man være tilbageholdende med opioider til denne patientkategori. Hos enkelte patienter med svære kroniske/langvarige smertetilstande kan opioider imidlertid være et relevant middel til opnåelse af smertelindring.

Kroniske/langvarige smertetilstande vil ofte ikke, eller kun delvist, kunne behandles med opioider, og det vil næsten aldrig være muligt bivirkningsfrit at opnå en total smertefrihed. Effekt kan forventes ved smerter af nociceptiv karakter, hvorimod sædvanligvis kun begrænset virkning vil kunne opnås ved non-nociceptive smertetilstande.

Bivirkninger af central art, som f.eks. sedation eller eufori, skal betragtes som overdoserings-fænomener og bør ikke forekomme i en langtidsterapi.

Indikationen for opioidbehandling skal være gennemtænkt. Patienten skal på anden måde være ubehandlelig og have stærke smerter af opioidfølsom type.

For at undgå abstinensproblemer og minimere risikoen for toleransudvikling er en stabil, døgndækkende terapi med langtidsvirkende præparater afgørende. Behandlingen bør altid være profylaktisk, peroral og døgndækkende med stabile og identiske enkeltdoser indtaget med faste og identiske tidsintervaller. Der er yderst sjældent/aldrig indikation for behandling med korttidsvirkende opioider oven i behandlingen med de langtidsvirkende præparater. I en langtidsbehandling af smerter vil anvendelse af kortvarigt virkende præparater resultere i en vekslen mellem præparatpåvirkning og lette til svære abstinenssymptomer (genembrudsabstinenser) - et forhold der kan resultere i et gradvist øget forbrug af de pågældende præparater.

Patienten bør gøres medansvarlig for sin behandling, og inddrages i beslutninger herom. Der bør etableres en aftale mellem patient og behandler, hvoraf det fremgår, at kun én læge er behandlingsansvarlig og ansvarlig for udstedelse af recepter. Dosisændringer bør kun ske efter aftale med den behandlingsansvarlige læge.

Kontinuerlig parenteral behandling i en langtidsterapi er som hovedregel kontraindiceret.

e. Recidiverende (akutte) smertetilstande

Behandlingsmæssigt skal man skelne mellem egentlige akutte smertetilstande og smertetilstande af et mere kronisk tilsnit visende sig ved exacerbationer i forløbet af en kronisk smertetilstand eller hyppigt recidiverende smertetilstande som f.eks. menstruationssmerter, kroniske rygsmerte, migræne, kronisk pancreatitis o.lign.. Ved sådanne tilstande er risikoen for etablering af et afhængighedsforløb stort, og man bør være yderst tilbageholdende med ordination af opioider. Ved parenteral administration skal der udvises stor tilbageholdenhed.

Afsnit 3. Ordination af benzodiazepiner og stoffer der virker på benzodiazepinreceptorerne.

a. Indledning

Alle benzodiazepiner er afhængighedsskabende.

Lægemidlerne vil alle kunne føre til toleransudvikling og udvikling af abstinenssymptomer ved seponering, specielt efter længere tids brug af store doser. Det bør bemærkes, at abstinenssymptomer også kan forekomme ved hurtig seponering efter få ugers behandling med mindre doser. Det vil i vid udstrækning være samme stoffer, der anvendes som sovemidler og som angstdæmpende midler. Valg af præparat bør ske ud fra viden om det enkelte præparats omsætning i organismen, herunder absorptions-hastighed, lipofili, forekomst af aktive metabolitter og halveringstiden.

Benzodiazepiner indgår ofte i et blandingsmisbrug med alkohol og andre afhængighedsskabende lægemidler og stoffer. Risikoen for at udvikle afhængighed af benzodiazepiner tiltales med indtagelsen / behandlingens varighed og dosis' størrelse, og der er en øget risiko hos personer med en anden aktuel eller tidligere afhængighed.

b. Anvendelsesområde

Indledning af en behandling med benzodiazepiner, fx mod søvnløshed, bør som hovedregel kun ske i tilfælde, som belaster patienten alvorligt, og hvor tilstanden ikke er tilgængelig for anden form for behandling. Sovemidlerne bør kun bruges i 1-2 uger, og lægen bør kun ordinere en mængde svarende hertil, hvorefter situationen og den medicinske behandling bør vurderes på ny.

Skift mellem benzodiazepiner inden for samme præparattype løser ikke de problemer, der kan opstå ved udvikling af tolerans og forekomst af reboundfænomener, dvs. forstærkede symptomer efter seponering.

Udover den sedative effekt har benzodiazepiner også en sikker anxiolytisk virkning, men de bør kun ordineres, hvor den sygelige tilstand kan betragtes som belastende, alvorlig og af en vis varighed, samt ikke tilgængelig for anden, evt. non-medicamentel behandling. Det må dreje sig om velbeskrevne angstsyndromer eller beslægtede tilstande, hvis forløb bør følges løbende og konsekvent under behandlingen. Det er vigtigt, at benzodiazepiner ikke bruges kritikløst mod stress, kriser eller bekymring over almenmenneskelige problemer. For så vidt angår benzodiazepiner som anxiolytisk behandling, bør man stræbe efter en behandlingsperiode på ikke over 4 uger. Herefter bør tilstanden vurderes på ny.

Virksomheden af benzodiazepiner på angst og søvnproblemer er aftagende over uger til måneder. Det er vigtigt at følge effekten nøje, og man bør tage sin indikationsstilling op til overvejelser, hvis de centrale symptomer – angst, anspændthed og søvnforstyrrelser – ikke er påvirket væsentligt i løbet af få måneder, idet man næppe kan forvente væsentlige nye behandlingsgevinster herefter.

Ved forskellige somatiske sygdomme kan der være indikation for en kortvarig anvendelse af benzodiazepiner, men man bør være opmærksom på risikoen for maskering af somatiske symptomer. Benzodiazepiner kan benyttes i akut behandling af visse epileptiske anfald, men ikke forebyggende, dog undtaget Rivotril (Clonazepam) og Frisium (Clobazam).

Særligt ved iværksættelse af nye behandlingsforløb for yngre patienter skal lægen nøje gøre sig den forventede behandlingseffekt klar. Ved langvarig behandling med benzodiazepiner skal lægen holde sig for øje, at der skabes et afhængighedsforhold, og skal, evt. støttet af en specialistvurdering, nøje afveje gevinsten ved behandlingen overfor de ulemper, den vil medføre.

Der bør ved start af enhver behandling med benzodiazepiner udfærdiges en behandlingsplan / behandlingsaftale af ordinerende læge i samråd med patienten vedrørende formålet med behandlingen, behandlingsvarighed, seponering, dosis, kontrol og tilbagemelding om bivirkninger.

Behandlingen bør på grund af abstinenssymptomer gradvist aftrappes over flere uger, og støttende psykoterapi kan anvendes for at lære patienterne at klare eventuelle abstinenssymptomer på en rationel måde.

Der skal i forbindelse med ordination af disse midler gøres opmærksom på, at der skal udvises forsigtighed ved bilkørsel og maskinbetjening, specielt skal man være opmærksom på, at lægemidlerne øger virkningen af alkohol.

c. Særligt vedrørende ordination til ældre patienter

Et længerevarende eller periodisk forbrug af benzodiazepiner i lav dosering som hypnoticum eller anxiolyticum er blevet en del af livsmønsteret for en gruppe af især ældre patienter.

Lægen skal ved sin ordination til ældre patienter være opmærksom på, at eliminationen er langsommere, og virkningen derfor ofte stærkere.

Det er ikke hensigten med denne vejledning at sætte spørgsmålstejn ved en igangværende konstant fortløbende behandling med beroligende medicin i anbefalede doser til lægens sædvanlige patienter, der har fundet sted gennem længere tid. Men ved iværksættelse af et nyt behandlingsforløb skal lægen nøje gøre sig den forventede behandlingseffekt klar.

d. Valg af præparat

Den ordinerende læge bør overveje alternative midler til benzodiazepiner. Specielt ved kronisk forløbende angsttilstande bør det overvejes om nyere antidepressiva, bør være førstevalgspræparat.

Benzodiazepinernes farmakokinetik er af betydning for udviklingen af afhængighed, og Benzodiazepiner med langsom absorption og lang halveringstid bør sædvanligvis foretrækkes.

Afsnit 4. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelsesområde.

a. Centralt stimulerende midler som Amfetamin, Ritalin (R)

Bør kun anvendes til behandling af narkolepsi og hyperkinetisk syndrom.

Behandling af børn med centralstimulerende midler er nærmere omtalt i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen af december 2000. Vejledningen tilsigter, at udredning og behandling af

børn med centralstimulerende midler foregår på specialistniveau. I vejledningen anføres speciallæge i børnepsykiatri/psykiatri, men udredning og behandling kan også varetages af speciallæger indenfor andre relevante specialer, herunder først og fremmest pædiatri og neurologi.

b. Appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning

Behandlingen med appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning bør kun ordineres ved væsentlig overvægt med væsentlige medicinske gener, og når andre foranstaltninger findes ineffektive. Behandlingen bør følges tæt sammen med kostvejledning og kontrol af vægttab.

Afsnit 5. Ordination af visse andre afhængighedsskabende lægemidler

Erfaringer viser, at visse hostestillende midler, antiparkinsonmidler, antihistaminer, præparater med centralnervøs virkning og obstiperende midler kan være afhængighedsskabende og indgå i et misbrug. Som eksempler kan nævnes biperiden, codein, og andre morfinlignende hostemidler. Lægen skal ved ordination af disse stoffer være opmærksom på, at der foreligger risiko for at fremkalde eller vedligeholde afhængighed.

Afsnit 6. Behandling af personer for stofmisbrug.

a. De grundlæggende principper i stofmisbrugsbehandlingen

Amternes ansvar for den samlede stofmisbrugsbehandling

Det har siden 1. Januar 1996 påhvilet amterne samt København og Frederiksberg kommuner at varetage den samlede behandling af stofmisbrugere. Rammer for tilrettelæggelsen af behandlingen følger af lov nr. 435 af 14. Juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om udøvelse af lægegerning, samt lovbekendtgørelse nr. 944 af 16. oktober 2000 om social service (Serviceloven) og lovbekendtgørelse nr. 267 af 12. april 2000 om retssikkerhed og administration på det sociale område (Retssikkerhedsloven), hvoraf det følger, at ansvaret for iværksættelse af dag- og døgnbehandling påhviler amtet, og at det som udgangspunkt alene er læger ansat i kommunale lægestillinger samt i lægestillinger ved Hovedstadens Sygehusfællesskab og i Kriminalforsorgen, der kan ordinere euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug.

Hvad der i den følgende fremstilling af nemhedshensyn bliver beskrevet om amtslige opgaver og amtsligt personel dækker ovennævnte personkreds.

Formålet med lovændringerne var at sikre stofmisbrugerne den mest hensigtsmæssige behandling ved at fastlægge et entydigt ansvar for sammenhængen mellem de sociale og de lægelige behandlingstiltag. Det er herefter amterne samt Københavns og Frederiksberg Kommuner, der har ansvaret for den samlede behandling af den enkelte stofmisbruger, også i situationer hvor behandlingen er delegeret til alment praktiserende læge, privat behandlingsinstitution eller speciallæge.

Bestemmelsen i Retssikkerhedslovens § 42, stk. 3 vedrørende aftale om, at forpligtelser, der efter den sociale lovgivning påhviler den ene part, kan overlades til den anden, indebærer bl.a., at en amtskommune kan delegerer visitationskompetencen til en kommune i de tilfælde, hvor der er enighed om, at behandlingsindsatsen bedst varetages af kommunen. Der kan være tale om hel eller delvis delegation. Det er fortsat amtskommunen, der har ansvaret for en forsvarlig indsats på hele stofmisbrugsområdet i amtskommunen, og den kan således opsiges delegationsaftalen.

Sociale handleplaner

Udarbejdelse af en social handleplan for hver enkelt stofmisbruger er nødvendig for at sikre sammenhæng mellem den medikamentelle og psykosociale behandling og de sociale problemstillinger stofmisbrugereren i øvrigt frembyder.

I forhold til den enkelte bruger danner en handleplan rammen for en samarbejdsproces med brugeren.

Amtskommunen har ansvaret for visitation af stofmisbrugere til behandling, og det er derfor amtskommunens ansvar, at der udarbejdes en plan for det nærmere behandlingsforløb m.v. Den amtskommunale behandlingsplan skal kombineres med den kommunale handleplan efter servicelovens § 111, ligesom kommunen skal inddrages i den amtskommunale behandlingsplan med hensyn til fortsatte kommunale (kontant)ydelse, kommunale forberedelse vedrørende udslusning og efterbehandling m.v.

Den sociale handleplan danner udgangspunkt for den opfølgning af behandlingstilbuddet som amtskommunen og kommunen efter servicelovens § 113 skal foretage for det enkelte tilbud. Der er ikke i serviceloven fastsat nærmere krav til revision af den sociale handleplan, men det følger af lovens § 111 og § 113, at en udarbejdet social handleplan løbende skal revideres og ajourføres efter behov for at kunne danne udgangspunkt for en realistisk beskrivelse af rammerne for og formålet med indsatsen.

Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af den sociale handleplan. Behandlingsplanen skal også jævnligt vurderes og justeres, hvis det er nødvendigt. Det gælder også i de tilfælde, hvor en del af behandlingen udføres udenfor behandlingscentret, fx på private behandlingsinstitutioner eller hos alment praktiserende læger / speciallæger. Det er amtet, der har ansvaret for den samlede behandling.

Sammenhæng mellem stofmisbrugsbehandlingen og samfundet i øvrigt

Misbrugsbehandlingen skal tilrettelægges således, at stofmisbrugeren ikke hindres i fx at påtage sig et arbejde, flytte til et andet amt, holde ferie, etc. Behandlingen skal også kunne fungere i situationer, hvor stofmisbrugeren fx indsættes i kriminalforsorgens institutioner, ligesom misbrugsbehandling påbegyndt i kriminalforsorgens institutioner skal kunne videreføres i amtsligt regi. Det skal derfor tilstræbes, at der etableres en kommunikation i god tid inden evt. kendt indsættelse eller løsladelse med henblik på at sikre kontinuitet i behandlingen

Påbegyndes behandling for stofmisbrug i sygehusvæsenets regi, skal der med stofmisbrugeren samtykke ligeledes etableres forbindelse til det amtslige misbrugscenter med henblik på evt. videreførelse af behandlingen. Ved anden behandling med afhængighedsskabende lægemidler, fx psykiatrisk behandling, skal der også etableres kontakt til det amtslige behandlingscenter, der forestår misbrugsbehandlingen.

Frivillighed, åbenhed og samarbejde i stofmisbrugsbehandlingen

Stofmisbrugeren har samme ret som andre patienter til at modtage ydelser fra sundhedsvæsenet, uanset om han / hun i øvrigt er i behandling for stofmisbrug.

Søger en person behandling i amtet for stofmisbrug, skal behandlingen koordineres med stofmisbrugeren læge. Der skal derfor indhentes samtykke fra stofmisbrugeren til videregivelse af helbredsrelevante oplysninger. Uden samtykke kan der ikke udveksles oplysninger mellem behandlerne. Samtykket skal journalføres.

Det bemærkes, at samtykke efter en konkret vurdering kan være en forudsætning for, at det vil være forsvarligt at iværksætte eller videreføre behandling.

Stofmisbrugere bør ved behandlingens start orienteres om behandlingens indhold og forløb. Stofmisbrugere, der optræder truende eller voldelige overfor personalet eller andre på behandlingscentret, kan bortvises fra behandling. Dette bør dog benyttes med varsomhed, og stofmisbrugeren bør i videst muligt omfang gives andre tilbud, herunder tilbud der sikrer den fortsatte medikamentelle behandling.

b. Lægens ansvar i den samlede behandling af stofmisbruger

Udredning og visitation

De amtslige behandlingsinstitutioners tilbud retter sig mod flere forskelligartede tilstande omfattende enkeltmisbrug og blandingsmisbrug af illegale og legale stoffer. Det kliniske billede er ofte komplekst, og valget af relevante behandlingstilbud forudsætter en tværfaglig vurdering.

Lægen bør altid deltage i visitationen og den forudgående udredning, der ligger til grund for valg eller fravalg af behandling. Den nødvendige, og ofte også tilstrækkelige, indikation for substitutionsbehandling med et opioid er opioidafhængighed. Afhængighed og misbrug er overvejende lægelige diagnoser, og da det er disse, der udløser en evt. substitutionsbehandling, forudsætter beslutning om, eller fravalg af substitutionsbehandling lægelig medvirken.

Lægen bør under sin udredning undersøge den enkelte stofmisbruger, optage en grundig stofanamnese og afdække evt. ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme, herunder med stofmisbrugerens samtykke indhente oplysninger fra tidligere hospitalsindlæggelser samt fra de læger, som stofmisbruger har konsulteret og fået behandling af.

Behandlingsplaner

For hvert enkelt behandlingsforløb skal der udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Behandlingsplanen er et led i den sociale handleplan, og skal være tilpasset den enkelte stofmisbruger. Af behandlingsplanen skal fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet. Er der foretaget eller planlagt delegation af behandlingen til fx læger ved private institutioner, alment praktiserende læge eller anden speciallæge, skal dette nærmere beskrives i behandlingsplanen. Evt. samarbejde og koordinering vedr. stofmisbrugerens sideløbende behandling ved speciallæge skal også beskrives.

Det er amtets læge, der har det overordnede ansvar for de lægefaglige elementer vedrørende stofmisbrugsbehandlingen i den samlede sociale handleplan, også hvis behandlingen delvist udføres på private behandlingsinstitutioner eller af alment praktiserende læge.

Lægelige optegnelser

Det er lægen, der har ansvaret for, at der journalføres de fornødne oplysninger vedrørende stofmisbrugerens tilstand, undersøgelser, observationer, behandling, indikation for medikamentering m.v. (ordnede optegnelser).

Endvidere skal journalføres stofmisbrugerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger.

Lægejournalen vil ofte være tilgængelig for andet personale, og stofmisbrugereren skal orienteres om, hvem der har adgang hertil. Om de lægelige optegnelser samles i en særskilt del af journalen eller integreres i en samlet journal er underordnet. Det afgørende er, at de lægelige oplysninger kan identificeres som sådanne, og at kvaliteten af oplysningerne sikrer at misbrugereren får en relevant behandling. Misbrugereren har adgang til at se de samlede optegnelser, herunder de lægelige i medfør af de generelle regler om aktindsigt. Journaloptegnelserne skal leve op til de generelle bestemmelser om lægers journalføring.

I det omfang at lægen benytter medhjælp, som omtalt nedenfor, skal medhjælperens observationer, handlinger mv. af betydning for behandlingen ligeledes tilføres journalen. Lægen har et selvstændigt ansvar for at dette sker.

Kontakt mellem stofmisbrugereren og behandlingsstedet

For at kunne varetage den nødvendige diagnosticering og behandling må lægen have en tilstrækkelig hyppig kontakt med stofmisbrugereren. Det er ikke muligt at angive meget håndfaste normer herfor. Men i den indledende fase af behandlingen, hvor der evt. skal tages stilling til en dosisindstilling af substitutionsbehandlingen, skal stofmisbrugereren ses hyppigt, og mindst en gang ugentligt af lægen eller dennes medhjælp og herefter ca. en gang månedligt, men med variationer afhængig af stofmisbrugerens tilstand og behandlingsforløb.

Samarbejdet med den alment praktiserende læge

Kontakten mellem behandlingscentret og stofmisbrugerens alment praktiserende læge har til formål at koordinere stofmisbrugerens samlede medicinske behandling således, at der hos de involverede behandlere er klarhed over, hvilke ordinationer der foretages, og på hvilke indikationer. Stofmisbrugerens alment praktiserende læge bør altid informeres, når stofmisbrugereren indskrives til og udskrives af misbrugsbehandling, ligesom der bør være et stående tilbud om faglig rådgivning til alment praktiserende læger om misbrugsbehandling.

Ved sygdomsforhold, inklusive misbrugsrelaterede lidelser, bør amtets læge medvirke til at stofmisbrugereren henvises til relevant diagnostik og behandling i det almindelige sundhedsvæsen. Herfra skal man i videst muligt omfang koordinere evt. behandling med afhængighedsskabende lægemidler med den læge, der på amtets vegne forestår stofmisbrugsbehandlingen af patienten.

Delegation af behandlingskompetencen

I henhold til lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001 om udøvelse af lægegerning, § 5 f, stk. 2, kan ordinationsretten, efter aftale i nærmere bestemte tilfælde, overlades fra læger ansat i kommunale lægestillinger til andre læger, herunder alment praktiserende læger eller

praktiserende speciallæger. Det er amtets læge, der afgør om substitutionsbehandlingen kan varetages af andre, herunder om behandlingen i større eller mindre udstrækning kan foregå på private (døgn)institutioner. Det skal i denne sammenhæng præciseres, at stofmisbrugeren ikke har krav på, at behandlingen delegeres.

Delegation af substitutionsbehandlingen til alment praktiserende læge forudsætter først og fremmest, at stofmisbrugeren ønsker at behandlingen delegeres, og at den alment praktiserende læge er indstillet på at forestå behandlingen. Herudover skal stofmisbrugeren kunne honorere de krav, som en behandling hos en alment praktiserende læge stiller. Dette indebærer først og fremmest, at stofmisbrugeren er socialt, psykisk og farmakologisk stabiliseret og har opnået en tilfredsstillende social funktion i forhold til bolig, forsørgelsesgrundlag og et rimeligt netværk, samt at stofmisbrugeren kan håndtere apoteksadministreret udlevering af lægemidlet.

Det forhold, at det er amtskommunen, der har ansvaret for den samlede misbrugsbehandling, indebærer, at amtskommunen, herunder dets læge, har et ansvar for at følge stofmisbrugeren, også efter at den medicinske misbrugsbehandling er delegeret til alment praktiserende læge, fx i form af aftalte, regelmæssige tilbagemeldinger fra den alment praktiserende læge til amtets læge. Det indebærer endvidere, at den medicinske misbrugsbehandling skal kunne tilbageføres til amtskommunen uden ventetid, hvis der på grund af ændringer i stofmisbrugers tilstand er behov for det, og/eller lægen eller stofmisbrugeren ønsker det.

De private behandlingsinstitutioner har ofte tilknyttet sundhedsfagligt personale til varetagelse af bl.a. abstinensbehandling. Der bør altid, med stofmisbrugers samtykke, fremsendes fyldestgørende lægelige oplysninger fra det henvisende amt eller den henvisende kommune, herunder behandlingsplan til brug for det sundhedsfaglige personale ved behandlingsinstitutionen. Enkeltstående ordinationer af afhængighedsskabende lægemidler som led i abstinensbehandling af ca. en uge varighed kan foretages af andre læger end amtets læger.

Den delegerende læge har fortsat det overordnede lægelige ansvar for det samlede behandlingsforløb, også i den periode hvor misbrugeren fx befinder sig på en privat behandlingsinstitution. Den delegerende læge skal holde sig orienteret om forløbet og resultatet af et delegeret behandlingsforløb, herunder evt. interkurrente (konkurrerende og komplicerede) sygdomme samt medicinstatus.

Den amtslige læge har dog intet ansvar for stofmisbrugere, der varetægtsfængsles eller afsoner i Kriminalforsorgens institutioner uanset frihedsberøvelsens varighed. I disse tilfælde har Kriminalforsorgens egne læger det fulde ansvar for den medicinske behandling, inkl. en evt. substitutionsbehandling. Amtets læge skal ikke føre tilsyn med den medicinske misbrugsbehandling i Kriminalforsorgens institutioner, selvom amtets læge sædvanligvis vil blive kontaktet af Kriminalforsorgen læge i forbindelse med tilrettelæggelsen af behandlingen af den indsatte. Der bør dog være størst mulig gensidig information mellem amtets læge og Kriminalforsorgens læge om stofmisbrugers helbredsmæssige forhold, selvsagt med pågældendes samtykke.

Lægens benyttelse af medhjælp

Kun læger med ret til selvstændigt virke kan benytte medhjælp. Som lægens medhjælp, betragtes alle personer, der ikke har autorisation til selvstændig virke som læge, det vil sige også sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, socialpædagoger, socialrådgivere, fængselsfunktionærer m.m.

En læges forpligtelse til, i medfør af lægeloven, at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin gerning, gælder også i relation til lægens brug af medhjælp. Ved brug af medhjælp er lægen ansvarlig for instruktion og supervision af medhjælpen, og så længe medhjælpen holder sig inden for lægens bemyndigelse, er lægen i henhold til lægeloven ansvarlig for det arbejde, medhjælpen udfører. Retten til at ordinere receptpligtige lægemidler kan ikke overlades til medhjælp. Lægen er i givet fald stillet, som om lægen selv effektuerede behandlingen. Lægen skal afpasse instruktionen efter medhjælpens individuelle behov, hvilket bl.a. vil afhænge af pågældendes uddannelsesmæssige baggrund og kliniske erfaring.

Om en person i en konkret situation kan betragtes som lægens medhjælp vil afhænge af de konkrete forhold, herunder omfanget og karakteren af lægens instruktion og tilsyn med medhjælpen.

Med hensyn til behandling med lægemidler er det den ordinerende læge, der har ansvaret, men lægen kan, efter konkret vurdering af stofmisbrugerens, opstille nogle rammer indenfor hvilke andre medarbejdere, i egenskab af lægens medhjælpere, kan disponere selvstændigt, forudsat at disse har modtaget den fornødne instruktion. Rammerne for delegation af udlevering af lægemidler i henhold til lægelig ordination skal journalføres, eller være beskrevet i generelle skriftlige instrukser, hvortil der henvises i journalen.

c. Faglige anvisninger vedr. substitutionsbehandling ved opioidmisbrug.

Formålet med metadon- og anden substitutionsbehandling er at stabilisere stofmisbrugerens farmakologisk, socialt og psykisk. Det kan som regel opnås ved en lægeligt styret behandling med peroral indgift af en tilstrækkelig og konstant dosis af metadon eller buprenorphin. Den medikamentelle behandling skal ledsages af en psykosocial behandling, der retter sig mod stofmisbrugerens psykiske symptomer og de sociale problemstillinger, stofmisbrugerens frembyder, inklusive bolig-, uddannelses-, forsørgelses- og beskæftigelsesmæssige problemer. For de fleste stofafhængige vil en substitutionsbehandling i kortere eller længere perioder være en forudsætning for, at de kan indgå i den psykosociale behandling.

Stofmisbrugere, der er i metadonbehandling, har mindre dødelighed end ubehandlede stofmisbrugere. Endvidere udøver de mindre berigelseskriminalitet, ligesom de i nogen grad har øget beskæftigelse. Endelig udviser de reduceret risikoadfærd i relation til blodoverførte sygdomme.

Udbyttet af behandlingen afhænger både af korrekt dosering og af omfanget og kvaliteten af den ledsagende psykosociale behandling.

Indikationer

Substitutionsbehandling indgår som en del af den sociale handleplan. Beslutningen om at tilbyde substitutionsbehandling skal således vurderes i lyset af, hvorvidt substitutionsbehandling er relevant i forhold til at realisere de mål, der indgår i disse planer. Supplerende til disse generelle overvejelser skal følgende betingelser være opfyldt:

- Der skal foreligge afhængighed af opioider (F11.2), som defineret i WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.
- Stofmisbrugeren skal ønske behandlingen. Dette indebærer for det første, at behandlingen er frivillig, og for det andet, at ønsket om denne behandlingsform (substitutionsbehandling) skal tillægges betydelig vægt.
- Andre relevante behandlingsalternativer skal være overvejet. Substitutionsbehandling er en krævende behandlingsform, hvor den stofafhængige og behandlingsinstitutionen binder sig i et forpligtende samarbejde over en ukendt, men oftest meget lang tidsperiode.
- Gravide stofmisbrugere, der ønsker at gennemføre graviditeten, bør tilbydes substitutionsbehandling, hvis afgiftning ikke er realistisk.

Metadon og buprenorphin er de præparater, der anvendes i substitutionsbehandlingen. Ved valg af præparat hos nye, primært opioidafhængige stofmisbrugere, bør det overvejes at tilbyde buprenorphin som førstevalgspræparat pga. den lave toksicitet og den formentlig ringere udvikling af afhængighed.

Metadon

Metadon har været anvendt i substitutionsbehandlingen siden 1960'erne og er det bedst undersøgte og dokumenterede præparat til substitutionsbehandling af opioidafhængighed.

Metadon kan blokere abstinenssymptomer i mere end 24 timer. Hos flertallet af stofmisbrugere, kan metadon reducere eller eliminere stoftrang. Forudsat metadon er korrekt doseret, kan metadon blokere for den euforiserende virkning af normalt anvendte heroinmængder uden at påvirke de psykomotoriske funktioner.

Princippet ved dosering af metadon er at give så meget, at stoftrangen reduceres mest muligt, og abstinenssymptomer blokeres i 24 timer, og så lidt at de normale psykomotoriske funktioner ikke påvirkes nævneværdigt.

Når en behandling påbegyndes, har man normalt ikke kendskab til den behandlede tolerans overfor opioider (som kan være nul), og behandlingen skal derfor altid indledes med en lav dosering, 20 – 30 mg pr. døgn. Dødeligt forløbende forgiftning er beskrevet ved indgift af doser på 40 mg pr døgn. Pga. risikoen for akkumulation skal dosisøgning foretages gradvist, det vil sige med passende interval med beskeden dosisøgning indtil tilstanden er stabil såle-

des, at der hverken er abstinenssymptomer eller symptomer på overdosering. Dosisindstillingsperioden er 2 – 3 uger eller længere. Vedligeholdelsesdosis vil normalt ikke overskride 120 mg.

Metadon administreres normalt en gang dagligt. Under afgiftning ved reduktion til doser under 40 mg pr. døgn, kan det være nødvendigt at administrere 2 gange dagligt for at opnå en tilstrækkelig døgndækkende virkning.

Administrationsformen kan være mixtur eller tabletter. Normalt bør metadon administreres som mixtur eller i opløst form. Ved valget mellem mixtur og tabletter bør man være opmærksom på risikoen for videresalg, idet medicinen skal administreres i en sådan form, at dette begrænses mest muligt. Afhængig af stofmisbrugerens stabilitet og funktionsniveau kan indtagelse ske overvåget og dagligt (i praksis 5 dage/uge), eller der kan udleveres flere døgndoser til selvadministration.

Metadon parenteralt (intramuskulært eller intravenøst) som injektionsopløsning er ikke standardbehandling og bør efter Sundhedsstyrelsens opfattelse indtil videre kun gives i de formelle rammer af et forsøg.

Ved korrekt dosering er der ingen nævneværdig påvirkning af de psykomotoriske eller kognitive funktioner, inklusive reaktionstid og hukommelse. Stofmisbrugerne kan fungere normalt og opretholde et arbejde på lige fod med andre.

Bivirkningerne er relativt få og beskedne. Specielt i behandlingens første fase, men evt. også senere, kan der være klager over træthed, sløvhed og påvirkethed som symptom på overdosering, men det bør ikke forekomme og er et udtryk for en dårlig regulering af behandlingen. Forstoppelse er en almindelig bivirkning, der normalt aftager over tid, men som kan og skal behandles. Nogle klager over nedsat libido, men oftest normaliseres de reproduktive og seksuelle funktioner efter nogle måneders behandling. Den hyppigste bivirkning er øget svedtendens, som kan være meget generende. Allergiske reaktioner er uhyre sjældent.

Mange stofmisbrugere som ophører, eller forsøger at ophøre, med metadonbehandling, klager over udtalte og langvarige abstinenssymptomer. Der er næppe tvivl om, at det er reelt og hænger sammen med dels metadons lange virkningstid, dels at stofmisbrugere i metadonbehandling får større opioiddoser, end det normalt er muligt regelmæssigt at erhverve sig og indtage som illegal misbruger. Det er imidlertid ikke vanskeligere for stofmisbrugere i metadonbehandling at blive stoffri end for misbrugere på heroin.

Buprenorphin

Buprenorphin er et velkendt analgetikum og benyttes på samme indikationen som metadon. Buprenorphin er en partiel μ -agonist. Buprenorphin er mindre respirationsdeprimerende og sederende end fulde agonister som morfin og metadon. Risikoen for dødelige forgiftninger er minimal, selv hos utilvænnede. Buprenorphin fortrænger andre agonister fra receptorer-

ne, og indtagelse af buprenorfin udløser derfor abstinenssymptomer hos stofmisbrugere i behandling med metadon og morfin samt hos heroinmisbrugere. Hos stofmisbrugere i buprenorfinbehandling vil buprenorfin således blokere for virkningen af andre agonister, og det beskytter derfor i vid udstrækning mod forgiftning med disse stoffer. Indgift af naltrexon og naloxon udløser abstinenssymptomer, men de doser, der kræves hertil, er ca. 10 gange større end hos stofmisbrugere i behandling med metadon eller morfin.

Ved stigende doser ses stigende plasmakoncentration, men der er et plateau for effekt ved doser mellem 8 - 16 mg, hvor dosisforøgelse ikke fører til øget virkning, men kun til længere virkningstid. Ved fordobling af dosis i intervallet 8 - 16 mg kan buprenorfin derfor doseres hver andet døgn, dvs. 16 – 32 mg hvert andet døgn.

Normal begyndelsesdosis er 2 - 4 mg, som øges med 2 mg hver eller hver anden dag indtil der ikke er klager over abstinenssymptomer / stoftrang. Normal vedligeholdelsesdosis er mellem 4 og 16 mg. pr døgn. Afgiftning kan enten ske ved seponering eller reduktion af dosis med 2 mg med passende og med stofmisbrugeren aftalte intervaller.

Som andre opioider har buprenorfin en additiv eller synergistisk effekt med hypnotika, sedativa, alkohol og visse antidepressiva.

Bivirkningerne er som for andre opioider, men i mindre udtalt grad, og respirationsdepression er sjældent et problem.

Til afgiftning fra et misbrug af korttidsvirkende opioider er buprenorfin et hensigtsmæssigt præparat. Abstinenssymptomerne under afgiftning er beskedne, uanset om man seponerer buprenorfin brat eller nedtrapper dosis over dage eller uger. Ved afgiftningen af personer i metadonbehandling bør metadondosis reduceres til 20 - 40 mg, og buprenorfin først påbegyndes tidligst 24 timer efter seneste metadondosis for at undgå at provokere abstinenssymptomer.

Supplerende medikamentel behandling

Både metadon og buprenorfin har en additiv eller synergistisk effekt med hypnotika og sedativa. Hos den velindstillede, opioidtolerante stofmisbruger har dette dog ingen praktisk betydning, og de nævnte præparater kan anvendes efter sædvanlige retningslinier. Ved behandling med metadon er der mulighed for interaktioner med en række andre lægemidler, som omsættes i leveren. Klinisk betydende interaktioner er sjældne, og forekommer hyppigst ved brug af antiepileptika (carbamazepin og phenytoin) og rifampicin, som øger omsætningen af metadon, og hvor det kan være nødvendigt at øge metadondosis. Antipsykotika og antidepressiva kan anvendes på sædvanlige indikationer og i sædvanlig dosering.

d. Behandlingen af særlige grupper.

Der er grupper af stofmisbruger, hvor det er nødvendigt at tage særlige sikkerhedsforanstaltninger, og/eller hvor substitutionsbehandlingen nødvendiggør særlige organisatoriske / administrative rammer.

Gravide

Substitutionsbehandling af gravide er en specialistopgave på grund af risikoen for fosterskader og bør varetages i samarbejde med obstetrisk afdeling. Evt. afgiftning bør normalt foretages i 2. trimester, for ikke at fremprovokere spontan abort/for tidlig fødsel. Metadondosisreduktion bør være beskeden – svarende til 5 mg metadon per uge. Da der ikke foreligger tilstrækkelige erfaringer med brug af buprenorphin i graviditeten, bør gravide i substitutionsbehandling med dette præparat normalt skiftes til metadon. Hensynet til kompliance med den obstetriske behandling kan dog tale for, at gravide i stabil buprenorphinbehandling kan fortsætte denne.

Blandingsmisbrugere

Blandingsmisbrugere bør kun tilbydes substitutionsbehandling med opioider, når der foreligger opioidafhængighed, og ikke kun et mere eller mindre sporadisk misbrug af heroin i tillæg til misbrug af en række andre stoffer (alkohol, amfetamin, kokain, hash, benzodiazepiner).

Psykotiske stofmisbrugere

Behandlingen af psykotiske stofmisbrugere er en specialistopgave. Psykotiske stofmisbrugere bør tilbydes substitutionsbehandling efter samme retningslinier som ikke-psykotiske. De profiterer sædvanligvis af behandlingen, og denne vil oftest være nødvendig for at sikre compliance til den anti-psykotiske behandling. Behandlingen bør normalt foregå i psykiatrisk regi. Hvor dette ikke er tilfældet, skal der ske underretning herom til den læge, der forestår misbrugsbehandlingen af patienten, såfremt der ordineres afhængighedsskabende lægemidler.

Smertebehandling

Stofmisbrugere i substitutionsbehandling har normal eller nedsat smertetolerans, og de skal derfor behandles lige så intensivt som andre patienter med smerter. Misbrugere med akutte, svære smerter behandles med opioider og ikke opioide analgetika, samt ændret dosering af metadon. Der skal lægges en plan for smertebehandlingen ved indledningen. Substitutionsbehandlingen i øvrigt ændres primært ved at fordele stofmisbrugerens døgn-metadondosis på 3 – 4 doser.

e. Ordination af benzodiazepiner til patienter i stofmisbrugsbehandling

Det er ikke ualmindeligt, at patienter, der er i behandling for opioidmisbrug, har et lægeordineret forbrug af benzodiazepiner. Hertil kommer, at benzodiazepiner er et ofte benyttet misbrugsstof. Det skønnes, at over halvdelen af alle misbrugere har et årelangt forbrug af benzodiazepiner, som enten er ordineret legalt eller erhvervet på det illegale marked. Sædvanligvis indtages benzodiazepiner af misbrugere i meget større doser end normalt rekommanderet.

Det er en udbredt klinisk erfaring, at benzodiazepinafhængige udøver et solidt pres for at få lægen til at ordinere benzodiazepiner. Dette har i en række tilfælde resulteret i betænkeligt høje doser og polyfarmaci og medført, at et én gang etableret forbrug nemt stiger på grund af benzodiazepinernes udtalte toleransudvikling.

Udtrapningen af et benzodiazepinmisbrug eller indstilling på korrekt dosering har tidligere næsten udelukkende fundet sted på psykiatriske afdelinger. Gennem de senere år har enkelte amters misbrugsbehandlingsinstitutioner valgt helt eller delvis at påtage sig ordinationen af benzodiazepiner til stofmisbrugere i erkendelse af, at brugen af benzodiazepinpræparaterne ikke har været indiceret på grund af angst eller søvnløshed, men som følge af afhængighed.

Dette er en kontroversiel praksis, som motiveres af principperne for skadesreduktion, men som reelt mangler evidens. Der eksisterer ingen dokumentation for effekten af substitutionsbehandling med benzodiazepiner.

Benzodiazepiner har som udgangspunkt ingen plads i behandlingen af stofmisbrugere på grund af afhængighedspotentialet og den negative påvirkning af de kognitive funktioner, som svækker udbyttet af den psykosociale behandling. Ordineres benzodiazepiner undtagelsesvis til stofmisbrugere, skal ordinationen overvejes kritisk i hvert enkelt tilfælde, og præparatvalget skal forenkles. Ordinationen skal være tidsbegrænset fra to til max. fire uger.

Det er vigtigt, at den læge, der behandler patienten for stofmisbrug, tillige tager stilling til patientens forbrug af benzodiazepiner således, at disse ordinationer ikke sker ved patientens egen læge eller evt. speciallæge uafhængigt af misbrugsbehandlingen.

De anbefalede doser for korttidsbehandling bør ikke væsentligt overskrides. Det ideelle ved benzodiazepin til behandling af stofmisbrugere er karakteriseret ved langsom absorption, lav lipofilitet og uden ophobning af farmakologiske aktive metabolitter. Oxazepam udmærker sig ved at opfylde ovenstående kriterier og bør derfor vælges, hvis behandling med benzodiazepiner er uomgængelig.

Til misbrugere, der ikke er benzodiazepin-afhængige, evt. kun har et sporadisk misbrug, er det kun yderst sjældent indiceret, at der indledes behandling med benzodiazepiner.

Benzodiazepinafhængighed diagnosticeres efter ICD 10-kriterierne. Diagnosen er klinisk og baserer sig på observation og grundig stofanamnese, evt. suppleret med urinprøver samt oplysninger om andre lægers ordinationer.

Abstinensbehandling kan ske med oxazepam maksimalt 60 mg i døgnet, hvilket effektivt forebygger abstinenskrampe. Døgndosis reduceres med 10 –20 % med 1 – 2 ugers interval. Kontrolleret indgift bør tilstræbes.

Generaliseret angst, panikangst og angsttilstande relateret til posttraumatisk stressyndrom, (PTSD) behandles primært med antidepressiva. Først ved manglende effekt heraf bør behandling med benzodiazepiner overvejes, fx oxazepam, jfr. ovennævnte principper.

Benzodiazepiner bør helt undgås i behandlingen af søvnproblemer hos stofmisbrugere. Alternativt kan vælges højdosis-antipsykotikum til natten, eventuelt benzodiazepin-analog (zolpidem, zopiclon, zaleplon) i 1 –2 uger.

Til brug for ambulat behandling af alkohol-abstinenssymptomer er chlordiazepoxid velegnet i overvåget og lægestyret behandling efter almindelige principper, der benyttes til ikke stofmisbrugende personer. Chlordiazepoxid har lavt potentiale for udvikling af misbrug på grund af langsom absorption og lav lipofilitet. Ved kortvarig behandling er der ikke risiko for ophobning af metabolitter. Døgndosis afpasses efter kliniske observationer. Startdosis fx 5-10 mg.

f. Kontrol af behandlingen.

Al medicinsk behandling forudsætter kontrol af, om behandlingen virker efter hensigten. Ved substitutionsbehandling af stofmisbrugere er det overordnede mål at sikre, at substitutionsbehandlingen understøtter indfrielsen af målene for den enkelte stofmisbrugerens behandlingsforløb. Formålet med kontrollen er således primært at sikre behandlingens kvalitet, og er ikke rettet mod stofmisbrugeren. Dog bør administrationen af den medikamentelle behandling tilrettelægges på en sådan måde, at risikoen for videresalg af det ordinerede begrænses mest muligt.

Nye behandlingsforløb

Ved alle nye behandlingsforløb skal det ordinerede substitutionspræparat som udgangspunkt indtages dagligt og under opsyn, indtil stofmisbrugeren er indstillet på en passende dosis, og stofmisbrugerens samarbejde om behandlingen er sikret.

Stabile behandlingsforløb

Når behandlingsforløbet er stabiliseret, kan der udleveres medicin til selvadministration. Der bør som hovedregel ikke udleveres medicin til mere en 1 uge ad gangen, og en sådan administration skal nøje vurderes i forhold til stofmisbrugerens aktuelle muligheder for selv

at administrere medicinen. Undtagelser herfra kan dog forekomme, f.eks. i forbindelse med ferier.

Overvåget indtagelse bør genoptages på ethvert tidspunkt i behandlingsforløbet, hvis det er hensigtsmæssigt for at opnå det aftalte mål for behandlingen.

Kontrolforanstaltninger

Urinkontrol og klinisk vurdering kan indgå i den løbende vurdering af, om behandlingsmålet opnås. Substitutionsbehandling og kontrol må aldrig stå alene, men skal være et led i en samlet behandlingsplan.

Arten og omfanget af kontrollen varierer og afhænger af målet for det konkrete behandlingsforløb. Det afgørende er, at der kun stilles de kontrolkrav, der er nødvendige for at opnå indfrielse af de individuelle behandlingsmål. Kontrolforanstaltningerne skal afpasses efter den enkelte stofmisbrugers ressourcer og færdigheder, og der skal tages hensyn til stofmisbrugerens muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt.

Afbrydelse af substitutionsbehandlingen

En beslutning om at afbryde en substitutionsbehandling i utide mod stofmisbrugerens ønske skal overvejes nøje. En beslutning om at afslutte en substitutionsbehandling fordi den er nytteløs, er en lægefaglig vurdering. Behandlingen bør altid genoptages, når stofmisbrugeren er motiveret, og der kan opnås enighed om en behandlingsplan.