

Førstegangsforskrivning

- | | |
|--|--------|
| 1. Foreligger medisinsk indikasjon? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive | Ja/nei |
| Hvis ja, hvorfor? | |
| 2. Kjenner du pasienten? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | Ja/nei |
| Hvis ja, hvorfor? ... | |
| 3. Er ikke-medikamentell behandling vurdert? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | Ja/nei |
| Hvis ja, hvorfor? ... | |
| 4. Er ikke-vanedannende medikamenter vurdert? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | Ja/nei |
| Hvis ja, hvorfor? ... | |
| 5. Er det forhold ved pasienten som bør foranledige ekstra varsomhet ved forskrivning? | Ja/nei |
| Hvis ja, likevel forskrive? | Ja/nei |
| Hvis ja, hvorfor? ... | |
| 6. Er forhold til kjøreevne/førerkort vurdert? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | Ja/nei |
| Hvis ja, hvorfor? ... | |
| 7. Er varighet av forskrivning/pakn.størr. vurdert? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | Ja/nei |
| 8. Er dose vurdert i forhold til alder? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | |
| 9. Er det informert om bivirkninger/avhengighetsrisiko? | Ja/nei |
| Hvis nei, likevel forskrive? | Ja/nei |

Annengangsforskrivning

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

Vanedannende legemidler i allmennpraksis – hvor ligger problemet?

AV IVAR SKEIE

Vanedannende legemidler er en kilde til bekymring – for flere. Pasientene kan bekymre seg over muligheten for å utvikle avhengighet eller for å bli nektet medikamenter de mener de trenger eller for å få stempel som pillemisbruker. Legen kan bekymre seg over å bidra til at pasienter blir avhengige, for å bli satt under press av pasienter og for å ikke følge retningslinjer for «god medisin». Og myndighetene kan bekymre seg for at overforbruk av disse medikamentene kan bidra til økt uhelse i befolkningen, lekkasje av legemidler til misbrukermiljøer og til uheldige virkninger, f.eks. i trafikken og arbeidslivet.

For det første dreier det seg om sterke og middels sterke smertestillende midler. Årvåkenheten ved bruk av sterke opioider (A-preparater) er stort sett tilfredsstillende og det er ikke disse midlene jeg vil fokusere på her. Imidlertid kan fast bruk av lettere opioider, særlig blandingspreparater av kodein og paracetamol være et problem. For det andre såkalte «beroligende midler» – stort sett benzodiazepiner. For det tredje sovemidler med avhengighetspotensial, benzodiazepiner og benzolignende midler. For det fjerde «muskellavslappende» midler, av disse er nå bare karisoprodol (Somadri®) registrert.

Indikasjon og avhengighet

Alle disse legemidlene har sin indikasjon, men grensa mellom bruk og misbruk kan være lett å trække over, og hos legemiddelavhengige og tyngre stoffavhengige går gjerne flere av disse midlene igjen i det problematiske legemiddelkaoset. Derfor må både pasient, lege og myndigheter tenke gjennom indikasjonen for bruk av midlene, og veie de positive mot de negative sidene. For de fleste av legemidlene i disse gruppene er det etter min vurdering en overvekt av argumenter for at de skal være registrert. For to midler er jeg imidlertid sterkt i tvil hvorvidt det er noen god grunn for å opprettholde registreringen, nemlig flunitrazepam og karisoprodol.

Indikasjonen for disse midlene er stort sett kortvarig behandling av helseproblemer som medfører betydelig lidelse i form av smerte, angst eller søvnproblem. Problemer kan imidlertid raskt oppstå når de brukes i sammenhenger der disse problemene *ikke* er kortvarige. Både smerte, angst og søvnproblemer er hos svært mange pasienter av kronisk karakter. Da kan man hos en del ganske raskt oppleve en tilvenning til midlene, med toleranseutvikling, abstinens ved fravær av medikamentet og rebound-effekter ved seponering. Hvis forskrivningen da fortsetter, er veien til avhengighet ofte ikke svært lang, og avvenning er ofte vanskelig. De fleste som blir avhengige av B-preparater på denne måten, er ikke «narkomane» i den vanlige betydningen av begrepet, og det er i de

aller fleste tilfeller pedagogisk uklokt å gi dem denne merkelappen. Men i noen tilfeller kan en slik avhengighet utvikle seg til eskalerende misbruk, og da gjerne kombinert med alkohol. Det legeforskrevene medikamentet kan i slike situasjoner bli et rusmiddel. Grensa mellom pilleavhengighet og tungt blandingsmisbruk blir mindre skarp, og tilstandene glir over i hverandre. Når denne situasjonen oppstår, er både pasienten og legen i et uføre.

Noen pasienter er i større fare for å utvikle legemiddelavhengighet enn andre. Dette gjelder særlig pasienter med visse former for personlighetsproblematikk som disponerer for en «piller-som-løsning»-holdning til å døyve psykisk smerte. Når legen «værer» personlighetsforstyrrelser, bør hun være ekstra varsom med forskrivning av disse medikamentene. Det samme gjelder overfor ungdom og dersom pasienten tilhører et miljø eller en kultur med stort forbruk av slike midler. Slike miljøer er gjerne preget av «piller-som-løsning», og pillene deles ofte i stort omfang.

Avvenning ved langvarig, fast bruk av B-preparater er ofte problematisk, og i en del tilfeller viser det seg ikke mulig å få til. Derfor er det kanskje viktigst av alt at legen er forsiktig ved bruk av disse medikamentene på pasienter som ikke har utviklet avhengighet, ved første-, annen- og tredje-gangs forskrivning. For de som er avhengige, må man vurdere om de skal «tilbys/pålegges» avvenning. Men er det slik at alle faste brukere skal avvennes? Eller er det slik at både legen og pasienten i noen tilfeller må akseptere en nestbeste løsning, som kan være en kontrollert forskrivning etter avtalte faste retningslinjer mellom legen og pasienten? Og er det i noen tilfeller akseptabelt å tenke «skadereduksjon» også her – i form av kontrollert utlevering av B-preparater, evt. daglig – for å unngå at enkelte «vanskelige» pasienter skal skape alt for mye kaos i andre deler av helsevesenet, særlig på legevakter og sykehus? Jeg skal ikke her gå i dybden i drøfting av disse spørsmål, men bare framheve ett viktig poeng: (Fast)-legen må avklare sin holdning til forskrivning i forhold til hver enkelt pasient og det bør foreligge klare avtaler i hvert enkelt tilfelle.

Legenes holdninger

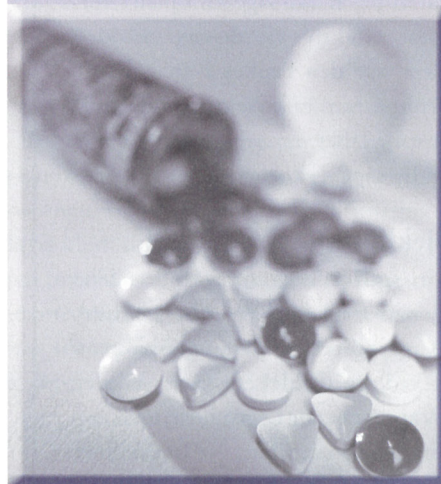
Det bør være et mål å redusere totalforskrivningen av benzo og andre B-preparater, særlig til faste brukere. Generelt skrives det ut mer enn det som er indisert ut fra legemidlenes egentlige indikasjonsområder. De fleste leger vil være enig i at totalforskrivningen – og deres egen forskrivning – av benzodiazepiner bør ned. Unntaksvis finnes leger med ukritisk forskrivning. Mitt klare inntrykk er at de aller fleste leger har «riktige» holdninger, men at det likevel kan være et sprik mellom «holdninger» og «praksis». Dette er forhold de fleste leger kjenner godt igjen og oppfatter som ubehaglige og «vanskelige», og legene møter gjerne **sterk vegring og motstand** fra pasientene når «nedtrapping» og «avvenning» bringes på bane. Vi skal heller ikke være moralistisk blinde for at benzodiazepiner, endog som fast medisiner, faktisk kan være et nyttig medikament for en del pasienter med angstproblemer når de brukes på rett måte.

Jeg mener det derfor er begrenset hva man kan oppnå ved å appellere til legenes «holdninger», jeg vil hevde at det vi kanskje mest trenger er gode **redskaper** til å ta fatt i problemene med.

(forts på neste side)

Langtidsforskrivning

1. Foreligger medisinsk indikasjon (ikke avhengighet)? Ja/nei
Hvis ja, hvilken? ...
Hvis nei, foreligger medikamentavhengighet? 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?
4. Foreligger avtale med pasienten om behandlingsplan? Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?
5. Er det innhentet second opinion? Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?
6. Er hensyn til kjøreveie/førerkort vurdert? Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?
7. Er det vurdert om det kan foreligge større misbruk, blandingsmisbruk? Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?
8. Er du sikker på at det er pasienten – og ikke andre – som bruker medisinen? Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?
9. Føler du deg under ikke-faglig press ved forskrivningen? Ja/nei
Hvis ja, likevel forskrive?



Sjekklistemetoden

Prinsippet i denne metoden er at legen – helst etter en bestemt prosedyre og plan og med bestemte mellomrom, skal stille seg selv en del spørsmål i forhold til forskrivning til den enkelte pasient. Gjennom svarene vil hun avklare hvilke pasienter som har en god eller akseptabel grunn til å bruke disse medikamentene, og hvem som ikke har det, og hva hun vil gjøre i forhold til den siste gruppa. Når det gjelder dem som får mer eller mindre fast forskrivning, vil hun avklare om hun mener de fortsatt bør få fast forskrivning. Disse er da ikke lenger et «problem». Hun vil videre «tvinges» til å legge en plan i forhold til de andre. Dette vil rydde landskapet. En slik spørsmålsrunde i forhold til de faste brukerne bør gjennomføres minst en gang i året. Og helst bør sjekklista legges inn i datajournalen som en «makro». Første etappe bør være å registrere hvilke pasienter som har et «problematisk» B-forbruk. Kanskje vil vi da oppdage at det er færre enn vi fryktet, fordi de tar så stor plass i synsfeltet vårt. Selv gjennomførte jeg en slik registrering gjennom to måneder, og fant til min forundring at jeg bare fikk tjue navn på lista, og av disse avklarte jeg i forhold til meg selv at ti skulle få fortsette med fast forskrivning på «godt eller akseptabelt» grunnlag og at det bare var ti jeg måtte lage en «plan» for. Mest effektiv vil denne metoden være når den brukes i en kollegagruppe, som et kollektivt audit-redskap. Vi bør venne oss til se hverandre såpass i kortene!

Sjekklista

I margen på de to foregående sidene gjengis forslag til en slik sjekkliste. Den bygger delvis på og er inspirert av et vedlegg til Helsetilsynets veileder «Vanedannende Legemidler, forskrivning og forsvarlighet – Helsetilsynet 2001 – IK-2755».

Rødhette er fremdeles redd for å bli spist

Viser til Karin Tidemanns innlegg¹ i Utposten nr. 5–2005 som svar på min artikkel i samme nummer om kjøp av helsetjenester². Jeg kommenterer ikke alt, men noen utvalgte punkter.

1. Hva er en lettere psykisk lidelse?

I mitt første innlegg var jeg bekymret for at det kun var mennesker med lettere psykiske lidelser som skulle få hjelp gjennom denne ordningen, mens de med mer alvorlig sykdom måtte vente i den sedvanlige køen. Tidemann imøtegår kritikken ved å si at alt som ikke er psykoser er definert som «lettere psykiske lidelser». Altså er det ingen diskriminering, alle deprimerede og alle angstnevrotikere kan tenkes å omfattes av ordningen. Det var en nyttig presisering. MEN, man trenger ikke være lege for å vite at det er ganske stor forskjell på en dyp depresjon og en lett depresjon, på endogene depresjoner og reaktive depresjoner. Forskjellen ligger ikke minst i tiden det tar. Et menneske med en dyp endogen depresjon kan ikke uten videre snakkes frisk(meldt) i løpet av tre måneder, og vil i hvert fall ha behov for oppfølging over lengre tid. Og for mange av dem med – skal vi kalle det «tyngre lettere lidelser» vil det være både krenkende og antiterapeutisk å bli avvist fordi man er for syk, eller å måtte slutte hos en terapeut fordi takstameteret har nådd grensen. Med andre ord er det fremdeles mest aktuelt å henvise dem som er i den *lette* enden av de lettere psykiske lidelsene til denne ordningen. Altså pasienter vi sannsynligvis kan behandle selv. De andre står fremdeles i den laange køen. Og den køen blir neppe stort kortere ved at vi har anledning til å henvise dem vi ikke trenger å henvise til lynpsykologene.

2. Kan pasienten nekte å la seg henvise til kjøp av helsetjenester?

Og vil det i så fall føre til konsekvenser for sykepengene? Karin Tidemann mener nei, det er fastlegen som skal vurdere om det er nødvendig med henvisning, og ingen skal tvinges. Det høres bra ut. Men da er det i beste fall en uenighet innen RTV: Vi hører jevnlig historier fra kolleger om at det lokale trygdekontolet ikke godtar at pasienten «bare» går til allmennlege for sin psykiske lidelse. Tilliten til oss som kompetente nok til å vurdere om henvisning er hensiktsmessig, deles altså *ikke* av alle trygdefunksjonærer. Rogaland legeförening skrev i april 2005 et brev til fylkestyregdekontolet for å få avklart en del punkter ved «Kjøp av helsetjenester». I svarbrevet³ vises det til at Trygdeetaten er pålagt å drive et aktivt individuelt oppfølgingsarbeide (...) bidra til at den enkelte så raskt som mulig kommer tilbake i arbeid». Vi vet at trygdekontoletene noen ganger foreslår kjøp av helsetjenester, og det er ingen grunn til å tro at de ikke vil foreslå det også ved psykiske lidelser, nå som den muligheten er kommet. I svarbrevet fra RTV utelukker man ikke at en pasient kan miste sykepengene hvis hun ikke tar imot et tilbud om kjøp av helsetjenester. Det vises til Folketrygdlovens §8–8 hvor det heter at medlemmet kan miste retten til sykepenger dersom det nekter å ta imot behandling/utredning. Med min logikk betyr dette at Rødhette kan bli påtvunget en henvisning til en kjøp-av-helsetjeneste-psykolog, og at hun kan nektes sykepenger dersom hun ikke tar imot det tilbudet, fordi hun dermed motsetter seg behandling. Jeg er derfor *ikke* beroliget av Tidemanns svar.

3. Hva med taushetsplikten?

Tidemann viser til at trygdefunksjonærer har taushetsplikt ifølge forvaltningsloven. Hun tilføyer at trygdekontoletene må få lov til å utveksle opplysninger