

## Indhold

<b>Indhold</b>	
INDLEDNING .....	2
Definition.....	2
Forekomst .....	2
Ætiologi og udvikling .....	2
UDREDNING OG RÅDGIVNING .....	3
Udredning .....	3
Diagnosekoder .....	5
Prognose og prognostiske faktorer .....	6
Behandling.....	6
Funktions-nedsættelse og skånebehov .....	8
Lovgivning .....	8
LINKS OG REFERENCER.....	8
FORMALIA .....	10
BILAG 1: Virkninger, bivirkninger og abstinenssymptomer .....	10
BILAG 2: Håndtering/behandling af medicinafhængighed .....	11
BILAG 3: Trafik og lægemidler .....	13

## INDLEDNING

### Definition

Afhængighedsyndrom defineres ud fra ICD-10 som  $\geq 3$  af følgende samtidig i min. 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år:

1. Trang ("craving")

2. Svækket evne til at styre indtagelse, standse eller nedsætte brugen (herunder kontroltab)
3. Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
4. Toleransudvikling
5. Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
6. Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Skadelig brug defineres ud fra ICD-10 som

- A. Fysisk eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)
- B. Skaden klart påviselig
- C. Varighed min. 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år
- D. Anden diagnose i samme kategori (DF1x.2-9) udelukkes (se ICD-10)

Nærværende vejledning fokuserer i første omgang primært på de hyppigste former for medicinmisbrug, nemlig opioider og benzodiazepiner.

#### Forekomst

Eksakte tal for antallet af afhængige efter ICD-10s kriterier findes ikke. Fænomenet er formentligt underdiagnosticeret. Der er jævnligt medie- og politisk fokus på problemstillingen.

Tilgængelige tal har vist følgende:

Opioider: I 2013 indløste ca. 415.000 personer recept. Ca. 130.000 personer er daglige brugere. Forbruget er let stigende, primært pga. øgning i udskrivning af Tramadol.

Benzodiazepiner: I 2010 indløste ca. 380.000 personer recept. Ca. 45.000 personer er daglige brugere, heraf udgør 22.000 personer som får de korttidsvirkende ”indslumringspræparater”. Forbruget har været faldende over de seneste mange år, bl.a. som konsekvens af politisk fokus og indsats.

#### Ætiologi og udvikling

Afhængighed af medicin udvikles som regel hos disponerede individer, som på den ene eller den anden måde oplever psykisk lindring ved brug af medicinen; det er vigtigt at understrege, at denne effekt ofte er separat fra den ved ordination ønskede effekt. En undtagelse er dog den angstdæmpende effekt af benzodiazepiner.

Disponerende faktorer til medicinafhængighed er psykisk sygdom, aktuel eller tidligere afhængighed af andet rusmiddel, familiær disposition til afhængighed samt social belastning og begrænsede indre og ydre ressourcer. Medicinafhængighed ses i alle sociale klasser og på alle uddannelsesniveauer.

## UDREDNING OG RÅDGIVNING

### Udredning

#### *Afhængighed*

Man taler overordnet om tre typer af afhængighed: Fysisk, psykisk og social afhængighed. De fleste i fast behandling med afhængighedsskabende medicin i mere end nogle uger vil være fysisk afhængige og en vis andel af disse tillige psykisk afhængige. Se bilag 1 for oversigt over indikationer for behandling, bivirkninger, abstinenssymptomer samt typiske præparater. Social afhængighed er sjældent dominerende ved medicinafhængighed, medmindre der er tale om personer med betydelig misbrugsadfærd i tilsvarende miljøer.

#### *Diagnose*

ICD-10 kriterierne rummer konceptet omkring psykisk afhængighed, hvor også den fysiske afhængighed er inkluderet i kriterierne. Det er relevant at stille diagnosen ”afhængighed”, når denne bliver problematisk, dvs. udgør en væsentlig barriere eller komplicerende faktor for en patients tilstand og/eller funktionsniveau eller for bedring af denne/dette.

#### *Screening*

Medicinafhængighed er let at overse, og at få mistanken er et afgørende skridt. Følgende faktorer hos en person i behandling med en afhængighedsskabende lægemiddel bør give anledning til overvejelse om, hvorvidt der er tale om medicinafhængighed:

#### **Screening for medicinafhængighed:**

1. Er der risikofaktorer?<sup>a</sup>
2. Er behandlingsindikationen uklar?<sup>b</sup>
3. Er der risikoordinationer?<sup>c</sup>
4. Er der fortsat brug trods mange bivirkninger og evt. funktionstab?<sup>d</sup>
5. Er der tegn på psykisk afhængighed iht. ICD-10?
6. Svingende forbrug/akutte recepter<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Tidligere eller aktuelt misbrug, familiær disposition for misbrug, psykisk sygdom

<sup>b</sup> Se nedenfor

<sup>c</sup> p.n.-ordinationer, risiko-præparater (dvs. med hurtigt indsættende effekt, se bilag 1) eller risiko-dipenseringsformer?

<sup>d</sup> Vedvarende oplevelse af eufori og sedation i stabil behandling er tegn på overbehandling!

<sup>e</sup> Kan dog være svært at få information om i regi af SME

Der kan også anvendes mere detaljerede spørgeskemaer; der findes flere sådanne (se links).

*Differential-diagnoser* Pseudoafhængighed: Medicinen virker faktisk, men er doseret i for lille dosis, hvilket leder til afhængighedslignende adfærd.

Terapeutisk afhængighed: Patienten har så stor angst for symptomer, at vedkommende akkumulerer medicin.

Diversion: Patienten sælger medicinen eller giver den til andre.

Konfusion: Patienten er så kognitivt dårligt fungerende, at vedkommende ikke husker, at recepter er blevet indløst.

*Håndtering/  
behandling*

Se bilag 2.

Akut seponering bør ikke foregå efter behandling i over 14 dage for opioider og over 4-6 uger for benzodiazepiner; der bør da lægges nedtrappingsplan.

*Journaloptag*

Ved mistanke om medicinafhængighed spørges grundigt ind til:

- Medicinliste
- Compliance ift. udskrivningsregime
- Effekt
- Bivirkninger
- Påvirkning af funktionsniveau og dagligdag
- Forløb af medicinering (stabilt gennem længere tid, eskalerende etc.)

Hvis der findes indikation for forsøg på nedtrapping, bør motivation for dette afklares. Man bør grundigt informere om mulighederne og rammerne for dette, inkl. psykopatologien ved afhængighed, herunder fænomener som tolerans og rebound-symptomer. Desuden at nedtrapping efter længere tids behandling altid bør ske i samarbejde med en læge.

Ord som ”misbrug” og ”substitutionsbehandling” er svært stigmatiserede, og kan forventes at lede til betydelig modstand ved italesættelse overfor patienten. Man bør derfor undgå stigmatiserende ordbrug, både overfor patienten

---

og i journalen, og forsøge at holde sig til ord som fysisk og psykisk afhængighed.



## Diagnosekoder

DF11.x Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af opioider  
DF13.x Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af sedativa eller hypnotika  
DF15.x Psykiske lidelser forårsager af brug af andre centralstimulerende stoffer

Dertil kommer tredje tal, som angiver status på forbruget:

DF1x.0 Akut intoksikation  
DF1x.1 Skadeligt brug  
DF1x.2 Afhængighedssyndrom  
    .20 Afholdende  
    .21 Afholdende i beskyttet miljø  
    .22 I vedligeholdelses- eller substitutionsbehandling  
    .23 Afholdende under aversiv medikamentel behandling  
    .24 Aktivt brugende stoffet  
    .25 Kontinuerligt brug  
    .26 Episodisk brug

Kapitel F55 desuden indeholder diagnosekoder for misbrug af ikke-afhængighedsskabende stoffer, herunder antidepressiva og laksantia. Her vil kriterierne for afhængighed, men uden fysiske afhængighedssymptomer, være til opfyldt.

## Prognose og prognostiske faktorer

Prognosen for medicinafhængighed er generelt god, så længe der er tale om rent fysisk afhængighed; de fleste mennesker trapper f.eks. uproblematisk ud af postoperativ opioid-smertebehandling, på trods af, at der er udviklet fysisk afhængighed. Motivation er dog af afgørende betydning for prognosen og for, om nedtrapning lykkes. Der findes ikke eksakte tal for prognosen for psykisk medicinafhængige patienter. Generelt for afhængighed siges at prognosen er god, så længe den er ikke-behandlingskrævende, da mange klarer udtrapning af sig selv, men dårligere, hvis den er behandlingskrævende, og patienter ikke selv kan klare udtrapning, og især hvis der bliver behov for regelret misbrugsbehandling.

Prognosen afhænger af patientens sygdomsindsigt og erkendelse af problemstillingen samt indre og ydre ressourcer, herunder sociale situation, fysisk sygdom m.v.

## Behandling

Indikationer for behandling med morfika hhv. benzodiazepiner kan ses i bilag 1.

---

Det skal nævnes, at morfika som udgangspunkt ikke er indiceret til kroniske non-maligne smerter, herunder funktionelle smertetilstande. De kan forsøges som sidste udvej, hvis alt andet er forsøgt uden succes, og såfremt der er effekt, hvilket med fordel kan vurderes ved, at funktionsniveauet øges. Det skal nævnes, at et klinisk randomiseret studie fra 2000 fandt evidens for brug af tramadol til fibromyalgipatienter over 6 uger (se referencer).

Håndtering af medicinafhængighed består af 1) grundig information, 2) afklaring af motivation for nedtrapning og enten hos motiverede 3a) nedtrapning eller hos ikke-motiverede 3b) forsøg på stabilisering.

Nedtrapning af opioider bør foregå efter ca. 14 dages behandling og bør som tommelfingerregel ske med 25% hver 3.-5. dag ved kortere tids behandling og 10% med 1-2 ugers interval ved længere tids behandling.

Nedtrapning af benzodiazepiner bør foregå efter ca. 4-6 ugers fast behandling og bør som tommelfingerregel foregå med 10% af totaldosis ca. hver 2. uge med lavere hastighed i slutningen af nedtrapningen.

Det er dog vigtigt, at nedtrapning af både opioider og benzodiazepiner foregår individuelt tilpasset, da der kan være store forskelle på graden af fysisk (og psykisk) afhængighed.

Både for opioider og benzodiazepiner er det ofte den sidste dosis, som er sværest at slippe, mens nedtrapningen ofte går bedst i starten af forløbet. Dette er især gældende for benzodiazepiner, som det erfaringsmæssigt er meget svært at trappe ud af, ikke mindst pga. særdeles ubehagelige rebound-symptomer med angst, uro og svært søvnbesvær. Det kan overvejes, om der skal omlægges til ækvipotent dosis af andet præparat, som findes i lavest mulige doser (f.eks. diazepam) eller anskaffes en pilledele. Det vil også ofte være hensigtsmæssigt med ekstra hyppige kontakter i slutningen af nedtrapningen.

Man bør så vidt muligt gennem information og støtte forsøge undgå genoptrapning, men man bør aldrig trappe yderligere ned så længe der fortsat er abstinenser.

Se desuden bilag 2.

Ukompliceret nedtrapning bør forestås af egen læge. Ved komplicerede tilfælde, herunder hvis der opstår problemer under nedtrapning, f.eks. med compliance, bør specialist konsulteres.

Hjælp til nedtrapning af opioider kan søges på de tværfaglige smertecentre, enten ved telefonisk drøftelse eller ved henvisning over CVI. I Region Hovedstaden findes tværfaglige smertecentre på Rigshospitalet og på Herlev Hospital. Region Hovedstaden har en hotline for smertebehandling med tlf. 35 45 63 94, som er åben i tidsrummet 8:30-16:00. Endvidere kan lægerne ved Tværfagligt Smertecenter, Rigshospitalet kontaktes via sekretariatet på telefon 35 45 73 83 (kl. 9-12, onsdag 11-13).

Hjælp til nedtrapning af benzodiazepiner kan ske ved konsultation med det kommunale misbrugscenter.

Nedtrapning af afhængighedsskabende medicin hos patienter med betydende psykisk sygdom kan drøftes med overlæge på afd. M, Specialafsnit for Dobbelt diagnoser, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Der kan ringes alle hverdage i tidsrummet 12-13 på tlf. 21 42 15 28. Der kan også henvises hertil ved behov mhp. misbrugsbehandling og nedtrapning under indlæggelse.

Ved svær fysisk og psykisk afhængighed og hvis ikke udtrapning vurderes af afgørende betydning for patientens tilstand, kan det undertiden være gavnligt at antage et harm-reduction perspektiv på behandlingen. Især i disse tilfælde bliver grænsen mellem den rene medicinafhængighed og den rene smerte- eller angstbehandling er ofte flydende. Givetvis er mange, som er i behandling for kroniske non-maligne smerter principielt at sidestille med personer i opioid-substitutionsbehandling.

Harm reduction består i at vælge den mindst skadesvoldende udvej, på trods af at denne muligvis indebærer ordination af afhængighedsskabende lægemidler i substitutions- nærmere end oplagt behandlingsmæssigt øjemed. Dette kan med fordel overvejes, hvis der vurderes overhængende risiko for, at patienten illegalt vil supplere sin medicin og risikere ukontrollabelt forbrug, hvis ikke denne udskrives legalt.

### **Funktions- nedsættelse og skånebehov**

Typisk vil medicinafhængige patienter beskrive bivirkninger, såsom sedation og svimmelhed, i en grad, som medfører begrænsning af funktionsniveauet, herunder indretning af dagligdagen efter medicintider.

I modsætning til obstipation og mundtørhed, bør sedation og svimmelhed ved optimale doser stort set forsvinde efter nogle ugers behandling; gør de ikke det, er det ofte tale om overdosering.

Skånebehov udgøres især af gældende lovgivning ift. trafikikkerhed samt betjening af større maskiner (se nedenfor).

### **Lovgivning**

Se bilag 3 vedr. lovgivning om brug af trafikfarlig medicin. Hvis der er mindreårige hjemmeboende børn, bør underretning af sociale myndigheder desuden overvejes nøje.

### **Administrative forhold**

Anerkendelseskriterier Tekst der gengiver/skitsere anerkendelseskriterier med link til ASK-vejledning, når kriterierne er komplicerede

### **LINKS OG REFERENCER**



Referencer:

- Vejledninger Sundhedsstyrelsen "Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler" (2013)  
<https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=160914>
- Opioider Institut for Rationel Farmakoterapi "Klinisk rationel smertebehandling" (2000)  
<http://www.irf.dk/download/pdf/rf/2000/farmako%204%202000.pdf>
- Lægemiddelkataloget "Kroniske smertetilstande" (2016)  
<https://pro.medicin.dk/sygdomme/sygdom/318162>
- Region Midt "Smertebehandling" (2012)  
[http://kliniskfarmakologi.dk/uf/90000\\_99999/93571/898558ff0201aeebd40c9666c5918d58.pdf](http://kliniskfarmakologi.dk/uf/90000_99999/93571/898558ff0201aeebd40c9666c5918d58.pdf)
- Russell et al., "Efficacy of tramadol in treatment of pain in fibromyalgia." J Clin Immunol, 2000 Oct 6.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19078481>
- Benzodiazepiner inkl. nedtrapning Institut for Rationel Farmakoterapi "Benzodiazepin nedtrapningsskemaer til praktiserende læger"  
[http://www.irf.dk/dk/publikationer/vejledninger/benzodiazepin\\_nedtrapningsskemaer\\_til\\_praktiserende\\_laeger.htm](http://www.irf.dk/dk/publikationer/vejledninger/benzodiazepin_nedtrapningsskemaer_til_praktiserende_laeger.htm)
- Institut for Rationel Farmakoterapi "Nedtrapning af benzodiazepiner – håndtering i klinisk praksis" (2015)  
[http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel\\_farmakoterapi/maanedsbld/2015/nedtrapning-af-benzodiazepiner-8722-haandtering-i-klinisk-praksis.htm](http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsbld/2015/nedtrapning-af-benzodiazepiner-8722-haandtering-i-klinisk-praksis.htm)
- Vejledning for læger, Institut for Rationel Farmakoterapi "Ophør med sovemidler og angstdæmpende midler" (2008)  
<http://www.irf.dk/download/pdf/vejledninger/laegefolder.pdf>
- Patientinformation, Institut for Rationel Farmakoterapi "Ophør med sovemidler og angstdæmpende midler" (2008)  
<http://medicinmedfornuft.dk/download/patientfolder.pdf>
- Institut for Rationel Farmakoterapi "Benzodiazepiner i almen praksis" (2004)  
<http://www.irf.dk/download/pdf/Benzobog%202004.pdf>

Trafik-sikkerhed

Liste over trafikfarlige lægemidler (opdateres hver dag):

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/special/trafikfarlig-medicin/liste-over-trafikfarlige-laegemidler>

Lægehåndbogen ”Kørekort og afhængighedsskabende medicin”

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/koerekort-og-afhaengighedsskabende-medicin/>

Forfatter:

Martine Grosos Aabye, reservelæge Socialmedicinsk Enhed Frederiksberg

Review:

Jo Anna Stina Coolidge, overlæge Socialmedicinsk Enhed Frederiksberg

Dato

11-07-2017

Revideres

11-07-2020

### BILAG 1: Virkninger, bivirkninger og abstinenssymptomer

	Ønsket effekt	Behandlingsindikationer	Bivirkninger	Abstinenssymptomer	Typiske præparater
Opioider	Smertestillende	<p>Akutte smerter: Korttids- eller langtidsvirkende, altid med nedtrapningsplan.</p> <p>Kroniske non-maligne smerter: Opioider er sjældent indiceret, men kan bruges som sidste udvej, SÅFREMT der opnås smertestillende effekt; skal da følges nøje. Altid depot og aldrig p.n.-ordinationer.</p> <p>Akut forværring af kroniske non-maligne smerter: Skeln mellem</p>	<p>Eufori</p> <p>Sedation</p> <p>Afhængighed</p> <p>Indifferens</p> <p>Obstipation</p> <p>Mundtørhed</p> <p>Svimmelhed</p>	<p>Rebound-effekt<sup>a</sup>: Smerter!</p> <p>Milde: Tåre- og næseflåd, gaben, rastløshed, søvnløshed.</p> <p>Moderate: Tillige dilaterede pupiller, muskelsmerter og spasmer, mavesmerter.</p> <p>Svære: Tillige takykardi, hypertension, feber, takypnø, svær uro.</p> <p>Meget svære:</p>	<p><i>Svage</i></p> <p>Korttidsvirkende: Tramadol Kodein<sup>b</sup></p> <p>Langtidsvirkende: Tramadol Retard</p> <p><i>Stærke</i></p> <p>Korttidsvirkende: Morfin<sup>b</sup> Oxycodon<sup>b</sup></p>

		fluktuationer af grundsmarter, som ikke skal behandles, og andre akutte smerter, som skal behandles som øvrige akutte smerter.  Maligne smerter: Se vejledning om smertebehandling.		Diarré/opkastninger, dehydratio, hypotension, hyperglykæmi.  <i>Opstår typiske efter ca. 14 dages fast behandling</i>	Depotpræparater: Contalgin Malfin Doltard Oxycodon Depot
Benzodiazepiner	Angstdæmpende Sederende Krampestillende	Angst: Kun ved svære tilstande og højst i 4 uger! Der kan dog være undtagelser hos komplicerede psykiatriske patienter.  Søvnløshed: Kun ved svære tilstande og højst 1-2 uger; fortrinsvis præparater med kort halveringstid.  Akut beroligende: Ved svær affekt, angst el.l. som engangsordination.  Kramper og abstinenser	Sedation Indifferens Afhængighed Svimmelhed Paradoks reaktion: Eufori og søvnløshed	Rebound-effekt <sup>a</sup> : Angst og uro!  Influenzasymptomer Irritabilitet Søvnløshed Muskeltrækninger og kramper  <i>Opstår typiske efter ca. 4-6 ugers fast behandling</i>	Kort halveringstid: Zopiclon Zolpidem  Længere halveringstid: Nitrazepam <sup>b</sup> Flunitrazepam <sup>b</sup> Oxazepam Chlordiazepoxid Diazepam <sup>b</sup> Clonazepam
<sup>a</sup> Rebound-effekt betegner det fænomen, at ophør med medicinen i sig selv medfører de symptomer, som medicinen behandler. Rebound-smerter ved ophør af opioid-behandling er således ikke oplussen af smerter pga. grundmorbus, men et forbigående fænomen udløst af selve nedtrapningen af medicinen. <sup>b</sup> Risikopræparater ift. psykisk afhængighed. Risikopræparater er generelt kendetegnet ved a) for morfika at have hurtigt indsættende virkning og kort halveringstid, og b) for benzodiazepiner ved at have lang halveringstid og høj fedtopløselighed.					

## BILAG 2: Håndtering/behandling af medicinafhængighed

<b>AFKLAR MOTIVATION</b>			
<b>IKKE MOTIVERET</b>		<b>MOTIVERET: UDTRAPNING</b>	
Fortsat behandling kan accepteres	Fortsat behandling kan ikke umiddelbart accepteres <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forberedelse               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Grundig information om forventet forløb</li> <li>o Sikring af ydre rammer</li> </ul> </li> <li>- Nedtrapning               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Find passende regime<sup>b</sup></li> <li>o Revurdér hyppigt: Trap aldrig yderligere ned, hvis der fortsat er abstinenser, men undgå genoptrapning</li> </ul> </li> </ul>	
Overvej: - Barrierer for nedtrapning; kan de ændres? - Henvisning til specialist/tværfaglig behandling	- Henvis til specialist/tværfaglig behandling		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omlægning</li> <li>- Én behandlende læge</li> <li>- Dosisdispensering</li> <li>- Fast receptudlevering</li> <li>- Fornyelse af recepter kun ved personligt fremmøde</li> <li>- Information af vagtlæge (kræver patientens samtykke)</li> <li>- Hyppige kontakter</li> <li>- Hjemmesygeplejerske og indelåsning af medicin</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Undgå brug af sovemedicin og anden støtte medicin</li> <li>- Søg hjælp i komplicerede tilfælde og når udtrapning ikke lykkes<sup>c</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Information</li> <li>○ Specialisthjælp</li> </ul> </li> <li>- Fejlfinding: Hvis nedtrapning ikke lykkes, overvej <ul style="list-style-type: none"> <li>○ At medicinen faktisk hjælper og er nødvendig</li> <li>○ For hurtig udtrapning/svær fysisk afhængighed</li> <li>○ For dårlig forberedelse (information, ydre rammer etc.)</li> <li>○ Svær psykisk afhængighed og evt. behov for regelret misbrugsbehandling<sup>d</sup></li> </ul> </li> </ul>
<p><sup>a</sup> Ved svært kontrollerbar patientadfærd, utryghed fra læge ved håndtering i aktuelle regi, f.eks. almen praksis m.v.</p> <p><sup>b</sup> Tommelfingerregler for nedtrapning er a) morfika: 25% hver 3.-5. dag efter kortvarig behandling; 10% med 1-2 ugers interval ved langvarig behandling; b) benzodiazepiner: 10-20% af totaldosis hver 2.-4. uge i starten med lavere hastighed i slutningen. Overvej skift til ækvipotent dosis af diazepam ved meget korttidsvirkende præparater (Zopiclon og lign.) samt hvis doser ikke findes små nok til hensigtsmæssig nedtrapning; ved skift bør specialistkonsultation overvejes. Se under punktet Links i vejledningen for udførlige nedtrappingsregimer fra IRF.</p> <p><sup>c</sup> Nedtrapning kan ske via egen læge, i samarbejde med/under vejledning fra et af de regionale smertecentre eller i samarbejde med misbrugscenter (se nedenfor).</p> <p><sup>d</sup> Misbrugsbehandling tilbydes i kommunalt regi og varierer fra kommune til kommune. Er der tale om svær dobbeltdiagnoseproblematik (betydende psykisk sygdom samt misbrug), kan overvejes henvisning til behandling under indlæggelse på afd. M Specialafsnit for Dobbeldiagnoser, Psykiatrisk Center Sct. Hans.</p>		

### BILAG 3: Trafik og lægemidler

Lægeligt kørselsforbud: Den periode i hvilken en læge har vurderet, at patienten ikke kan føre motorkøretøj på betryggende måde pga. sit helbred.

Læger har formelt set ikke kompetence til at udstede et egentligt forbud. Lægeligt kørselsforbud har reel betydning ved uheld, hvor et forsikringsselskab vil kunne afvise erstatningskrav eller politiet vil kunne inddrage kørekort.

Information og anmeldelse: Lægen skal altid informere patienten, hvis dennes helbred udgør en fare ved motorkørsel. Det lægelige kørselsforbud kan være for en begrænset periode eller permanent. Kørselsforbuddet skal journaliseres i patientens journal. Det er aktuelt behandlende læge, som har ansvaret for, at der i relevante situationer etableres lægeligt kørselsforbud.

Vurderer eller observerer lægen, at patienten ikke er indstillet på at overholde det lægelige kørselsforbud, skal lægen anmelde dette til Embedslægeinstitutionen. Videregivelse af oplysningerne kan ske uden samtykke, men samtykke til videregivelse skal have været forsøgt indhentet.

Hvis det er akut nødvendigt at inddrage patientens kørekort, skal lægen inddrage politiet.

Ved ordination af opioider eller benzodiazepiner, bør der som hovedregel ordineres kørselspause på et par uger, men beror på en konkret vurdering.

Bemærk at nedenstående liste ikke er udtømmende; nyeste information bør altid indhentes fra sundhed.dk eller Lægemedelstyrelsen.

De hyppigste trafikfarlige lægemidler og kørsel. OBS: IKKE UDTØMMENDE!			
Opioider		Benzodiazepiner (halveringstid)	
Præparat	Max døgndosis for kørekort	Præparat	Max døgndosis for kørekort

<p><i>Korttidsvirkende</i>  , herunder morfin og kodein</p> <p><i>Langtidsvirkende</i>  Morfin depotpræparater  Oxycodon depotpræparater  Tramadol depotpræparater  Buprenorphin resoribletter  Metadon</p>	<p>Kan ikke anbefales</p> <p>360 mg  110 mg  400 mg  Ingen max-dosis  120 mg</p>	<p>Zolpidem (2 timer)  Zopiclon (5 timer)  Oxazepam (10 timer)  Nitrazepam (24 timer)  Flunitrazepam (24 timer)  Clonazepam (40 timer)  Chlordiazepoxid (72 timer)  Diazepam (72 timer)</p>	<p>10 mg  7,5 mg  30 mg  Kan ikke anbefales  Kan ikke anbefales  Kan ikke anbefales  Kan ikke anbefales</p>
---	--	---	---