



Ingen grunn til å savne kodein!

KOMMENTAR

JOACHIM FROST

joachim.frost@stolav.no

Joachim Frost er overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og førsteamanuensis i klinisk farmakologi ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Steinar Madsen skriver i sin kommentar (1) at Legemiddelverkets beslutning om å fraråde bruk av kodein til barn under 12 år i 2013 «ble tatt på europeisk nivå og Norge måtte følge dette vedtaket». Madsen problematiserer videre at det var «ingen alternativer til kodein i 2013», og at høy terskel for forskriving av andre opioide legemidler kan være en forklaring på at bruken av opioider gikk så kraftig ned hos barn under 12 år etter kodein-vedtaket. Madsen får det dermed til å låte som at det er et problem at fagmiljøene og legemiddelmyndighetene på internasjonalt nivå etterlever godt dokumentert kunnskap om ufordelaktig nytte-risiko forhold for kodein, spesielt hos små barn.

Samme bekymring kommer til uttrykk i Fredheim og medarbeideres artikkel (2) om utlevering av analgetika til barn før og etter de nye anbefalingene om kodein, når forfatterne skriver at «fordi reduksjonen i bruken av kodein ikke førte til en sammenlignbar økning i bruken av verken andre opioider eller ikke-steroide antiinflammatoriske midler, må man frykte at anbefalingen har ført til dårligere smertebehandling i denne aldersgruppen».

Hvis norske barn underbehandles for smerte er det selvsagt et medisinsk problem. At terskelen for å skrive ut morfin til barn er høy, eller at opioidbruken til barn isolert sett går ned, er imidlertid ikke ensbetydende med at barn med smerter ikke får optimal behandling.

Kodein må omdannes til morfin for å gi analgetisk effekt ved terapeutiske doser. Den individuelle evnen til å omdanne kodein til morfin er gjenstand for betydelig genetisk variasjon. I praksis er dermed forskriving av kodein en uforutsigbar måte å forskrive morfin (3). Dette er en viktig årsak til rapporterte forgiftninger og dødsfall etter kodeinbruk hos mindre barn, som er bakgrunnen for internasjonale anbefalinger om å unngå bruk av kodein hos barn under 12 år (2, 4). Ved å forskrive morfin direkte burde det være enklere og tryggere å forskrive riktig dose morfin. At det tar noe tid å få på plass egnede legemiddelformuleringer og endre prosedyrer og praksis kan forstås. Det er imidlertid ingen unnskyldning for å la være å endre en uheldig praksis og dvele ved kodeins berettigelse i smertebehandling av barn.

Norske leger bør ikke være i tvil om at de gjør det riktige ved å velge bort kodein til fordel for morfin hos barn med klart behov for opioidanalgetika. Fagmiljøene og legemiddelmyndighetene må legge til rette for at dette lar seg gjennomføre på en sikker måte.

LITTERATUR

1. Madsen S. Ingen alternativer til kodein i 2013. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 10.4045/tidsskr.17.0584. [CrossRef]
 2. Fredheim OMS, Skurtveit S, C Borchgrevink P. Utlevering av analgetika til barn før og etter nye anbefalinger om kodein. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 881 - 4. [PubMed][CrossRef]
 3. Helland A, Spigset O, Slørdal L. Problem forte-er kombinasjonen paracetamol og kodein rasjonell? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2084 - 7. [PubMed]
 4. Lazaryan M, Shasha-Zigelman C, Dagan Z et al. Codeine should not be prescribed for breastfeeding mothers or children under the age of 12. Acta Paediatr 2015; 104: 550 - 6. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 2. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0770

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. september 2022.