

# Vanedannende legemidler i allmennpraksis – problemer og dilemmaer

Farmasidagene, 6. november 2014

Ivar Skeie  
Spesialist i allmennmedisin, PhD  
Sykehuset Innlandet  
Senter for rus og avhengighetsforskning, UiO

# Disposisjon

- Hvilke legemidler og hva er spesielt med dem ?
- Hvilke pasientgrupper ?
- Hva kan gjøres ?

Hvilke legemidler ?

- Opioider – ”tunge” og ”lette”
- Benzo
- Z-hypnotika (zopiklon – zolpidem)
- Enkelte andre ? (Lyrica – pregabalin, Seroquel – quetiapin)

Hva er spesielt med disse  
legemidlene ?

# Nevrobiologisk grunnlag

- Hjernens ”belønningssystem” – det mesolimbiske system, dopaminerge baner – lystopplevelse
- Kroppens egne opioider
- Ved gjentatt, kraftig og hyppig stimulering – belønningssystemet bringes ut av ballanse
- Toleranseutvikling, nedsatt virkning av en gitt dose, økt stimulering/dose for å oppnå samme effekt

# Nevrobiologisk grunnlag...

- Evolusjonsperspektiv: Belønne atferd som fremmer overlevelse og formering
- Naturlige stimuli versus ”unaturlige” stimuli (psykoaktive stoffer som vi ikke er blitt tilvant gjennom vår evolusjonære utvikling)
- ”Unaturlige” (rusmidler) stimuli gir sterkere effekter (økt dopaminfrigjøring) enn naturlige stimuli, belønningssystemet ”kortsluttes” og overbelastes

# Nevrobiologisk grunnlag....

- Mindre *"liking"* og mer *"wanting"*
- Ved sterk stimulering over tid: *"learning"* (endret *"genuttrykk"* i belønningssystemet)
- Varige eller forbigående endringer ?



# Tvangsmessig atferd

- Rusatferden opprettholdes – selv om personen *vet om* de skadelige (ødeleggende) effektene og selv om personen *ønsker* å slutte
- Rusatferden styres på et ”dypere” nivå enn ”vilje”
- Grunnleggende for å forstå hvorfor rusatferden opprettholdes og hvorfor den får så ødeleggende konsekvenser

# Ambivalens – mellom tvang og frie valg

- Avhengighet handler ikke (bare) om vilje(ssvakhet) og moral
- Men heller ikke om at den avhengige styres ”viljeløst” av avhengigheten som en ”robot”
- Motsigelse: Vilje til/håp om grunnleggende endring i atferd versus evne til å gjennomføre endringen
- Tilfriskning – et valg?
- Mulig å gripe terapeutisk inn i ”ambivalensrommet”

# Hva er spesielt ?

- Potensial for avhengighet
- ”Kortslutning” av belønningssystemet
- Liking – wanting – learning
- Indikasjoner – kortvarig/langvarig bruk – unike egenskaper
- Bruk utenfor indikasjonsområdet
- Førerkort / arbeid som krever spesiell årvåkenhet

Hvilke pasientgrupper ?

- Omfattende/kroniske ikke-maligne smerter
- ”Tunge” rusmiddelavhengige – illegale stoffer
- Unge med ”livsproblemer” – rus – selvmedisinering
- Faste brukere av vanedannende legemidler på resept
- Bruk i ulike krisesituasjoner
- Grensetilfeller – glidende overganger

# Smerter ved ikke-malign sykdom

- Kort bruk av opioider ved kortvarige smertetilstander
- Kroniske smerter – om mulig uten bruk av opioider
- Hvis opioider – unngå om mulig fast bruk – endring i retningslinjer
- Sårbarhet for problembruk? Personlighetsproblematikk?
- Tegn til problembruk og avhengighetsutvikling ?  
Gråsoner ?
- Hva hvis avhengighet utvikles ?

# ”Tunge” rusmiddelavhengige – illegale stoffer

- Hovedregel – ingen vanedannende legemidler til ”aktive” brukere av illegale rusmidler eller alkoholavhengige
- ”Nedtrapping” ved opioidavhengighet utenfor LAR – samarbeid med lege i spesialisthelsetjenesten (TSB)
- LAR

# Unge med ”livsproblemer” – rus – selvmedisinering

- Hovedregel – ikke benzo til unge
- ”Benzo-for-vondt-i-sjela”-kultur
- Hvis benzo – følg indikasjon
- Andre tiltak – annen behandling enn benzo
- Gråsone mot illegalt rusmiljø



De som bruker vanedannende  
legemidler fast

# Fra pasientens ståsted

- ”Kan ikke klare” livet uten B-preparatet
- Stadig redd for at legen skal bringe avvenning på bane
- Sterke bindinger til legen som forskriver – redd for ”miste” legen
- Uklar oppfatning av avgrensningen mellom smerte, angst, depresjon og abstinens
- Sterkt ”lidelsestrykk”
- Sterk vegring mot endringer i opplegg, frykt for ”det ukjente”

# Fra legens ståsted

- De aller fleste kjenner indikasjonene og farene
- De aller fleste har ”riktige” holdninger
- De fleste synes de forskriver for mye B-preparater, særlig i grenselandet og utenfor indikasjonsområdene
- De fleste synes dette er ”vanskelig”

- Legene møtes gjerne av *sterk vegring og motstand* når nedtrapping og avvenning bringes på bane
- Det hjelper lite å ”moralisere” over legene
- Mangler gode redskaper

”Sjekkliste-metoden”

- Registrere ”faste” B-brukere i to måneder
- Tenke gjennom hva man skal gjøre i forhold til hver enkelt
- Bruke sjekklista
- Lage plan – ta det opp med pasienten
- Gå gjennom sjekkliste ved faste mellomrom, for eksempel en gang i året

# Hvordan ser ei sjekkliste ut ?

## Førstegangsforskrivning:

- |   |               |
|---|---------------|
| <b>1. Foreligger medisinsk indikasjon?</b>          | <b>Ja/nei</b> |
| Hvis nei, likevel forskrive                         | <b>Ja/nei</b> |
| Hvis ja, hvorfor?.....                              |               |
| <br>  |               |
| <b>2. Kjenner du pasienten?</b>                     |               |
| Hvis nei, likevel forskrive?                        | <b>Ja/nei</b> |
| Hvis ja, hvorfor?.....                              | <b>Ja/nei</b> |
| <br>  |               |
| <b>3. Er ikke-medikamentell behandling vurdert?</b> | <b>Ja/nei</b> |
| Hvis nei, likevel forskrive?                        | <b>Ja/nei</b> |
| Hvis ja, hvorfor?.....                              |               |

- |           |  |               |
|-----------|--|---------------|
| <b>4.</b> | <b>Er ikke-vanedannende medikamenter vurdert?</b>  | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive ?</b>   | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, hvorfor?.....</b>  |               |
| <b>5.</b> | <b>Er det forhold ved pasienten som bør foranledige ekstra varsomhet ved forskrivning?</b> | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, likevel forskrive?</b>   | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, hvorfor?.....</b>  |               |
| <b>6.</b> | <b>Er forhold til kjøreevne/førererkort vurdert?</b>                                       | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>  | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, hvorfor?.....</b>  |               |



- |           |   |               |
|-----------|---|---------------|
| <b>7.</b> | <b>Er varighet av forskrivning/pakn.størr. vurdert?</b>           | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>                               | <b>Ja/nei</b> |
| <b>8.</b> | <b>Er dose vurdert i forhold til alder?</b>                       | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>                               | <b>Ja/nei</b> |
| <b>9.</b> | <b>Er det informert om bivirkninger/<br/>avhengighets-risiko?</b> | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>                               | <b>Ja/nei</b> |

## **Annengangsforskrivning**

- |           |   |               |
|-----------|---|---------------|
| <b>1.</b> | <b>Ny forskrivning ved konsultasjon?</b>  | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive</b>  | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, hvorfor?.....</b>   |               |
| <b>2.</b> | <b>Er videre forskrivning gjennomtenkt i forhold til<br/>gevinst/risiko?.....</b> | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive</b>  | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, hvorfor?.....</b>   |               |
| <b>3.</b> | <b>Er plan for gjennomføring av behandling<br/>dokumentert i journal?</b>         | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>   | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis ja, hvorfor?.....</b>   |               |

**4. Er det gitt informasjon om fare for avhengighet? Ja/nei**

**Hvis nei, likevel forskrive? Ja/nei**

**Hvis ja, hvorfor?.....**

**5. Er det gjort avtale om kontroll? Ja/nei**

**Hvis nei, likevel forskrive? Ja/nei**

**Hvis ja, hvorfor?.....**

## Langtidsfor skrivning

1. Foreligger medisinsk indikasjon (ikke avhengighet)? Ja/nei

Hvis ja, hvilken?.....

Hvis nei, foreligger medikament-  
avhengighet?

Ja/nei

Hvis nei, likevel forskrive?

Ja/nei

Hvis ja, hvorfor?.....

- 2. Ved medikamentavhengighet, mener du det er rett å forskrive til pasienten? Ja/nei**
- Hvis ja, er nedtrapping/avvenning vurdert? Ja/nei**
- Hvis ja, skal nedtrapping iverksettes? Ja/nei**
- Hvis nei, skal dette vurderes? Ja/nei**
- 3. Er det vurdert om forskrivningen totalt sett bedrer pasientens livskvalitet? Ja/nei**
- Hvis ja, hvordan?**
- Hvis nei, likevel forskrive? Ja/nei**

- |           |  |               |
|-----------|--|---------------|
| <b>4.</b> | <b>Foreligger avtale med pasienten om behandlingsplan?</b>                   | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>  | <b>Ja/nei</b> |
| <b>5.</b> | <b>Er det innhentet second opinion?</b>                                      | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>  | <b>Ja/nei</b> |
| <b>6.</b> | <b>Er hensyn til kjøreevne/førerkort vurdert?</b>                            | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>  | <b>Ja/nei</b> |
| <b>7.</b> | <b>Er det vurdert om det kan foreligge større misbruk, blandingsmisbruk?</b> | <b>Ja/nei</b> |
|           | <b>Hvis nei, likevel forskrive?</b>  | <b>Ja/nei</b> |

8. Er du sikker på at det er pasienten – og ikke andre - som bruker medisinene? Ja/nei
- Hvis nei, likevel forskrive? Ja/nei
9. Føler du deg under ikke-faglig press ved forskrivningen? Ja/nei
- Hvis ja, likevel forskrive? Ja/nei