



# Leiðbeiningar

um góða starfshætti lækna<sup>1</sup> við ávísun ávana- og fíknilyfja og fleiri lyfja sem hafa misnotkunarhættu í för með sér

Embætti landlæknis

## Inngangur

Mikilvægt er að lækna nýti ávallt lyfjagagnagrunn embættis landlæknis og miðlæga lyfjakortið<sup>2</sup> við útgáfu lyfjaávisana og alla yfirferð lyfja sjúklings. Yfirfara þarf óútleystar lyfjaávisanir í lyfjaávisanagátt og ógilda þær ef við á. Þetta á við um öll lyf, en sérstaklega um ávana- og fíknilyf, sjá nánar í [reglugerð um lyfjaávisanir og afhendingu lyfja, nr. 740/2020](#). Ef í gildi er ávísun í lyfjaávisanagátt á ávana- og fíknilyf er óheimilt að útbúa aðra lyfjaávisun, nema:

- Ávísað sé á annan styrkleika lyfsins, annað lyfjaform eða lyf með öðru virku innihaldsefni.
- Fella eigi úr gildi gildandi lyfjaávisun og útbúa nýja.

Ávísandi læknir hverju sinni ber ábyrgð á að þetta sé gert.

Ávísi læknir ávana- og fíknilyfi í andstöðu við framangreint getur það leitt til beitingar viðurlagaúrræða. Brot á reglum um ávisanir ávana- og fíknilyfja geta varðað takmörkun heimildar til ávísunar tiltekinna lyfja eða lyfjaflokka. Endurtekin eða alvarleg brot geta varðað sviptingu starfsleyfis í samræmi við [lög um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007](#).

## Um ávisanir ávana- og fíknilyfja

Um ávana- og fíknilyf gildir að það er læknirinn en ekki sjúklingurinn sem ákveður endanlega hvaða lyf er notað og gefur fyrirmæli um notkunina. [Lög um réttindi sjúklings, nr. 74/1997](#), veita sjúklingum t.d. ekki rétt á að ráða sjálfir lyfjavalir eða krefja lækni um ávísun einstakra lyfja eða skömmtun þeirra, nema læknirinn samþykki. Læknirinn metur á gagnrýninn hátt og út frá bestu þekkingu hvaða lyfjum einstaklingur þarf raunverulega á að halda og í hvaða skömmtum og endurskoðar lyfjanotkunina reglulega. Lækni er því skylt að sýnja um þær lyfjaávisanir sem hann telur stangast á við góða starfshætti lækna.

**Lyfjaávisanir áhættusamra lyfja eiga að vera í höndum þess læknis sem hóf meðferð, eða í samráði við hann.** Þetta á sérstaklega við þegar um ávana- og fíknilyf er að ræða og sjúklingur hefur fengið hærrí skammta en kveðið er á um í [sérlyfjaskrá](#) - eða lyf sem ætti ekki að nota samhliða.

<sup>1</sup> Gildir einnig um tannlækna.

<sup>2</sup> Samkvæmt reglugerð um miðlægan gagnagrunn lyfjakorta, nr. 1020/2023 er frá og með 1. janúar 2025 óheimilt að ávísa lyfjum nema í gegnum miðlægt lyfjakort.

Læknanemar með tímabundið starfsleyfi **hafa ekki heimild til að ávísa eftirritunarskyldum lyfjum**. Þeir mega ekki ávísa öðrum ávana- og fíknilyfjum nema í samráði við lækni á viðkomandi starfsstöð enda hafi sá ótakmarkað lækningaleyfi. Læknar sem eru ábyrgir fyrir læknanemum með tímabundið starfsleyfi eiga að sjá til þess að framfylgja þessum reglum.

## Almennt um ávana- og fíknilyf

Almennt gildir um ávana- og fíknilyf að ekki ætti að ávísa þeim eða endurnýja nema eftir samtal læknis og sjúklings og að fyrir liggi skýr áætlun um lengd meðferðar (hvenær eigi að hætta á lyfjum) og skammtastærðir. Fjallað er um ábendingar og lengd meðferðar fyrir einstök lyf í [sérlyfjaskrá](#).

Færa skal upplýsingar um lyfjaávisanir í sjúkraskrá sbr. [6. gr. laga um sjúkraskrár, nr. 55/2009](#). Ávallt skal rökstyðja í sjúkraskrá framlengingu skammtímameðferðar og skammtahækkun ávana- og fíknilyfja.

Við meðferð með ávana- og fíknilyfjum skiptir gott meðferðarsamband læknis og sjúklings miklu máli. Læknir ætti að hitta sjúkling reglulega til að meta árangur lyfjameðferðar. Það á sérstaklega við þegar lyfjameðferðar er þörf til lengri tíma.

### Almennt þarf að huga að eftirfarandi atriðum:

- Ræða skal og útskýra fyrir sjúklingum mögulegar aukaverkanir, t.d. lífshættuleg slævandi áhrif sem og hættuna á því að ánetjast lyfinu. Jafnframt skal vara sjúklinga við akstri undir áhrifum ávana- og fíknilyfja.
- Að læknir ávísi ekki ávana- og fíknilyfjum á sjúklinga sem heyra ekki undir starfsstöð hans, nema hann beri traust til þeirra.
- Ef einstaklingar eru komnir á stærri skammta af ávana- og fíknilyfjum en læknir telur rétt ætti hann að leggja fyrir sjúkling meðferðaráætlun eða gera við hann meðferðarsamning sem miðar annað hvort að því að koma skömmtum í eðlilegt horf eða að ljúka lyfjameðferð. Gefnar hafa verið út góðar [leiðbeiningar um niðurtröppun róandi lyfja og svefnlyfja](#).
- Læknar ættu ávallt að ávísa ávana- og fíknilyfjum til eins skamms tíma og mögulegt er. Lækni er heimilt að ávísa minna magni lyfs en sem nemur minnstu fánlegri pakkningu þess. Heimilt er í apóteki að rjúfa pakkningar og afhenda hluta þeirra en þá aðeins samkvæmt sérstökum fyrirætlunum útgefanda. Læknar eru hvattir til að nýta þessa heimild hvenær sem þeir telja rétt.
- Áfengi, jafnvel í hóflegu magni, getur aukið verkanir slævandi lyfja þannig að hættuástand skapast. Brýnt er að útskýra þetta fyrir sjúklingnum.
- Ýmis ávana- og fíknilyf er almennt ekki æskilegt að setja í skömmun eða í margar afgreiðslur í heildarmagnsávísunum. Til dæmis svefnlyf og róandi lyf sem ekki eru ætluð til langtímanotkunar. Einnig getur verið varasamt að hafa sterk verkjalyf í skömmun í langan tíma. Mikið utanumhald þarf við slíka lyfjameðferð og fylgjast þarf náið með meðferð og árangri hennar.
- Um öll lyf gildir að læknir þarf að hafa yfirsýn á þá einstaklinga sem hann er með í skömmun og kanna reglulega lyfjaávisanir annarra lækna á þá.

- Leggist sjúklingur inn á sjúkrastofnun þarf að gæta þess að lyfjameðferð á stofnun bætist ekki ofan á skömmtun eða heildarmagnsávísun sjúklings. Við innlögn og útskrift skal viðkomandi læknir kynna sér lyfjasögu sjúklings og skoða ávísanir til hans í lyfjaávísanagátt.
- Ef sjúklingur, sem er í meðferð með ávana- og fíknilyfjum, mætir ekki endurtekið í bókaða tíma er ástæða til að endurskoða meðferðina.
- Læknar ættu að forðast að ávísa sjálfum sér, vinum sínum og vandamönnum ávana- og fíknilyfjum. Ef þeir ávísa eigi að síður ber þeim að færa það í sjúkraskrá þess sem um ræðir.
- Læknir sem ávísar lyfjum skal þekkja vel áhrif þeirra og aukaverkanir. Hann skal upplýsa sjúklinga um möguleg áhrif á hæfni til aksturs ökutækja og skrá í sjúkraskrá að það hafi verið gert. Hann skal brýna fyrir sjúklingum að fylgja reglum í hvívetna.
- Ef sjúklingur sýnir merki um að honum stafi hætta af notkun ávana- og fíknilyfja (t.d. bylur, öndunarþæling, meðvitundarskerðing, áhættusamur akstur eða umferðaróhöpp tengd lyfjanotkun) eða sýnir merki um hættulega notkun lyfjanna (notkun of hárra skammta, notkun umfram leiðbeiningar læknis, samhliða notkun lyfja sem auka á hættuna) er líklegt að ávinningur lyfjameðferðarinnar réttlæti ekki áhættu sjúklingsins af áframhaldandi notkun. Í þeim tilvikum ætti læknir ekki að endurnýja lyf til áframhaldandi óbreyttrar notkunar, heldur fræða sjúkling um möguleg fráhrarfseinkenni, leiðir til að bregðast við þeim og jafnvel vísa til fíknimeðferðar ef við á.
- Ef sjúklingur er líklegur til að fá fráhrarfseinkenni skal læknir aðstoða hann við [niðurtröppun lyfjaskammta](#).

**Áður en meðferð með ávana- og fíknilyfjum er hafin, skulu metin úrræði án lyfja.**

**Meðferð fer fram í samvinnu við sjúklinginn en læknir stýrir henni.**

## Helstu atriði sem benda til þess að vandi sé til staðar hjá sjúklingi vegna notkunar ávana- og fíknilyfja

- Sjúklingurinn er óeðlilega upptekinn af því að ræða tiltekin lyf við lækninn og sú umræða tekur talsverðan af tíma í læknisheimsókninni.
- Sjúklingurinn hefur ítrekað óskað eftir endurnýjun lyfjaávísunar fyrir áætlaðan endurnýjunartíma eða eykur skammtinn sjálfur án nokkurra vísbendinga um að ástandið hafi versnað.
- Greina má mynstur tengt lyfjaumsýslu sjúklings; til dæmis að sjúklingurinn segist hafa tapað lyfjum, kastað lyfjum upp eða hafi verið rændur lyfjunum.
- Þegar sjúklingur leitar til margra lækna, jafnvel með ólíkar ábendingar, til að fá sambærileg lyf.
- Þegar margar lyfjaávísanir á sama ávana- og fíknilyfið eru lausar til afgreiðslu samkvæmt lyfjaávísanagátt.

## 1. Verkjalyf (ópríóíðar)

- Ágætis umfjöllun um lyfjameðferð við verkjum er í *Handbók í lyflæknisfræði* (Ari J. Jóhannesson o.fl., Háskólaútgáfan, 2015) þar sem m.a. er fjallað um þrep verkjastigans og hvaða lyf eigi að velja á hverju þrepi.
- Ef læknir á að taka við verkjalyfjaávisunum af öðrum lækni, er nauðsynlegt að fyrir liggi upprunaleg ábending frá þeim lækni sem hóf lyfjagjöfina og skýrar leiðbeiningar um hvenær endurmeta eigi ábendingu og notkun lyfjanna. Æskilegt er að þeim lækni, sem ætlað er að taka við ávisunum sé tímanlega gefinn kostur á því að leggja mat á lyfjagjöfina (þ.e. að ekki sé stutt í endurnýjun þegar hún er flutt yfir), og hann hafi kost á samskiptum við þann lækni sem hóf lyfjameðferðina.
- Skammtar ópríóíða í meðferð bráðaverkja eiga að miðast við minnsta mögulega skammt og aðeins stuttan tíma (< 5-7 dagar). Ekki skal ávísa meira magni en sem samsvarar þeirri notkun.
- Í flestum tilfellum er langtímameðferð með ópríóíðum við langvinnum verkjum óæskileg og leiðir af sér þolmyndun, fíkn og erfiðar aukaverkanir. Sömuleiðis bætir langtíma verkjameðferð með ópríóíðum sjaldan upplifun sjúklunga af verkjum til lengri tíma. Langvarandi notkun ópríóíða getur jafnvel ýtt undir sársaukaskynjun (hyperalgesia).
- Samhliða meðferð með ópríóíðum og bensódíasepínum getur verið **hættuleg**.
- Æskilegt er að sami læknir sjái um ávisun allra ávana- og fíknilyfja sjúklings, á hverjum tíma.

**Gæta skal sérstakrar varúðar þegar nota þarf fleiri en einn ópríóíða samhliða.**

## 2. Örvandi lyf við ADHD

- Greining og meðferð á ADHD er hlutverk sérgreinalækna og viðeigandi greiningar- og meðferðarteyma í geðheilbrigðisþjónustu ([sjá klínískar leiðbeiningar](#)). Þegar kemur til álita að hluti af eftirfylgd færast til heimilislæknis skal það gert í samráði og með samþykki hans. Heilsugæslulæknar eru hvattir til að leita ráðgjafar hjá ávisandi geðlækni eða símaráðgjöf geðlækna geðheilsuteymis á viðkomandi starfssvæði, sem víða er boðið upp á.
- Við ávisun örvandi lyfja við ADHD skal fylgja leiðbeiningum í [sérlyfjaskrá](#), t.d. hvað varðar einstaka skammta, hámarksskammt á sólarhring, hvenær dags og hve oft lyfið skal notað. Ekki skal víkja frá leiðbeiningum í sérlyfjaskrá nema læknisfræðileg rök fyrir slíku og skulu þau þá skráð í sjúkraskrá.
- Í notkunarfyrimælum um langverkandi lyfjaform metýlfenidats og annarra örvandi ADHD lyfja með langan verkunartíma skal þess getið að ekki skuli taka lyfið inn síðar að deginum en á hádegi, ef skipta þarf dagskammti í tvennt.
- Samhliða notkun bensódíasepína, Z-svefnlyfja, ópríóíða eða pregabalíns getur verið óheppileg vegna andverkunar við örvandi lyf.
- Komi upp svefnvandi, eftir að meðferð með örvandi lyfjum hefst, ætti að íhuga að minnka skammta eða færa lyfjagjöfina fyrr að deginum frekar en að bæta við svefnlyfi. Íhuga má að gefa lyf fyrir svefn sem ekki hafa ávana eða fíkn í för með sér.

- Áður en læknir sækir um lyfjaskírteini fyrir örvandi ADHD lyfi þarf hann að skoða ávísanir annarra ávana- og fíknilyfja í lyfjaávisanagrunni og meta hvort ástæða sé til að endurskoða þær ávísanir áður en ávísanir örvandi lyfja hefjast. Hjá fullorðnum á þetta sérstaklega við um slævandi lyf.

### 3. Gabapentín og pregabalín

- Rannsóknir sýna að bæði pregabalín og gabapentín geta verið ávanabindandi, enda er varað við því og misnotkun lyfjanna í sérlyfjaskrá. Talið er að misnotkun þessara lyfja byggist mest á því að þau séu samverkandi með öðrum ávanabindandi lyfjum og geti þannig aukið vímu. Þetta ber að hafa í huga þegar á þessum lyfjum er ávísað.
- Eins og við ávísun annarra ávana- og fíknilyfja er mikilvægt að læknar kanni hvort aðrir læknar hafi einnig ávísað sjúklingi lyfjunum.

### 4. Bensódíasepín og skyld lyf (Z-svefnlyf)

#### Helstu atriði sem vert er að hafa í huga við ávísanir bensódíasepína og Z-svefnlyfja:

- Ígrunda skal notkun annarra lyfja, sem ekki hafa í för með sér hættu á ávana og fíkn, eða annarra úrræða áður en ákveðið er að ávísa bensódíasepínum og skyldum lyfjum.
- Svefnlyf og róandi lyf á alltaf að nota í sem lægstum skömmtum og yfirleitt ekki lengur en 2-4 vikur í senn; ef ekki er gætt að þessu fer þol að myndast og virkni lyfjanna dvínar m.a. vegna þolmyndunar. Vélskömmun og heildarmagnsávísanir henta þess vegna almennt illa fyrir þessi lyf.
- Velja ætti svefnlyf sem hafa stystan helmingunartíma, þ.e. Z-svefnlyf.
- Svefnlyf og róandi lyf eru sérstaklega varasöm hjá öldruðum vegna þess að þau valda oft sljóleika og auka hættu á byltum. Varast ber að gefa of stóra skammta, sérstaklega hjá öldruðum.
- Bensódíasepín geta verið gagnleg skammtímameðferð við hamlandi kvíða, sem kemur upp við erfiðar aðstæður í lífi fólks.
- Við langtímanotkun bensódíasepína dvínar gagnsemi þeirra en hætta á ávana og fíkn eykst.
- Leiðbeina ætti sjúklingum að taka ekki svefnlyf að nýju, vakni þeir upp um nótt og hafi tekið svefnlyf að kvöldi, heldur bíða til næsta kvölds.
- Fyrir einstaklinga, sem finna fyrir kvíða og hafa svefnvandamál, getur verið nóg að gefa t.d. aðeins eitt bensódíasepín eins og oxasepam 10 mg á kvöldin. Það getur dregið úr kvíða yfir daginn og bætt svefn á nóttunni.

#### Samhliða notkun margra ávana- og fíknilyfja í flokki bensódíasepína og skyldra lyfja

Forðast ætti að ávísa fleiri en einu lyfi í hópnum bensódíasepín/Z-svefnlyf til samhliða notkunar vegna þess að klínísk virkni þeirra er nánast sú sama.

## Niðurtröppun bensódíasepína

Þegar ákveðið er að stöðva notkun bensódíasepína eftir langtíma notkun er nauðsynlegt að [trappa lyfin niður](#) markvisst á nægilega löngum tíma, stundum svo mánuðum skiptir. Of skjót stöðvun getur valdið bakslagsáhrifum á kvíða eða svefn (rebound anxiety eða insomnia). Hafa skal í huga að bensódíasepínfráhvarf getur valdið flogum og óráði og verið lífshættulegt. Ekki er talin þörf fyrir niðurtröppun hafi meðferð staðið skemur en tvær vikur.

## 5. Testósterón

- Lyfjum sem innihalda testósterón á ekki að ávísa, nema framkvæmdar séu reglulegar hormónamælingar af viðurkenndri rannsóknarstofu. Greining kynkirtlavanseytingar er vandasöm og á að vera í höndum sérfræðings í innkirtlasjúkdómum. Því er ekki við hæfi að aðrir en sérfræðingar í innkirtlasjúkdómum hefji þessa meðferð.
- Að minnsta kosti tvær mælingar með lágum gildum á testósteróni/fríu testósteróni þarf til að hefja lyfjameðferð.
- Margar frábendingar eru við testósterón lyfjameðferð sem læknir verður að íhuga.
- Í ákveðnum tilvikum er mælt með lífsstílsbreytingum en ekki lyfjameðferð.

## Heimildir og yfirllestur leiðbeininga

Leiðbeiningarnar voru fyrst gefnar út 16. mars 2017 af embætti landlæknis. Eftirtalin komu að endurskoðun og yfirllestri leiðbeininganna sem gefnar voru út í júní 2023.

- Martin Ingi Sigurðsson, prófessor og yfirlæknir í svæfinga- og gjörgæslulækningum, Landspítala
- Jón Steinar Jónsson yfirlæknir, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu.
- Ólafur B. Einarsson verkefnisstjóri lyfjamála, embætti landlæknis.
- Björn Blöndal heilsugæslulæknir, Heilsugæslan Efra-Breiðholti.
- Linda Kristjánsdóttir heimilislæknir, Heilsugæslan Urðarhvarfi.
- Aðalsteinn Guðmundsson lyflæknir og öldrunarlæknir, Landspítala.
- Sigurður Örn Hektorsson fíknigeðlæknir, yfirlæknir, embætti landlæknis.
- Alma Dagbjört Möller landlæknir.

[Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler](#)