



DASAMS
Dansk Samfunds-
medicinsk Selskab



Til Sundhedsstyrelsen

Evidens, Uddannelse og Beredskab

enhedeub@sst.dk

11. januar 2018

Høringsvar til udkast om Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har modtaget udkast til opdatering af Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Vi vil alle gerne takke for at være inviteret til at indsende bidrag til høring. Efter indbyrdes dialog ligger det klart, at vi deler bekymringer vedrørende høringsversion af vejledning.

Generelle bekymringer

Der kommer tiltagende flere vejledninger og bekendtgørelser, som detailregulerer lægefaget. Samtidig vokser de bestående oftest betragteligt ved opdatering. Skal de alle følges, så risikerer læger at bruge uforholdsmæssigt meget tid på at holde sig orienteret om nye regler, på at indrette sig og på at sikre sig mod tilsynssager. Det øger risikoen for, at selv læger, der er af den opfattelse, at det bedste er at følge alle regler og retningslinjer, laver fejl, og at fagligheden og det lægefaglige skøn slet ikke kommer til sin ret - hvilket i den grad er en forringelse af patientsikkerheden.

Vi anerkender, at der på nogen områder var brug for en opdatering af den eksisterende vejledning, men vil pointere at det er vigtigt, at vejledninger og bekendtgørelser begrænses både i antal og omfang. Fokus bør være på korte, læsbare, pragmatiske og elastiske vejledninger, der kan rumme en klinisk virkelighed og den usikkerhed, der altid er et grundvilkår for lægegerningen. En vejledning bør ikke stresse lægerne, men i stedet understøtte deres arbejde og prioriteringer. Høringsudgaven fylder 14 sider mod den nugældende vejlednings 9 sider, og det på trods af at afsnittet om kørekort er udgået i høringsvejledningen. Vi anbefaler, at vejledningen forkortes betydeligt.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk



Samtidig skal det være tydeligt for læseren, hvad der er "skal-stof", og hvornår der er tale om "best practice", for derved at understøtte ønsket om korte klare vejledninger. Derfor anbefaler vi, at Styrelsen ikke gentager stof fra andre vejledninger om fx journalføring, information og samtykke, med mindre kravene afviger væsentligt fra, hvad der allerede står i disse.

Journalen er som udgangspunkt lægens arbejdsredskab. Vi anerkender, at det skal være muligt at kunne se, hvilke beslutninger, der er taget og på hvilket grundlag, for at gøre journalen til et godt arbejdsredskab. Dog er brug af standardfraser og tilskyndelse til defensiv medicin klart noget, der bør undgås. Journaler fyldt med automatiserede standardfraser er ikke informative for hverken læger eller tilsynsførende. Lægen kan miste overblikket, og det medfører mindre sikkerhed i den konkrete situation, hvor lægen handler. Det er stærkt fordyrende i forhold til nedsat produktivitet og fjerner mening og arbejdsglæde fra lægegerningen.

Med afhængighedsskabende medicin er det uundgåeligt, at der kan opstå misbrugsproblematikker affødt af tilvænning og afhængighed for en mindre andel af patienterne. Vi kender alle patienter, der hurtigt udvikler misbrugsadfærd og vil have højere dosis, mister recepter osv. Men vi kender også alle en langt større gruppe af patienter, som fungerer fint og stabilt med en fast dosis vanedannende medicin i årevis. Sundhedsstyrelsens vejledning stigmatiserer i sin nuværende form det flertal af patienter, der rent faktisk har gavn af kronisk behandling.

I en vejledning om afhængighedsskabende medicin er det vigtigt at ramme en balance, hvor manglende tillid til patienters intentioner og til lægers integritet/autoritet på grund af stoffernes misbrugspotentiale ikke fylder for meget og dominerer sprogbruken. Størstedelen af alle læger og patienter håndterer anvendelse af vanedannende stoffer forsigtigt, rationelt og til stor gavn.

Kommentarer til de enkelte afsnit

Vejledningen bør sprogligt forkortes, se vedhæftede bilag 1 for konkrete forslag til ændringer. I bilag 1 har vi også indarbejdet forslag, som konkretiseres punktvis nedenfor.

1.1 Formål

Der står, at formålet med vejledningen er "at tydeliggøre, hvordan læger" ... "kan udvise den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed...". I denne formulering er det uklart, hvorvidt vejledningen er en myndighedstolkning af, hvordan §17 i autorisationsloven skal tolkes for så vidt angår ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Det bør præciseres.

2.1.1 Afhængighed

Afsnittet afhængighed bør sprogligt nedtones, således at det fremgår, at tolerans og abstinenser KAN forværre afhængighed, og derfor lade ordet "ofte" udgå.



2.2.1 Individuel vurdering af fordele og ulemper og risikogrupper

Problematik omkring langvarige kognitive symptomer efter ophør bør nedtones, da problematik er lille og uafklaret.

2.2.2 Ordination og receptfornyelse

I den gældende vejledning står der "skal, med mindre særlige omstændigheder taler herfor, ske ved personlig konsultation", i høringsudkastet står der "skal foregå ved personligt fremmøde". Det er en opstramning, der ikke synes at være belæg for. Det udgør et problem, særligt i yderområder, hvor patienter har langt til egen læge. Det bør være tydeligt, at reglen kan fraviges.

Det bør være tydeligt, at det er muligt, når det er indiceret og forsvarligt, at afvige fra receptfornyelse ved fremmøde, når omstændighederne taler for det. Telefonordination på mindstepakning af et opioid efter en operation, bør ligeledes stadig være muligt.

2.2.4 Ordination i Lægevagtsregi

Det bør fremgå mere tydeligt, at behandling af akutte tilstande i lægevagten med vanedannende medicin naturligvis bør finde sted når indiceret. Det kan for eksempel være ved kramper eller stærke smertetilstande.

2.2.7 Information og samtykke

At der skal informeres om virkning og bivirkning mv., er åbenlyst, men helt unødvendigt at gentage, da det fremgår af bekendtgørelse og vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. Afsnittet bør udgå.

Hvis afsnittet bevares, bør det dog fremgå, at informationspligten gælder ved første ordination af afhængighedsskabende medicin, men ikke ved receptfornyelse. Efter pausering med afhængighedsskabende medicin, må det bero på et lægeligt skøn, om der igen er behov for information ved genoptaget ordination.

2.2.8 Behandlingsplaner og opfølgning

Det bør som udgangspunkt være tilstrækkeligt, at behandlingsplan noteres i form af udløb på recept og eventuelt med en ny tid til opfølgning. Det virker som helt unødvendigt, at der skal laves en behandlingsplan for kortere behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Det er væsentligt, at der skelnes mellem kort og langvarig behandling. Kravet om behandlingsplan ud over det ordinationen indeholder, er en væsentlig stramning i forhold til den nugældende vejledning.

Alle speciallæger kan vurdere, at nedtrapning er uforsvarligt, det bør ikke være reserveret til speciallæger i psykiatri.

2.2.9 Journalføring

Afsnit om journalføring bør udgå, da det ikke indeholder væsentligt forskellige formuleringer fra journalføringsbekendtgørelsen. Hvis afsnittet alligevel bevares, har vi følgende bemærkninger:



Begrundelse for fravigelse fra vejledning er omstændelig og som oftest unødvendig, det bør være et skøn, hvornår det er nødvendigt. Alternativt kan formuleringen være, at ved væsentlige afvigelser fra..., skal det begrundes.

Det bør ikke være en del af journalføring at notere om behandling med non-farmakologiske tiltag og ikke-afhængighedsskabende lægemidler har været overvejet, idet opioid naturligtvis ikke er indiceret, hvis non-farmakologiske tiltag og ikke-afhængighedsskabende lægemidler er tilstrækkelige. Hvis fx andre behandlinger og anden medicin har været forsøgt, vil det naturligtvis fremgå af journalen. Det burde være unødvendigt at skrive i en vejledning.

Journalføringspligten er teknikneutral. Det er afgørende, at en medicinordination herunder behandlingsplan mm. fremgår af patientens journal. I en moderne elektronisk patientjournal indgår det elektroniske medicin-ordinationsmodul som en integreret del af journalen. Det er således muligt at tilgå ordinationer direkte i journalen ved tryk på eksempelvis en "knap" eller et "faneblad". I det elektroniske medicin-ordinationsmodul noteres behandlingsvarighed, indikation mm., og ud fra et patient-sikkerhedsmæssigt synspunkt og for at undgå dobbelt bogholderi er det uhensigtsmæssigt også at indtaste samme information andetsteds i journalen.

3.1.2. Akutte smerter - enkeltstående og recidiverende

Dette afsnit fylder to linjer i den nuværende vejledning, og det meget lange afsnit er unødvendigt.

Der er ingen tvivl om, at fokus bør være på kroniske smerter, da der her er misbrugs-potentiale. Men fokus bør afspejle en balanceret tilgang til problematikken. Selvom en ikke ubetydelig andel af patienter i opioid-behandling formodentlig lider af misbrugsproblematikker, så gælder det dog ikke størstedelen. Vejledningen bør ikke stigmatisere det flertal af patienter, der rent faktisk har gavn af kronisk behandling. Sprogligt tales ned til lægerne, fx er det åbenlyst, at lægen skal tage hensyn til patientens samlede situation.

3.2 Anxiolytika, sedativa og hypnotika

Balslev Jørgensen et al. har nyligt i Ugeskriftet¹ ([se link](#)) argumenteret klart for, at benzodiazepiner har en plads i den moderne psykiatriske behandling. Selvom en del patienter udvikler tolerance for anxiolytika og hypnotika, så er der også en betydelig andel, som IKKE udvikler tolerance, og hos disse patienter kan det være relevant med langtidsbehandling.

Det bør ændres til, at enkelte patienter indtager dem i store mængder, med mindre Styrelsen har dokumentation for det andet udsagn, alternativt skal sætningen udgå. Vejledningen bør ikke stigmatisere de patienter, der rent faktisk har gavn af kronisk behandling.

Balslev et al. Konkluderer ¹: "Derimod er antagelsen, at længerevarende behandling hos alle patienter er uhensigtsmæssig og forbundet med ophør af effekt, udokumenteret, ligesom det ofte fremførte argument om stoffernes farlighed hviler på studier med betydelige begrænsninger, især konfounding fra de komorbide symptomer og sygdomme".

3.2.1. Generelle overvejelser ved ordination af anxiolytika, sedativa og hypnotika

At effekten aftager over tid gælder, efter vores viden, kun hos unge mennesker, når der er tale om store doser, og vi mener ikke det er dokumenteret, at der ikke sker en toleransudvikling overfor de kognitive effekter.

3.2.2 Behandlingsvarighed

Fokus på de maksimale to ugers behandling er for restriktiv. Der er tale om en arbitrær grænse uden faglig dokumentation. Hvis behandlingen er som led i en psykiatrisk tilstand, herunder depression behandlet i almen praksis, er det alt for restriktivt.

3.2.4 Søvnløshed

Restriktionen på 1-2 uger passer dårligt med den viden vi har om depressionsbehandling, hvor længere behandling er hovedreglen. Det bør understreges, at det også kan være indiceret at tage benzodiazepiner jævnligt ved søvnløshed op 1-3 gange per uge.

3.2.5 Angst

Der bør indføres en smule sproglig elasticitet i afsnittet angående de 4 uger fx ved at formulere det "som hovedregel".

3.2.7 Afrusning og abstinensbehandling

Det er et krav i udkast til vejledning, at patienter hvor afrusning er påbegyndt via telefon skal ses af læge dagen efter. Er der i litteraturen grundlag for at antage, at dette vil mindske risiko for oversete interkranie hæmatomer? Vi mener, at det er forsvarligt, at lægen laver en ordination ved en virtuel konsultation, hvis der er en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent til at undersøge patienten.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM

Marie Brasholt
Formand, DASAMS

Torsten Bjørn Jacobsen
Formand, DPS

¹ http://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2017-09/V04170274_0.pdf