

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

# Har du sagt A? Har du – Bør du kanskje også si

■ HARALD SUNDBY • Fastlege, Kalveskinnet Legesenter og universitetslektor NTNU

■ NFAS REFERANSEGRUPPE FOR RUS- OG AVHENGIGHETSMEDISIN: Torgeir Gilje Lid | Pernille Willersrud | Camilla Huseby Ivar Skeie | Dagfinn Haarr | Krister Mostrøm | Knut Boe Kielland | Inger Hilde Tranem | Christian Ohldieck

**Artikkelen nedenfor omhandler en ny og viktig veileder fra Helsedirektoratet: «Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet».**

Artikkelforfatterne er alle medlemmer av NFAs «Referansegruppe for rus- og avhengighetsmedisin». Etter utfordring fra *Utpostens* redaksjon vurderer vi i denne artikkelen en ny veileder fra Helsedirektoratet som lanseres i disse dager: «Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet».

Dette dokumentet setter standard for viktige sider av det fagfeltet vi interesserer oss spesielt for, og vi synes det er viktig å gjøre kolleger kjent med det. Vi vil i kortform analysere noen av veilederens nyttige og sterke sider, presentere noen mulige tilføyelser, og forsøksvis bidra med konstruktiv kritikk. Alt dette med en intensjon om et såkalt «implementeringstiltak». Så fersk som veilederen er, er vår gjennomgang basert på papirutgaven.

## Guideline overload syndrome?

Først litt generelt om forskrifter, retningslinjer og veiledere. Gitt fastlegers krevende

og ansvarsfulle samfunnsoppdrag må vi ha retningslinjer og veiledninger, og det må finnes normer for hva som forventes av oss.

Ett problem: Det er etterhvert mange av dem – altså retningslinjene. I en registrering foretatt av Nasjonalt Kompetansesenter for ROP (Rus og Psykiatri) – lidelser teller man f.eks. bare innen rus- og psykiatrifeltet foreløpig tilsammen 42 forskrifter, veiledere og retningslinjer. Hvem teller opp fra de andre fagfeltene?

Fastleger lider under det som kan kalles «Guideline Overload Syndrome». Dette fenomenet kan oppleves som krevende og kan gi følelse av utilstrekkelighet. Vi kan åpenbart ikke forholde oss til alle disse dokumentene. Vi er ikke engang i nærheten av å VITE om alle. Det finnes kun en overlevelsestrategi: Prioritering.

## Et prioriteringstips

Referansegruppen erfarer at når vi kolleger diskuterer fag, og særlig frustrasjoner i faget, er det påfallende ofte nettopp problematikken rundt rus/psykiatri/forskriving av A- og B-preparater vi ender opp med å diskutere. Ofte drevet av et slags behov for «debriefing». Vi mener å identifisere et stort ubehag i feltet, og et tilsvarende behov

for nettopp veiledning. Vi gir derfor dette klare råd: Prioriter denne nye veilederen. Du vil sannsynligvis finne den nyttig.

Vi gir den terningkast 4.

I arbeidsgruppen bak veilederen finner vi kloke folk, tre av de ni med god forankring i allmennmedisin. Gruppens mandat:

«Å sikre at forskrivning og bruk av vanedannende legemidler er i tråd med anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Med veilederen skal det settes en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten og harmonisere behandlingstilbudet i hele landet. Veilederen skal bidra til å hindre at pasienter blir avhengige av vanedannende legemidler, eller får andre problemer knyttet til denne legemiddelgruppen.»

Intet mindre. En ambisiøs målsetning. Vi mener det leveres, i alle fall et stykke på vei. Så kronglete som dette feltet er, er ikke det så dårlig. Med sine snaut 100 sider får du et «kompendium» du trenger. Du får et farmakologisk lynkurs om vanedannende medikamenters virkninger og bivirkninger. Du får navigeringshjelp og viktig beslutningsstøtte. Dessuten, kanskje nyttigst av alt: ryggdekning i din grensesetting, konkrete oppskrifter på nedtrapping og utkast til nyttige avtaler og brev. Du vil sannsynligvis bevisstgjøres din slumrende

## NY VEILEDER: «VANEDANNENDE LEGEMIDLER – FORSKRIVNING OG FORSVARLIGHET», HDIR 2014.

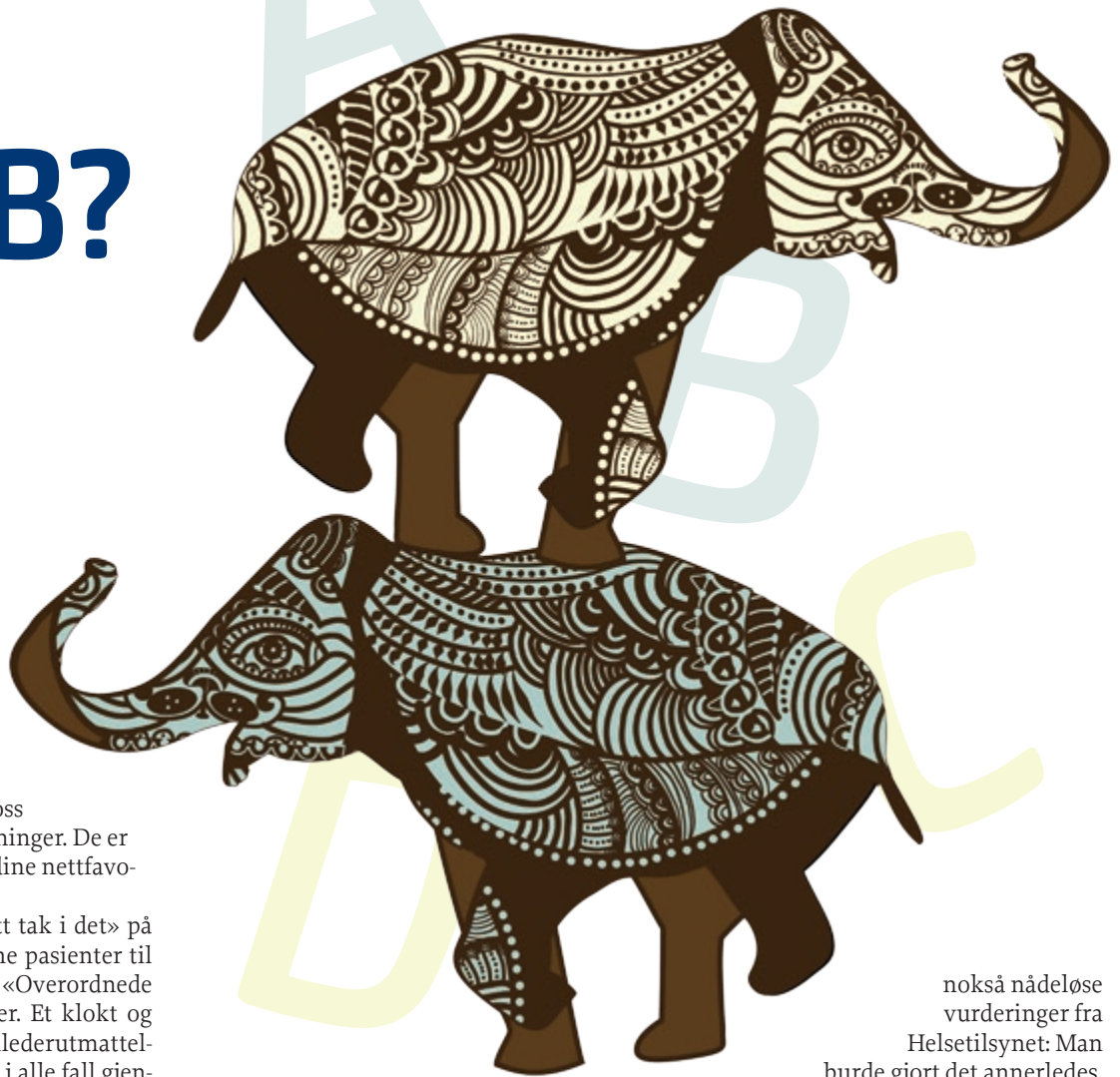
Alt i alt ca. 80 sider, inkl. forslag til brevmal og nedtrappingsskjema. Utarbeidet av en arbeidsgruppe på ni, hvorav to fastleger og en tidligere fastlege. Setter standard for forsvarlig forskrivningspraksis av A- og B-preparater. Erstatte tidligere veileder fra 1990. Tar for seg medikamentgruppene anxiolytika og hypnotika. Smertebehandling

med opioider vil bli omtalt i egen veileder som forventes utgitt i 2014.

**MÅLGRUPPE:** først og fremst fastleger og apotekere. Kunnskapsgrunnlaget i feltet er begrenset, og anbefalingene er hovedsakelig tuftet på skjønnsbasert konsensus i gruppen om «god klinisk praksis». Dokumentet vil være førende også for Helsetilsynet.

**FORFATTERE:** NFAs referansegruppe for rus- og avhengighetsmedisin ved: Harald Sundby, Torgeir Gilje Lid, Pernille Willersrud, Camilla Huseby, Ivar Skeie, Dagfinn Haarr, Krister Mostrøm, Knut Boe Kielland, Inger Hilde Tranem, Christian Ohldieck

# sagt B? C og D



ILLUSTRASJON: COLLOMBIER

kunnskap, hva enn den måtte være og hvor slumrende den var. Veilederen synes utarbeidet med innsikt i hva fastleger trenger. Du vil trenge den ofte. Den gir oss lenker i alle nødvendige retninger. De er mange. Legg den inn blant dine nettfavoritter på PC'en.

Du kan få lyst til å «ta litt tak i det» på lista di. Det kan komme dine pasienter til gode. Det presenteres også «Overordnede anbefalinger» på 21 punkter. Et klokt og respektfullt innspill gitt veilederutmattelsen som rår. Vi anbefaler: Se i alle fall gjennom disse. Endel av dem er neppe nye for deg. Vi peker ut fire av dem som spesielt nyttige:

- Såkalte Z-hypnotika er farmakologisk å regne som vanlige benzodiazepiner. Ikke blande dem, velge ett preparat.
- Ansvar er DITT og bare ditt: Forskriving av A- og B-preparater er en definert fastlegeoppgave.
- Glem kjappe løsninger: Telefonrecepter bør unngås.
- Bruk ut over to til fire uker bør unngås.

Da tenker du kanskje som oss: Heisan, vi har allerede en jobb å gjøre. Det er ingen tvil om at A- og B-preparatene er giganter i den dessverre nokså store samling iatrogene bjørnetjenester vi leger byr på. Finnes det noen andre medikamentgrupper der vi tøyer indikasjonene og doseringsanbefalinger lengre? Veilederens profil tar utgangspunkt i dette, med hovedbudskapet: Vis betydelig måtehold. Vi hilser dette budskapet langt på vei velkommen. Mer har vi ikke her tenkt å kommentere når det gjelder veilederens sterke sider. *Vår* overordnede anbefaling: les selv.

## Elefantene i veiledningsrommet

A- og B-preparater virker raskt og godt for pasienter med store og ofte kroniske plager, men er både vanedannende og har lumske bivirkninger. Det blir fort en krevende klinisk situasjon, der grensebevissthet er helt sentralt. Her gir veilederen noe å slå i bordet med. Tilbake til ubehaget: Det vi mener veilederen ikke er tydelig nok på, er å formidle forståelse av hvor krevende feltet i virkeligheten er.

Vedvarende angst, vedvarende smerter, kroniske søvnvansker: Det er mye av det der ute. Problemene vi her får i fanget er ikke så sjelden nær uløselige. Forventningene om at vi serverer gode løsninger er likevel betydelige, fra mange hold. Pasientopplevelser av avvisning og skuffelse dukker ofte opp. Risikoen for at vi kan få syndebukkrolle i dynamikken kan oppleves som høy. Til tross for veiledere, kanskje delvis på grunn av dem: det sniker seg ofte inn en bekymring for at dette kan komme dårlig ut. Hvilken støtte vi da har i ryggen er vi usikre på. Mange er historiene om

nokså nådeløse vurderinger fra Helsetilsynet: Man burde gjort det annerledes. Et stikkord: Utrygghet. Ikke så bra når utgangspunktet er utrygge pasienter. Fungerer den nye veilederen godt nok som trygghets-skaper? Ikke helt, mener vi. Den er litt snau på viktige områder. Noe er utelatt. Det vi kanskje kan kalle «elefantene i veilederrommet».

Veilederen definerer disse begrepene: vanedannende legemidler, abstinens, avhengighet, delir, eufori, misbruk, overdreven bruk, rus, skadelig bruk, pseudoterapeutisk langtidsbruk og toleranse.

Vi synes det er en nyttig liste av definisjoner, men vi tillater oss å foreslå noen flere. De to første begynner med henholdsvis C og D. Tok du den?

**CBM = COMPLEXITY BASED MEDICINE.** I A- og B-preparat-forskrivningssituasjoner vil ofte et blikk for kompleksitet være svært nyttig. Det betyr at hvert kasus i større grad må vurderes for seg. Generaliserte og retningslinjebaserte framgangsmåter har begrensning, og klinisk skjønn bør ofte ha en stor plass. I et EBM-dominert helsevesen kan kompleksitet i noen grad underkommuniseres.

**DILEMMA:** Et dilemma er en valgsituasjon der det ikke finnes gode løsninger. Fenomenet illustreres ofte med Odyssevs seilas mellom Skylla og Karybdis. En seilas i smalt farvann, der det på begge sider truer havari. Denne mangel på gode alternativer skaper ofte utilstrekkelighetsfølelse og utrygghet for de involverte i situasjonen. Ved opp trent dilemmabevisssthet reduseres risiko for irrasjonelle avgjørelser.

**RESPEKT:** Ordet kommer av latin «re-spectare» = se en gang til. Studier viser at fastleger ofte kjenner pasienter overraskende dårlig, det være seg sykehistorien eller livshistorien (1). Slik kjennskap er en viktig faktor for å kunne møte pasienter i vanskelige livssituasjoner med tilstrekkelig klinisk respekt.

**KLINISK AVMAKT:** Ubehagelig følelse av å sitte med tung problematikk uten klare løsninger. Henger ofte sammen med dilemmasituasjoner, se over. Leger er opplært til å være løsningsorienterte. Derfor kan avmaktsfølelsen oppleves som spesielt truende for oss. Slik avmaktsfobi kan generere kortsiktige og uheldige løsninger, kanskje som en unngåelsesstrategi. Ser man nærmere etter, vil det oftest være pasientens avmakt som overføres til legen.

**TILLIT/MISTILLIT:** Et begrepspar som beskriver fenomener som er helt avgjørende i alle relasjoner, og særlig hjelperelasjoner. Ved tillit oppleves trygghet for at den andre vil en vel. Ordet tillit kan leses begge veier. Er tillit på plass, vil samarbeid lettere bli konstruktivt, også ved manifest uenighet. Mistillit fører ofte til mistenkeligjøring, som er destruktivt for alt samarbeid. Ærlig og åpen dialog om tillitsdimensjonen er ofte i seg selv tillitsbyggende.

**SKAM:** Sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og dermed avslørt seg selv som et mislykket, udugelig eller umoralsk individ. Pasienter i livssituasjoner preget av avmakt, og som eventuelt har behov for «nervetabletter» opplever ofte skam. Skamfølelse er krevende å kommunisere. Dette fører til en betydelig klinisk sårbarhet leger må være seg bevisst.

**PROFESJONALITET:** Et sett av delvis eksplisitte og delvis usagte forventninger til god yrkesutøvelse. Et problematisk forhold vedrørende profesjonalitetsopplevelsen i en hjelperolle er hvordan man håndterer emosjonelle aspekter i hjelperelasjonene. Tolkes profesjonalitetskravet dit hen at slike emosjoner i minst mulig grad bør oppstå (er «forbudt») kan det føre til uheldige, kanskje ubevisste emosjonelle forsvarsstrategier. Best mulig bevissthet om den emosjonelle dynamikken er trolig det som er mest profesjonelt. Forskrivningssitua-

sjoner rundt vanedannende medikamenter kan ofte være høyt emosjonelt ladet. Mange leger har særlig frykt for å framstå som uprofesjonelle gjennom «dumsnillhet», dvs. at man på forskjellig vis «blir lur» av pasienten. Motsatt kan «klokmildhet» forebygge krenkelser av sårbare pasienter.

**AVSLØRINGSANGST:** Kliniske situasjoner preget av store dilemmaer, avmakt og utilstrekkelighetsfølelse kontrasterer som beskrevet de forventninger om handlekraft som tilligger legerollen. Legen vil kunne føle seg truet når det gjelder sin profesjonalitet. Situasjonen kan generere skamfølelse hos legen også, og derav f. eks. fortllsesstrategier. Avsløringsangst i uttalt form kan kalles Tilsynsangst.

**MEDIKALISERT FORVENTNINGSKRISE:** På fastlegekontorene opplever man ofte at pasienter oppsøker pga. livsproblemer og livsmerte som har årsaksforhold utenfor rekkevidde av allmenn- eller annen medisinsk innflytelse. Eksempler kan være ensomhet, destruktive relasjoner, arbeidskonflikter og økonomiske problemer. Både fra pasienten selv og dypt i samfunnskulturn foreligger likefullt forventning om raskest mulig hjelp til løsning av problemene og lindring av plagene. Ubehaget som dette gir i Helsevesenet generelt kan føre til:

**SVARTEPERSPILL:** Tendensen til at pasienter med helse- og livsproblemer det er vanskelig å løse, oftest forblir hos eller havner tilbake til den best definerte hjelperen de har i systemet, som er fastlegen. Dette ofte fordi spesialisthelsetjenesten også er havnet i avmektighet. Førstelinjetjenesten kan i slike tilfeller kanskje like gjerne kalles «fjerdelinjetjenesten».

**TIDSKNIPE:** Gitt de overnevnte faktorer, og fordi det er *mange* pasienter i kategori «livsproblemer /-smerte», befinner mange fastleger seg i en nær permanent overbelastet totalsituasjon, der mangel på tid mer enn mangel på kompetanse synes å være en hovedutfordring.

### Ingen grunn til skam

Så langt våre foreslåtte tilføyelser til Veilederen. Vårt formål med innspillene er ikke primært å redusere ubehaget, men i noen grad analysere, bevisstgjøre og begrepsfeste det. Vi vil tydeliggjøre at dette feltet ikke er for ansvarsvegrere. Fastleger: La oss ikke skamme oss, men heller være stolte over ansvaret vi har, og tar.

Så, kortfattet, to forslag til reformuleringer, og deretter to forslag til litt større endringer.

### Reformuleringsforslag 1:

● VEILEDEREN, pkt. 4.1, «Enkle råd til praksis»: «Noen leger kommer inn i vanskelige forskrivningssituasjoner. Dette kan medføre bindinger, trusler og andre vanskelige forhold til pasienter.»

#### ● VÅRT FORSLAG:

«Du vil uunngåelig komme opp i forskrivningssituasjoner du opplever som vanskelige. En årsak til dette er ofte at pasienten har det vanskelig. Ikke sjelden vanskeligere enn først antatt. Tips: Sett av et par dobbelttimer og forsøk å finne ut hvorfor.»

### Reformuleringsforslag 2:

● VEILEDEREN, pkt. 2.2, «Pseudoterapeutisk langtidsbruk» (forkortet): Mange bruker vanedannende medisiner i realiteten mye lenger enn de anbefalte to til fire uker, men i lavere doser enn anbefalt (gjennomsnittlig 0,2 DDD), sannsynligvis uten terapeutisk betydning.

#### ● VÅR TILFØYELSE:

«På den annen side kan noen pasienter ha god nytte av en klart avtalt «kvote», som behovsmedikasjon, f.eks. 25 stk/2 mnd. Nyten av en slik kvoteordning kan vurderes fortløpende.»

### Trusselbrev?

Så til forslagene til endring: Veilederen tilbyr eksempler på brev, informasjon, og avtaler man kan benytte i samarbeidet med pasienten. De fleste er nyttige maler. Dette gjelder ikke pasientbrev under pkt. 4.3 med forslag om nedtrapping:

«Jeg sender dette brevet til deg fordi jeg ser av journalen at du har brukt xxxx i lengre tid. ... Jeg vedlegger forslag til nedtrappingsplan ... Jeg foreslår at du bestiller en time her om ca. 1 mnd.»

Gitt at fastlegerollen oftest tilbyr bedre muligheter til relasjonsbygging enn dette brevet indikerer, og gitt veilederens råd / vektlegging om konsultasjon for hver forskrivning, tror vi at det sårbare temaet nedtrapping første gang heller bør kommuniseres i en konsultasjon med tilstrekkelig avsatt tid. Slik skrivet er formulert risikerer at pasienten leser det som «trusselbrev». I så fall en dårlig start på viktig samarbeid.

● Veilederen tilbyr kasuistikkbasert refleksjon. Kasuistikkpresentasjon er et pedagogisk godt «implementeringsgrep». Hvordan omsette teori og anbefalinger i praksis?

Her vises vilje til å nærme seg fastlegers hjemmebane: den kliniske virkelighet. Veilederen presenterer fem kasus, som skal illustrere forskjellige problemstillinger til refleksjon.

**KORTVERSJON AV  
RETNINGSLINJER FOR  
FORSKRIVNING AV VANE-  
DANNENDE MEDISINER  
(A + B PREPARATER)  
(12 vanedannende vers)**

Ad forskrivning av vanedannende legemidler er det dette ekspertgruppen nå formidler:

- 1 •  
At de kan være gode venner i allmennøden  
Så du bryter ikke helligbrøden
- 2 •  
Men: Ikke i lengden  
Og passe på mengden
- 3 •  
Ikke bak ratt  
Og ikke hver natt
- 4 •  
Forsiktig med gamle  
De har lett for å ramle
- 5 • Når det gjelder benzo:  
Holde deg til èn, ikke to
- 6 •  
Hvor har du pasienten hen?  
Respekt betyr: se igjen
- 7 •  
Gjøre som du lofte  
Se pasienten ofte
- 8 •  
Flytter pasienten mer enn fem mil unna  
Vurderer da om det er på tide å runde a'
- 9 •  
Føler du deg ubekvem og i klemma  
Da foreligger trolig et krevende dilemma
- 10 •  
Fremdeles litt panikkprega?  
Snakk med god klinikkollega
- 11 •  
Følger du dette går du neppe helt på trynet  
Da er du stadig fastlege, også hilsen Helsetilsynet
- 12 •  
Og det er lov å være litt i tvil  
Ut i praksis, lykke til!

Det å beskrive kompleks klinikk som kasuistikk på en A4-side er en vanskelig kunst. For alle er det en svakhet at det i liten grad kommer fram hvilken rolle og relasjon legen egentlig har til pasienten. Man får inntrykk av en slags hybridsituasjon et sted mellom legevakt og fastlegekonsultasjon. Den helt avgjørende tillitsdimensjonen kommer ikke tydelig fram. Kasuistikken har et tydelig og gjennomgripende pedagogisk budskap: dette er pasienter som ikke skal ha A- eller B-preparater. Det tror vi kan være riktig, i alle fall på litt lengre sikt, og et samarbeid med pasienten om dette bør startes. Imidlertid bærer kasuistikken preg av mulig uheldige kommunikative strategier. Gjennomsnittlig har legen ordet 55–75 prosent av tiden. Legene synes å være drevet av et litt forhastet mål om å formidle ferskt «veilederstoff». Kanskje for å få journalført at informasjon er gitt? Dynamikken gir oss tvil om informasjonen er mottatt. Dialogene er overraskende lite preget av «motiverende intervj», som riktignok anbefales tidligere i veilederen. Spissformulert: Hvis respekt er å se en gang til, kan noen av disse konsultasjonene illustrere en viss grad av respektløshet?

I den siste kasuistikken presenteres «Den gamle pasienten», vi kaller henne «Gamlemor». Legen har innkalt henne etter at datter har ringt inn bekymring. Gamlemor faller og har brukt både sovemedisin og beroligende i mange år. Datters telefonbestilling er «Her må du som er lege ta tak». Gjengkjennbart?

Innkallingen blir presentert av legen som «for å forsikre meg om at du får riktig behandling», og fordi datter har ringt. Om enn med de beste hensikter, her er det stor risiko for at pasienten føler seg kalt inn til «avhør» og ikke konsultasjon. Det foreligger kommunikasjonsproblemer i familien. Legen tar på seg en vanskelig rolle som mellommann. Gamlemor er snakket bak ryggen på av både datter og lege. Mistillit kan oppstå og nerveplagene kan øke. I ver-

ste fall en uforsvarlig framgangsmåte.

Kommunikasjonsquiz: hvordan ville du ha gjort det?

Kasuistikkene er en god ide. Vi tror kasuistikken med fordel kan gjennomtenkes og bearbejdes. Hva er det som haster slik?

**Ikke bare gjør noe**

Avslutningsvis: Referansegruppen for rus- og avhengighetsmedisin hilser den nye veilederen velkommen, og mener den er av de klart viktigste av de 44 veileder-dokumenter innen rus- og psykiatrifeltet. Vi håper vårt innspill gir deg økt lyst og behov for å se nærmere på den. Der et av veilederens hovedmål er «å harmonisere behandlingstilbudet», håper vi at vi har lyktes med det vi litt spøkefullt kan kalle «disharmonisering» i stedet. For feltet byr i sannhet på klinisk støy.

Ad det andre hovedmålet:

«Veilederen skal bidra til å hindre at pasienter blir avhengige av vanedannende legemidler, eller får andre problemer knyttet til denne legemiddelgruppen».

Nemlig. Pimum Nil Nocere: ikke gjøre skade. Vårt hovedbudskap: Da må vi huske at det gjelder så vel medikamentelt som relasjonelt.

To viktige årsaker til uheldig forskrivning av A- og B-preparater tror vi er imperativet «om å gjøre noe», kombinert med tidsknapphet. Derfor, som et siste innspill og en veileder i mikrokortform:

«Ikke bare gjør noe. Stå der.»

Den nye veilederen peker mot at vi må øve oss litt mer akkurat på det. Det er ikke for pyser å stå i det slik. I vår referansegruppe kaller vi det allmenmedisinsk ekstremsport.

**REFERANSE**

1. Mjølstad, B. P., Kirkengen, A. L., Getz, L., & Hetlevik, I. What Do GPs Actually Know About Their Patients As Persons? European Journal for Person Centered Healthcare 2013, 1: 149–160.

■ HAR-SU2@ONLINE.NO