

Udskriftsdato: 3. januar 2026

VEJ nr 9166 af 19/03/2018 (Historisk)

Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin.,
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 4-1015-150/1

Senere ændringer til forskriften

VEJ nr 9523 af 19/06/2019

Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

1. Indledning
 - 1.1 Formål
 - 1.2 Målgruppe
2. Generelle forhold
 - 2.1 Ordforklaringer
 - 2.1.1 Afhængighed
 - 2.1.2 Skadelig brug
 - 2.1.3 Misbrug
 - 2.1.4 Tolerans
 - 2.1.5 Abstinenser
 - 2.1.6 Øvrige stofinducerede tilstande
 - 2.1.7 Afhængighedsskabende lægemidler
 - 2.2 Generelle overvejelser ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler
 - 2.2.1 Individuel vurdering af fordele, ulemper og risikogrupper
 - 2.2.2 Ordination og receptfornyelse
 - 2.2.3 Behandlingssted og behandler
 - 2.2.4 Ordination i lægevagtsregi, akuttefoner el.lign.
 - 2.2.5 Ordination til egen brug, familiemedlemmer m.m.
 - 2.2.6 Ordination i tandlægepraksis
 - 2.2.7 Behandlingsplaner og opfølgning
3. Lægemedelgrupper
 - 3.1 Opioider
 - 3.1.1 Generelle overvejelser ved ordination af opioider
 - 3.1.2 Akutte smerter – enkeltstående og recidiverende
 - 3.1.3 Langvarige/kroniske non-maligne smerter
 - 3.1.4 Cancersmertetilstande og palliativ behandling
 - 3.2 Anxiolytika og sedativa/hypnotika
 - 3.2.1 Generelle overvejelser ved ordination
 - 3.2.2 Behandlingsvarighed
 - 3.2.3 Dosisdispensering
 - 3.2.4 Søvnløshed
 - 3.2.5 Angst
 - 3.2.6 Kombinationsbehandling med antipsykotika
 - 3.2.7 Afrusning
 - 3.2.8 Andre indikationer
 - 3.3 Centralstimulerende lægemidler
 - 3.3.1 Centralstimulerende midler mod hyperkinetisk forstyrrelse
 - 3.3.2 Appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning
4. Udgået
5. Ophævelse

1 Indledning

1.1 Formål

Sundhedspersoner skal i henhold til Autorisationsloven¹⁾ udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed. Loven definerer ligeledes de overordnede rammer for ordination af afhængighedsskabende lægemidler²⁾. Kravene til omhu og samvittighedsfuldhed ved ordination af lægemidler med misbrugs- eller afhængighedspotentiale uddybes i denne vejledning.

Såvel afhængigheds- og misbrugspotentialet som andre forhold, herunder risikoen for kognitive bivirkninger og forgiftninger, medfører risici for patientsikkerheden. Lægen/tandlægen skal derfor ordinere lægemidlerne efter en individuel afvejning af behandlingens forventede effekt overfor hensynet til at forebygge de nævnte risici og mulige skadevirkninger.

Vejledningen kan ikke anvendes som en udrednings- eller behandlingsvejledning, selvom der angives overordnede principper for behandling med visse lægemidler.

Non-farmakologiske tiltag og behandling med ikke-afhængighedsskabende lægemidler er i langt de fleste tilfælde førstevalg, og det forudsættes, at lægen i fornødent omfang har iværksat disse, inden der startes behandling med afhængighedsskabende lægemidler, også hvor det ikke specifikt nævnes i denne vejledning.

Anvisninger for udtrapning/nedtrapning af igangværende behandlinger falder ligeledes uden for denne vejlednings rammer.

1.2 Målgruppe

Målgruppen for vejledningen er først og fremmest læger og tandlæger, der behandler med de i vejledningen nævnte lægemidler. Af hensyn til læsbarheden er blot nævnt læger i mange af vejledningens afsnit, men hvor relevant gør de samme forhold sig gældende for tandlæger.

Læger, der anvender afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, skal endvidere være opmærksomme på de regler og vejledninger, der gælder på dette område jf. afsnit 2.3 nedenfor.

Herudover er det hensigten, at også patientorganisationer, borgere, planlæggere m.fl. skal kunne bruge vejledningen til at orientere sig i de overordnede rammer for ordination og opfølgning af behandlingen.

2 Generelle forhold

2.1 Ordforklaringer

Ordforklaringerne nedenfor tager udgangspunkt i WHO's definitioner.

2.1.1 Afhængighed

Afhængighed kan udvikles ved gentagen eller vedvarende brug af et psykoaktivt stof, herunder et lægemiddel. Afhængighed kendetegnes ved en stærk trang til at indtage stoffet, vanskeligheder eller manglende evne til at begrænse eller ophøre med brugen, fortsat brug trods erkendte skadevirkninger og/eller, at brug af stoffet tager uforholdsmæssig megen tid eller andre ressourcer og prioriteres uforholdsmæssigt højt i brugerens dagligdag.

Samtidig toleransudvikling og abstinenssymptomer kan forværre afhængighedstilstanden.

2.1.2 Skadelig brug

Skadelig brug af et psykoaktivt stof defineres som et brugsmønster, som medfører klinisk betydende skade på brugerens fysiske og/eller psykiske helbred. Det kan dreje sig om akutte toksiske effekter, sekundære organskader eller følger af skadelig administrationsvej. Skadelig brug kan ses alene eller være led i en afhængighedstilstand.

2.1.3 Misbrug

Misbrug betegner et vedvarende og skadelig brug af et psykoaktivt stof. Skaderne vedrører brugerens psykiske og fysiske tilsand samt sociale relationer.

2.1.4 Tolerans

Ved længere tids brug (uger) af psykoaktive stoffer kan der udvikles tolerans. Dvs., at der skal anvendes en tiltagende højere dosis for at opnå samme effekt. Graden af tolerans overfor et lægemiddels forskellige virkninger, herunder bivirkninger, kan variere mellem de forskellige afhængighedsskabende lægemidler og fra person til person.

2.1.5 Abstinenser

Abstinenssymptomer omfatter fysiologiske, psykiske og adfærdsmæssige reaktioner på dosisreduktion eller seponering af lægemidlet. Symptomerne afhænger af det konkrete lægemiddel og dosis og varierer desuden mellem patienter. Abstinenssymptomer kan optræde efter behandling med standarddoser af et lægemiddel og er ikke i sig selv udtryk for overforbrug eller afhængighed. Abstinenssymptomerne kan for flere af lægemidlerne minde om de symptomer, der oprindeligt indicerede behandlingen, hvilket kan være med til at fastholde patienten i forbruget af det pågældende lægemiddel.

Abstinensstilstande kan kompliceres af kramper eller delirium.

2.1.6 Øvrige stofinducerede tilstande

En række andre tilstande kan udløses, forværres eller vedligeholdes ved regelmæssigt indtag af psykoaktive stoffer, herunder lægemidler, blandt andet amnestisk syndrom, angsttilstande, depressive, bipolære eller dysforiske tilstande eller psykoser.

2.1.7 Afhængighedsskabende lægemidler

Afhængighedsskabende lægemidler anvendes i denne vejledning som samlebetegnelse for følgende lægemidler:

- opioider, dvs. lægemidler med opioidagonistisk virkning (se afsnit 3.1)
- anxiolytika og hypnotika/sedativa (se afsnit 3.2)
- visse lægemidler med centralstimulerende virkning (se afsnit 3.3)
- visse andre lægemidler med afhængigheds- eller misbrugspotentiale (se afsnit 3.4)

I tilsynsøjemed afgør Styrelsen for Patientsikkerhed hvilke lægemidler, der omfattes af deres kontrol med ordination af afhængighedsskabende lægemidler.³⁾

2.2 Generelle overvejelser ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Dette afsnit beskriver forhold, som gør sig gældende ved enhver behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Hertil kommer særlige forhold for de enkelte lægemiddelgrupper, som beskrives i afsnit 3.

Lægen skal indhente patientens informerede samtykke⁴⁾ og føre journal efter gældende regler⁵⁾. Ved mange tilstande, især kroniske smerter, vil det ikke være muligt at opnå en total eller bivirkningsfri symptomlindring ved farmakologisk behandling, hvilket patienten bør informeres om.

Hvor relevant skal påvirkning af patientens evne til at føre maskiner og motorkøretøjer m.m.⁶⁾ vurderes og patienten informeres herom.

2.2.1 Individuel vurdering af fordele, ulemper og risikogrupper

Forud for enhver ordination skal lægen overveje den forventede effekt og risikoen for uønskede virkninger, især de kognitive bivirkninger og misbrugs- og afhængighedspotentialet.

Særlig opmærksomhed skal udvises ved ordination til patienter, som har særlig risiko for bivirkninger. Det drejer sig blandt andet om ældre og patienter med demens, som kan være særligt udsatte

for kognitive bivirkninger, faldtendens, delir m.m. samt patienter med nedsat lunge- eller nyrefunktion, patienter med stort alkoholforbrug og patienter, der i forvejen behandles med afhængighedsskabende lægemidler eller med lægemidler, der kan hæmme nedbrydningen af afhængighedsskabende lægemidler (lægemiddelinteraktion). Desuden skal der udvises forsigtighed ved ordination til patienter, der har eller tidligere har haft et stof- eller medicinmisbrug, da de ofte vil være særligt udsatte for ny afhængighedsudvikling.

Lægen skal desuden med regelmæssige mellemrum foretage en revurdering af indikationen, hvor der tages stilling til klinisk effekt, bivirkninger, samt tegn på afhængighed, toleransudvikling eller misbrug/skadeligt brug af lægemidlet. Det kan fx være hvis forbruget er stigende, eller der er mistanke om, at indtaget primært sigter mod at undgå abstinenser eller at opnå en rusvirkning frem for den oprindelige indikation. Opmærksomheden bør skærpes, hvis patienten hyppigt rapporterer om mistede recepter eller medicinpakninger eller hyppigt opsøger lægevagt eller andre læger for supplerende ordinationer.

2.2.2 Ordination og receptfornyelse

Valg af præparat skal ske ud fra viden om det enkelte præparats omsætning i organismen, herunder absorptionshastighed (tid til maksimale plasmakoncentration) og halveringstid samt præparatets mulige interaktioner med patientens øvrige medicin, specielt interaktioner, der fører til hæmmet nedbrydning af præparatet.

I udgangspunktet foretages revurdering af indikationen som omtalt i 2.2.1 ved hver receptfornyelse, som derfor skal foregå ved personligt fremmøde eller hjemmebesøg og ikke ved telefon- eller internet/email-konsultation.

I enkelte tilfælde, hvor en patient er i et stabilt, og lægeligt velbegrundet længerevarende behandlingsforløb, som fx ved vedligeholdelsesbehandling af stabile ADHD-patienter, kan det efter en individuel vurdering undtagelsesvist besluttes, at personligt fremmøde ikke er nødvendigt ved hver receptfornyelse, men fx hver anden eller tredje måned, dog mindst en gang hvert halve år. Opfølgningsintervallet skal fremgå af behandlingsplanen, jf. pkt. 2.2.7. Ved behov for receptfornyelse mellem konsultationerne i de ovenfor skitserede tilfælde, kan lægen, efter individuel vurdering, evt. gøre dette pr. telefon.

Ordination hos vagtlæger m.v. beskrives i 2.2.4.

2.2.3 Behandlingssted og behandler

De risici, der knytter sig til behandling med afhængighedsskabende lægemidler, kan forøges ved samtidig behandling med flere af dem, og derfor er det ofte hensigtsmæssigt, at al behandling med afhængighedsskabende lægemidler varetages af én læge. I tilfælde hvor en patient har flere behandlingsforløb hos forskellige læger eller behandlingssteder (herunder sygehusambulatorier/afdelinger, speciallægepraksis, misbrugscenter m.m.), som alle ordinerer afhængighedsskabende lægemidler, bør der foreligge en klar aftale om hvilken læge/behandlingssted, der udskriver hvilke præparater.

Den enkelte læge skal kontrollere, om patienten i forvejen behandles med afhængighedsskabende lægemidler, fx ved opslag i journal eller det fælles medicinkort (FMK). Hvis patienten ikke ønsker at afgive samtykke til, at de involverede læger kan udveksle eller tilgå de for behandlingen nødvendige helbreds- og medicinoplysninger, skal lægen overveje, om det vil være fagligt og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at behandle den pågældende patient med afhængighedsskabende lægemidler. Lægen kan evt. undlade at udskrive lægemidlet, medmindre manglende ordination vil være til nærliggende risiko for patienten, fx på grund af risiko for udvikling af livstruende abstinensstilstand. De samme overvejelser vil gøre sig gældende, hvis patienten ikke vil møde til personlig konsultation, vil have lægemidlet udskrevet af en anden end den vanlige læge, eller ved begrundet mistanke om, at patienten ikke selv indtager det ordinerede lægemiddel.

Hvor der kan forventes behov for receptfornyelse under lægens ferie eller andet fravær, træffer lægen aftale med patienten og en anden læge om ordination i den pågældende periode, således at patienten ikke selv er henvist til at søge andre læger, herunder vagtlæger. Den anden læge udskriver kun mindst mulige mængde, som kan række til patienten igen kan kontakte egen læge.

2.2.4 Ordination i lægevagtsregi, akuttefoner el.lign.

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler i lægevagt m.v. må kun finde sted ved nyopstået, akut sygdom eller tilskadekomst og efter konsultation med personligt fremmøde eller hjemmebesøg. Lægen skal sikre sig patientens identitet ved forevisning af sygesikringskort eller anden legitimation med navn, cpr.nr. og adresse samt søge oplysninger om patientens øvrige ordinationer i FMK. Lægen skal underrette patientens praktiserende læge om den givne behandling/ordination⁷⁾.

Receptfornyelse for patienter i længerevarende behandling må kun helt undtagelsesvis foretages i lægevagt m.v., og der må kun udskrives mindst mulige mængde, som kan række til patienten igen kan kontakte egen læge.

Hvis en læge får kendskab til, at en af lægens patienter hyppigt behandles af lægevagt m.v. med afhængighedsskabende lægemidler, skal lægen orientere lægevagten om sin behandling af patienten efter indhentet samtykke fra patienten. Nægter patienten at give sit samtykke hertil, skal lægen overveje at ophøre med at behandle med afhængighedsskabende lægemidler, jf. 2.2.3.

2.2.5 Ordination til egen brug, familiemedlemmer m.m.

Hvis en læge eller tandlæge, eller dennes nærmeste, har behov for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, skal behandlingen som hovedregel varetages af en anden læge. Har en læge eller tandlæge undtagelsesvis behov for at ordinere afhængighedsskabende lægemidler til sig selv eller nærtstående, indskræpes det, at behandlingen begrænses til en kort periode, og at der ved ordinationen udvises samme omhu og samvittighedsfuldhed, som skal udvises ved tilsvarende ordinationer til patienter.

2.2.6 Ordination i tandlægepraksis

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler i privat og kommunal tandlægepraksis bør være en undtagelse, og der skal i givet fald altid udskrives mindstepakninger og vælges præparater med kort halveringstid. Ved behov for behandling herudover, eller hvor der kan være tvivl om evt. kontraindikationer, skal ordinationen ske i samarbejde med patientens praktiserende læge eller overtages af denne.

2.2.7 Behandlingsplaner og opfølgning

Fraset enkeltstående ordinationer, fx ved anæstesi eller i forbindelse med undersøgelser eller behandlinger, skal der lægges en behandlingsplan. Denne skal omfatte den forventede behandlingsvarighed, målet med behandlingen samt planlagt opfølgning for dermed i videst muligt omfang at forhindre udvikling af tolerans, afhængighed og andre uønskede følgevirkninger, samt sikre at patienten ikke behandles med afhængighedsskabende lægemidler længere end højst nødvendigt.

Ved opfølgning af igangværende behandling skal behandlingsplanen revurderes, og eventuelle ændringer aftales og journalføres.

Når der ikke længere er indikation for en tidligere iværksat behandling, skal lægen tilbyde patienten hjælp til at træppe ud af behandlingen, udarbejde en plan herfor og tilbyde den nødvendige medicinske behandling og psykosociale støtte undervejs. Lægen skal journalføre sine overvejelser i forbindelse med den fortsatte ordination, hvis udtrapning ikke lykkes, og information til patienten og patientens samtykke til den fortsatte behandling skal specifikt journalføres.

Hvis der er tvivl om den fortsatte indikation for behandlingen eller om muligheden for at gennemføre ned- eller udtrapning, skal lægen konferere med eller henvise patienten til en relevant speciallæge for en vurdering, som kan indgå i beslutningen omkring den fortsatte behandling. Hvor en speciallæge i

psykiatri vurderer, at nedtrapning vil være uforsvarlig pga. risiko for symptomforværring af psykiatriske symptomer, farlig eller selvskadende adfærd, skal begrundelsen for risikovurderingen og den fortsatte behandling fremgå af journalen.

Ved sektorovergange eller andre situationer, hvor behandlingsansvaret overgives, har den læge, der hidtil har varetaget behandlingen, ansvar for at der foreligger en behandlingsplan og for at videreformidle denne, om nødvendigt ved at tage personlig kontakt til den læge, der fremover bliver behandlingsansvarlig.

2.3 Substitutionsbehandling

For ordination som led i substitutionsbehandling af personer med stofmisbrug gælder særlige regler⁸⁾, hvortil der henvises. Selve substitutionsbehandlingen varetages i udgangspunktet udelukkende af læger ansat i lægestillinger i de behandlingstilbud kommunalbestyrelsen etablerer eller indgår aftaler om, og behandling med afhængighedsskabende lægemidler i andet regi bør koordineres hermed. Det bør overvejes at samle al behandling med afhængighedsskabende lægemidler i misbrugscentret.

2.4 Rekvirering og opbevaring af afhængighedsskabende lægemidler

Lægens/tandlægens beholdning af afhængighedsskabende lægemidler skal indskrænkes til det mindst mulige og skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. Lægen skal sikre, at uvedkommende ikke kan tilgå lægens elektroniske system(er) og adgang(e) til elektronisk ordination. Recepter på hovedparten af de lægemidler, der omtales i denne vejledning, må kun udstedes elektronisk.

De nærmere regler fremgår af Receptbekendtgørelsen⁹⁾ og Bekendtgørelse om euforiserende stoffer¹⁰⁾.

3 Lægemiddelgrupper

3.1 Opioider

Dette afsnit omfatter lægemidler med opioidagonistisk virkning, dvs. rene agonister (herunder morfin, codein, fentanyl, methadon, oxycodon m.fl.), dual action-agonister (herunder tapentadol og tramadol), og lægemidler med partiel agonist/antagonist-virkning (herunder buprenorphin og nalbuphin).

3.1.1 Generelle overvejelser ved ordination af opioider

Effekter og bivirkninger varierer både fra person til person og fra opioid til opioid. Der bør derfor ske en individuel afprøvning af ét opioidpræparat ad gangen. Ved mange smertetilstande vil det ikke være muligt at opnå total smertelindring uanset doseringen, og patienten kan opleve uacceptable bivirkninger af central art (sedation, svimmelhed, eufori, hallucinationer, kvalme mv.) uden at være smertelindret, hvilket må inddrages i den individuelle afvejning af behandlingen, jf. 2.2.1.

3.1.2 Akutte smerter – enkeltstående og recidiverende

Ved lettere akutte smertetilstande er opioider i reglen ikke indiceret, men ved stærke, nyopståede smerter som akutte postoperative og posttraumatiske smertetilstande, iskæmisk syndrom m.m. vil opioider ofte indgå i behandlingen. Så længe behandlingsvarigheden begrænses til det akutte behov, vil risikoen for udvikling af afhængighedstilstande i reglen være lav. Lægen bør dog være opmærksom på personer med misbrugsanamnese.

I modsætning hertil skal der udvises stor tilbageholdenhed med ordination af opioider ved smertetilstande af mere kronisk karakter, herunder ved exacerbationer af de kendte smerter i forløbet af en kronisk smertetilstand eller ved hyppigt recidiverende smertetilstande som fx menstruationssmerter, migræne, kronisk pancreatitis og lignende, da risikoen for etablering af et afhængighedsforløb er stor.

3.1.3 Langvarige/kroniske non-maligne smerter

Kroniske smertetilstande er ofte komplekse med både fysiologiske, psykiske og sociale komponenter, der i varierende grad følger af eller bidrager til tilstanden. Der bør udvises stor tilbageholdenhed med brug af opioider ved behandling af kroniske, non-maligne smertetilstande, og opioidbehandling bør aldrig være førstevalg. Findes langtidsbehandling med opioider indiceret, skal den tilrettelægges som en vedligeholdelsesbehandling med depotpræparater i faste doseringer og doseringsintervaller, hvor patienten ikke direkte må kunne registrere den enkelte dosisindgift.

3.1.4 Cancersmertetilstande og palliativ behandling

I behandlingen af smerter på malign baggrund er opioider et af hovedbehandlingsmidlerne. Som den øvrige terminale og palliative behandling er målet med smertebehandlingen at lindre patientens symptomer i så vidt omfang som muligt, hvilket skal være centralt i behandlingsplanen og opfølgningen.

Overvejelser om afhængighedsudvikling mv. har mindre relevans i terminale palliative forløb, og selvom målet også her er en stabil, døgndækkende smertelindring med langtidsvirkende præparater, skal patienten altid have adgang til tilstrækkelig p.n. behandling i tilfælde af gennembrudssmerter.

3.2 Anxiolytika og sedativa/hypnotika

Dette afsnit angår benzodiazepiner og andre lægemidler med lignende virkning, herunder zopiclon og zolpidem samt visse antihistaminer og antiepileptika med anxiolytisk virkning.

3.2.1 Generelle overvejelser ved ordination

Benzodiazepiner m.v. skal sædvanligvis ikke ordineres til patienter med demens. Endvidere skal der udvises tilbageholdenhed med ordination til ældre og til patienter i anden medicinsk behandling, som kan påvirke de kognitive funktioner, samt til personer med kendt misbrugsanamnese.

Erfaringsmæssigt udvikler nogle patienter et misbrug af benzodiazepiner m.m., især med de hurtigt absorberbare præparater, hvor tiden, til den maksimale plasmakoncentration indtræder, er kortest.

Lægen skal være opmærksom på, at symptomer som fx angst og søvnproblemer kan forværres af behandlingen pga. bivirkninger eller reboundfænomen. Endvidere kan patienterne udvikle forskellige grader af tolerans over for de forskellige virkninger, og tolerans overfor den terapeutiske effekt ledsages ikke nødvendigvis af toleransudvikling overfor de kognitive effekter og andre bivirkninger. Skift mellem de forskellige benzodiazepiner løser ikke disse problemer.

3.2.2 Behandlingsvarighed

Langvarig behandling skal i hovedreglen undgås, da balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger vil være ufordelagtig for mange patienter ved langtidsbehandling (mere end to uger). Lægen skal derfor overveje den forventede behandlingsvarighed. En aftale med patienten om vurdering af effekt og bivirkninger tidligt i behandlingsforløbet skal indgå i behandlingsplanen, jf. afsnit 2.2.7. Hvis behandlingen fortsætter herefter, skal en ny aftale med patienten om forventet varighed, videre opfølgning og overvejelser om fremtidigt behandlingsophør indgå i behandlingsplanen.

Langtidsbehandling (mere end to uger) af ældre personer med benzodiazepiner og lignende præparater bør principielt ikke finde sted. Hvis dette alligevel findes indiceret, skal lægen informere patienten grundigt om fordele og ulemper og på den baggrund indhente samtykke til behandlingen.

Nogle patienter har været i årelang behandling med disse lægemidler. Lægen skal regelmæssigt genoverveje den fortsatte indikation og hvor relevant forsøge at motivere disse patienter til at påbegynde udtrapning, alternativt nedtrapning til mindst mulige dosis. Begrundelsen for fortsat ordination skal fremgå af journalen. Patienter, der er i langvarig behandling, skal revurderes grundigt mindst én gang årligt, jf. afsnit 2.2.3 og evt. henvises til 'second opinion' hos anden læge indenfor samme eller andet relevant speciale.

3.2.3 Dosisdispensering

Dosisdispensering af benzodiazepiner m.v. vil i de fleste tilfælde være uforenelig med kravet om, at behandlingen skal være så kortvarig som muligt, og skal derfor i hovedreglen ikke anvendes, med mindre der er tale om behandling af epilepsi, eller dosisdispenseringen anvendes som led i en kontrolleret udtrapning.

3.2.4 Søvnløshed

Søvnløshed skal som hovedregel kun behandles med benzodiazepiner m.v. i de tilfælde, hvor anden form for behandling eller søvnhygiejniske tiltag ikke har virket, og hvor patienten er alvorligt belastet af søvnløsheden. Lægen skal være opmærksom på, at benzodiazepiner m.v. kan medføre påvirkning af søvnmønstret, og langvarig behandling kan hos nogle forværre søvnproblemer og give dårligere søvnkvalitet. Behandlingsforsøg med sovemidler skal i første omgang være af kort varighed (almindeligvis 1-2 uger), hvorefter situationen og indikationen for fortsat medicinsk behandling skal vurderes på ny, idet længere behandling kræver nøje overvejelse.

3.2.5 Angst

Hvis der findes indikation for benzodiazepinbehandling af akut situationsbetinget angst (fx flyskræk, tandlægeskræk) eller som beroligende medicin i forbindelse med operation eller mindre kirurgiske indgreb, skal der anvendes lavest mulige dosis af præparater med kort halveringstid.

Øvrige angsttilstande behandles kun med benzodiazepiner, når tilstanden ikke kan behandles på anden måde, herunder non-medikamentelt. Ved påbegyndelse af benzodiazepinbehandling mod en længerevarende angsttilstand, kan den første ordination udstrækkes til højst 4 uger, men på grund af muligheden for bivirkninger tidligt i behandlingsforløbet, jf. 3.2.2, bør lægen som hovedregel have kontakt til patienten inden udløbet af de 4 uger. Ved fortsat behandling skal patientens tilstand samt effekt og bivirkninger af behandlingen løbende vurderes.

3.2.6 Kombinationsbehandling med antipsykotika

Længerevarende samtidig behandling med antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner m.v. frarådes generelt, men kan i særlige tilfælde anvendes efter ordination af psykiater. Indikation, effekt og bivirkninger skal vurderes og journalføres regelmæssigt. Forsøg på ophør af den samtidige behandling skal dokumenteres herunder hvilke komplikationer, der i den forbindelse blev konstateret og dannede grundlag for den fortsatte samtidige behandling.

3.2.7 Afrusning

Personer, der er påvirkede af alkohol eller stoffer, kan være i en potentielt faretruende tilstand. Det kan være vanskeligt at vurdere, i hvilken grad en person er påvirket. Påvirkningen kan sløre symptomer på faretruende tilstande som eksempelvis intrakranielle blødninger, infektioner eller traumer. Lægen skal derfor tage stilling til den medicinske behandling af den enkelte patient.

Ordnation af benzodiazepiner skal – også ved afrusning – som hovedregel ske ved personlig konsultation ved læge. Imidlertid kan der være undtagelser, hvor en læge bliver kontaktet af personale på behandlingssted med henblik på afrusning. Den ordinerende læge skal i hvert tilfælde konkret vurdere, om ordination af benzodiazepiner kræver en lægelig undersøgelse af patienten, eller om det på baggrund af en grundig anamnese og undersøgelse fra personalet vil være forsvarligt at foretage telefonisk ordination for en afgrænset, kortvarig periode. Lægen skal i den forbindelse også tage stilling til, om det er forsvarligt, at afrusning foregår på det pågældende sted, herunder tage stilling til personalets sundhedsfaglige kvalifikationer og til mulighederne for overvågning af patienten i den akutte fase. Der kan tilsvarende, efter en konkret vurdering, ordineres benzodiazepiner til afrusning, hvis en praktiserende læge eller læge ved misbrugscenter kontaktes af en af lægen kendt patient.

Det er altid den ordinerende læges ansvar at sikre videre opfølgning på abstinensbehandlingen samt udelukkelse af andre behandlingskrævende tilstande, hvorfor lægen skal tilse patienten snarest efter ordinationen og senest den følgende dag. Hvor flere læger samarbejder (fx i et misbrugscenter eller almen praksis) kan en anden af de tilknyttede læger varetage denne opfølgning efter nærmere lokal aftale.

Hvis afrusning iværksættes på sygehus og videreføres i fx misbrugscenter eller på et bosted, skal sygehuslægen tage kontakt til den læge, der er tilknyttet det pågældende sted, og lave en konkret aftale om overtagelse, herunder tidspunkt for første lægetilsyn m.v. Indtil en sådan aftale foreligger, påhviler behandlingsansvaret sygehuslægen.

Læger uden det fornødne kendskab til patienten og/eller til personalet på en evt. behandlingsinstitution el. lign. samt vagtlæger må ikke iværksætte abstinensbehandling eller afrusning, men skal søge anden løsning, fx afrusning under indlæggelse, eller henvise patienten til selv at tage kontakt til egen læge eller misbrugscenter.

Barbiturater er forbundet med særlige risici pga. et snævert terapeutisk interval og lang halveringstid. Afrusning med barbiturater skal derfor kun foregå steder, hvor der er mulighed for løbende overvågning ved sundhedsfagligt personale og vil primært finde sted på sygehuse. Evt. kan behandlingen iværksættes under indlæggelse og afsluttes via sygehusambulatorium eller i et kommunalt misbrugscenter; det påhviler da den behandlingsansvarlige læge at sikre, at behandlingen foregår forsvarligt.

3.2.8 Andre indikationer

Ved forskellige somatiske tilstande, herunder krampeanfald eller forgiftninger, kan der være indikation for en kortvarig anvendelse af benzodiazepiner.

Benzodiazepiner kan benyttes til længerevarende behandling ved epilepsi og muskelspasmer (fx hemiplegisk spasticitet) m.v. efter relevant speciallægevurdering. Som ved andre behandlinger, med afhængighedsskabende lægemidler, skal der foreligge en behandlingsplan, og opfølgningen, herunder vurdering af indikationen for behandlingen, kan i øvrigt foregå efter de retningslinjer der gælder for grundsygdommen.

3.3 Centralstimulerende lægemidler

3.3.1 Centralstimulerende midler mod hyperkinetisk forstyrrelse

Dette afsnit omhandler centralstimulerende lægemidler indregistreret til behandling af narkolepsi og hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD.

Afhængighedspotentialet af disse lægemidler er ikke endeligt fastlagt, men de kan hos nogle personer give anledning til en adfærd og et brugsmønster, som svarer til hvad man ser ved andre afhængighedsskabende stoffer eller indgå i et blandingsmisbrug. Der skal udvises særlig opmærksomhed hos personer med tidligere eller pågående stofmisbrug og samtidig tilstedeværende sygdom, som indikerer behandling med centralstimulerende midler. Hvis patienten samtidig behandles i et misbrugscenter skal behandlingen koordineres hermed.

Indledning af behandling med disse lægemidler er en specialistopgave. I udgangspunktet varetages behandling for hyperkinetisk forstyrrelse af speciallæger i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri og behandling for narkolepsi af neurologiske speciallæger. Fortsat behandling kan, efter en konkret vurdering, varetages i andet regi, for eksempel hos pædiater eller praktiserende læge. De nærmere rammer for medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning på området¹¹).

3.3.2 Appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning

For disse lægemidler gælder, som i afsnit 3.3.1, at afhængighedspotentialet ikke er endeligt fastlagt, men at de erfaringsmæssigt kan medføre en adfærd og et brugsmønster, som svarer til hvad man ser ved andre afhængighedsskabende stoffer. Appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning skal

derfor kun ordineres, når tilstanden er forbundet med betydelige medicinske gener, og andre foranstaltninger har vist sig utilstrækkelige. Behandlingen skal følges tæt og ledsages af non-farmakologiske tiltag.

3.4 Andre lægemidler med misbrugs- eller afhængighedspotentiale

Erfaringer viser, at visse obstiperende midler, antiparkinson-midler, antihistaminer, præparater med virkning på centralnervesystemet og opioidholdige hostemidler kan være afhængighedsskabende og indgå i et misbrug. Lægen skal ved ordination af disse lægemidler være opmærksom på, om der foreligger risiko for at fremkalde eller vedligeholde afhængighed, og patienten skal informeres herom.

Behandling med lægemidler indeholdende cannabinoider (THC, CBD og lignende indholdsstoffer) forudsætter, at principperne i kapitel 2 følges.

For cannabisholdige produkter, der ikke er godkendt som lægemidler ("medicinsk cannabis"), udsteder Lægemiddelstyrelsen særskilt vejledning.

4 Udgået

Afsnittet om afhængighedsskabende lægemidler og kørekort er udgået af nærværende vejledning, og der henvises til Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning på området.

5 Ophævelse

Vejledningen ophæver Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9009 af 27/12/2013 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Sundhedsstyrelsen, den 19. marts 2018

HENRIK STIG JØRGENSEN

/ Marlene Øhrberg Krag

- 1) Bekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17.
- 2) Bekendtgørelse nr. 1356 af 23. oktober 2016 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17, kap 9, § 51 og § 74, stk. 2.
- 3) Autorisationsloven, § 35, stk. 3.
- 4) ivSundhedsloven kap 5; Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv; Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- 5) Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)
- 6) LBK nr. 1188 af 24. september 2016 af Sundhedsloven §41, stk. 2, nr. 5.
- 7) LBK nr. 1188 af 24. september 2016 af Sundhedsloven §41, stk. 2, nr. 5.
- 8) Vejledning nr. 10375 af 28. december 2016 til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin og Sundhedsloven kap. 41.
- 9) BEK nr 1108 af 29. september 2017 om recepter og dosisdispensering af lægemidler.
- 10) BEK nr. 557 af 31. maj 2011 om euforiserende stoffer, med efterfølgende ændringer.
- 11) Vejledning nr. 9194 af 11. april 2013 om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.