

HELSEDIREKTORATET  
Postboks 220 Skøyen  
0213  
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202000059

Dato: 10-09-2020

### **Nasjonal veileder for vanedannende legemidler**

Den norske legeforening takker for anledningen til å komme med innspill til ny nasjonal veileder for vanedannende legemidler. Utkastet til veileder har vært på intern høring i alle foreningsledd. Høringsfristen var satt til 18. september 2020.

Overordnet mener Legeforeningen at veilederen er på et detaljnivå som gjør at den ligner en retningslinje, og vi lurer på om dette er tilsiktet. Selv om veileder- og retningslinjebegrepene ofte brukes om hverandre, er veiledere vanligvis mer overordnet.

Den norske legeforening støtter at to veiledere er slått sammen til én og mener at strukturen er hensiktsmessig, kortfattet og brukervennlig. Vi støtter også at forslaget til ny veileder tydeliggjør spesialisthelsetjenestens ansvar, både ved overgang fra spesialisthelsetjenesten til fastlege og ved å overta ansvar for pasienter som bruker høye doser opioider. Legeforeningen mener at skissen for samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten ikke virker helt gjennomarbeidet i utkastet til veileder – i kapittel 10 er det for eksempel presiseringer som bidrar til god forståelse for samarbeidet mellom nivåene i helsetjenestene, mens i kapittel 4 er anbefalingene mer generelle og mindre brukbare som modell for samarbeid. Legeforeningen mener at kommunikasjonen mellom involverte leger og nivåer bør bygge på de etablerte kommunikasjonsverktøyene, som er skriftlig henvisning og epikriser i tillegg til avklarende samtaler ved behov. Veilederen bør kort beskrive hva effektiv kommunikasjon bør inneholde, samt gode eksempler og forslag for samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener at veilederens tema er relevant. Det er hensiktsmessig at veilederen avgrenser seg til opioider, benzodiazepiner og z-hypnotika, men vi mener at veilederen også bør omtale andre vanedannende medikamenter som gabapentin, pregabalin, cannabinoide og sentralstimulerende midler i et eget kapittel. Legeforeningen støtter at veilederen ikke trekker et prinsipielt skille mellom svake og sterke opioider, men mener at det bør presiseres at svake opioider også tilhører gruppen opioider. Vi savner et avsnitt om valg mellom hurtigvirkende og langtidsvirkende preparater og om kombinasjonen av disse.

Legeforeningen understreker at det må presiseres tydeligere at ikke-opioide medikamenter eller ikke-farmakologisk behandling må optimaliseres før det startes prøvebehandling med opioider. Legeforeningen mener at veilederen burde fraråde opioider ved dysfunksjonell smerteregulering eller ukjent årsak til smertene, og etterlyser råd om medisinskfaglige vurderinger ved ulike smertetilstander og råd om at årsak til smerter, angst eller søvnproblemer må kartlegges før man vurderer behandlingstilbud. Vi mener også at veilederen burde henvise til Nasjonal

overdosestrategi 2019-2022 hvor det blant annet står at Helsedirektoratet vil arbeide for at helsetjenesten bør opplyse brukere av opioider om økt fare for overdose ved samtidig bruk av opioider og andre rusmidler, særlig alkohol og benzodiazepiner. Det bør også advares tydeligere mot å blande opioider med gabapentin og pregabalin grunnet økt fare for overdose.

Legeforeningen mener at det er beklagelig at dokumentet ikke er ferdigstilt før høringsrunde og anbefaler at høringsutkastet sendes på ny høring når det er mer ferdigstilt. Det er til dels svake begrunnelser under flere kapitler og flere steder er språket så tungt at innholdet kan gå tapt for leseren. Det er flere skrivefeil og flere av lenkene virker ikke. Det er dessuten viktig at alle lenker oppdateres jevnlig. Begrepet "risiko for vanedanning" er nevnt flere ganger i veilederen og bør erstattes med "risiko for avhengighet". Flere steder er det setninger med selvfølgeligheter, for eksempel s. 14: "*Indikasjonen for vanedannende legemidler bør vurderes nøye hos eldre*" – Legeforeningen mener at indikasjon bør vurderes nøye hos alle. Tittelen i kapittel 5 mangler et "av" og bør endres til "*Avslutning og nedtrapping*". Legeforeningen mener også at kildehenvisningene flere steder virker tilfeldig, og vi har nederst i høringssvaret lagt ved flere forslag til kilder som det bør lenkes til gjennom veilederen.

Legeforeningen støtter at veilederen angir at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for pasienter som bruker høye doser opioider. Imidlertid må helsemyndighetene sørge for at det er kapasitet i spesialisthelsetjenesten til å overta pasientene. Ved nåværende tidspunkt er tilgangen til tverrfaglig smerteklinikk begrenset flere steder i landet. Legeforeningen ønsker også klargjøring av hvordan disse pasientene skal prioriteres i forhold til andre pasienter, om spesialisthelsetjenesten også skal overta forskrivningsansvaret og om hvordan det stiller seg med pasienter som allerede har et vedtak på bruk av over 100 mg OMEQ/døgn. Legeforeningen mener at grensen på 100 mg OMEQ/døgn er for rigid og at det viktigste er at fastlege har lav terskel for å diskutere med spesialisthelsetjenesten. Imidlertid kan 100 mg OMEQ/døgn fungere som et alarmnivå der fastlegen bør vurdere å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen etterlyser også tilsvarende veiledende terskelverdier for benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter og imøteser også veiledende ekvipotenstabell for slike medikamenter og revidert ekvipotenstabell for opioider.

### **Konkrete tilbakemeldinger til de enkelte kapitlene:**

Kapittel 1: Legeforeningen mener at det bør legges til følgende i listen over ikke-medikamentelle tiltak da tidlig avklaring og igangsetting av tiltak kan forhindre mer langvarige forløp og redusere bruk av vanedannende medikamenter:

*Dersom lokale tiltak ikke er tilstrekkelig kan henvisning til spesialisthelsetjenesten ved en fysikalskmedisinsk poliklinikk vurderes. Særlig ved lokaliserte smerter kan utredning og råd om smertemestring være positivt for prognose.*

Antidepressiva er nyttig ved ulike angsttilstander og kan være adjuvans i smertebehandling.

Kapittel 2 og 3: Legeforeningen støtter at det må informeres om nytte og risiko ved oppstart av behandling og at det skal utarbeides et informasjonsskriv til pasienten. Vi mener at informasjon om førerkortforskriften må inkluderes i informasjonsskrivet. Det burde i veilederen frarådes låsing av



resept da man ikke ser låste resepter i kjernejournal. Legeforeningen støtter anbefaling om behandlingsplan ved bruk utover to-fire uker, men mener at det er mer realistisk at avtalen skrives i journalnotatet med kopi til pasient, eventuelt at en behandlingsplan i skjemaform må være teknisk enkel å implementere i journalen. Epilepsi og smerter ved kreftsykdom mangler som indikasjon for vanedannende medisiner. Det bør også nevnes at de ulike z-hypnotika har ulik halveringstid, og at Stilnoct med kortest halveringstid skal være lettere å løse opp i vann og injisere. Vi mener også at teksten i kulepunkt 7 s. 4 bør endres fra å "*tilby og eventuelt avtale ny time*" til: "*Ved sannsynlighet for at symptomer vil vedvare bør det avtales kontroll hos fastlegen om en til to uker.*" I kapittel 2, s. 5 under overskriften "*Opioider ved akutte smerter*" bør det være en nærmere spesifisering som omtaler bruk av hurtigvirkende og langtidsvirkende opioider, gjerne som et eget punkt. I kapittel 2, s. 5 står det: "*Samtidig bruk av vanedannende legemidler øker risiko for utvikling av avhengighetssyndrom*". Legeforeningen anbefaler at det legges til "flere" før "vanedannende" for å gjøre setningen mer forståelig.

Kapittel 4: Legeforeningen mener at "iatrogen avhengighetssyndrom" bør defineres og årsakene til dette bør nyanseres da det er leger på flere nivåer i helsetjenesten som bidrar. Legeforeningen mener også at "iatrogen" bør skrives med norske ord, eksempelvis "legeutløst" eller "forårsaket av lege." Legeforeningen mener at videokonsultasjon kun unntaksvis bør benyttes ved forskrivning eller videreføring av forskrivning av vanedannende medisiner. Legeforeningen støtter at nedtrapping og eventuell avslutning ved uttalt iatrogen avhengighetssyndrom ofte bør foregå i institusjon, men det må fra myndighetene sørges for at dette er en tilgjengelig tjeneste i hele landet. Legeforeningen er usikker på hva som menes med siste setning i 3. avsnitt: "*Vurdering med hensyn til slike problemstillinger byr på vanskelige dilemmaer*" – vi kan ikke se at dette henger sammen med innholdet over, og vi etterlyser diskusjon og avveining av slike problemstillinger i en veileder. Vi forslår at det også lenkes til Norsk elektronisk legehåndbok i tillegg til ICD-10-definisjoner i kulepunkt 1, s. 10. Legeforeningen vil også påpeke at i dette kapittelet, s. 10 står det (Legeforeningens uthevinger): "*Ved tegn på iatrogen avhengighetssyndrom **bør** fastlege ha lav terskel for å rådføre seg med spesialisthelsetjenesten*" og videre er det beskrevet tegn på avhengighetssyndrom som "*høye økende doser.*" I kapittel 9.5 forslås det at spesialisthelsetjenesten **skal** ha ansvaret for behandling av pasienter som bruker høye doser, s. 24. Legeforeningen foreslår mer konsistente råd for samme problemstilling i samme veileder.

Kapittel 5: Legeforeningen mener at manglende effekt av behandling bør tas med som indikasjon for å vurdere avslutning/nedtrapping. Vi mener at det bør vurderes å ta med et eget avsnitt om evaluering av effekt av behandling i veilederen, samt at dette bør bedømmes i løpet av en forhåndsdefinert forsøksperiode og senest etter 12 uker behandling. Legeforeningen mener også at anbefalingen s. 12 bør endres fra **bør** til "... **må nedtrapping vurderes**". Legeforeningen støtter anbefaling om at fastlege søker hjelp hos spesialisthelsetjenesten, men det må være realistisk at hjelpen blir gitt og det er nødvendig med en tydelig rolleavklaring og ansvars plassering mellom smerteklinikk og rusbehandling. Verktøy som nedtrappings skjema er nødvendig. Legeforeningen mener man burde endre teksten i kulepunkt 6 s. 12 fra "*i tilfelle hvor avslutning ikke er mulig ...*" til "*hvor man ikke lykkes.*" Legeforeningen etterlyser også en lenke om tilbud som finnes i støttebehandling under kulepunkt 8 s. 13.



Kapittel 6: Legeforeningen støtter at de eldre vies et eget kapittel og anbefalingen om at vanedannende medisiner bør holdes utenom multidose. Det bør imidlertid presiseres at vanedannende medisiner ikke må oppføres både i multidose og med resept i faste medisiner, samt at det ofte er feil i multidoseforskrivning da denne funksjonen ikke er integrert i e-resept.

Legeforeningen etterlyser mer konkret og detaljert beskrivelse av endringer i farmakokinetikk og farmakodynamikk hos de eldre. Tiltak for å redusere overforbruk av vanedannende legemidler hos eldre er i liten grad omtalt og med økende alder har man tilstander som kan føre til uhensiktsmessig og skadelig bruk. Legeforeningen ønsker derfor at slike tiltak omtales i veilederen. Legeforeningen understreker nødvendigheten av at Pasientens legemiddelliste snarest utvikles og tas i bruk for forsvarlig forskrivning av slike medisiner. Vi lurer også på om det menes hurtigvirkende opioider i siste setning s. 14 hvor det står: "... *tabletter med opioider*...". Hvis det er tilfelle, bør setningen spesifisere dette.

Kapittel 7: Legeforeningen støtter anbefalingen om at det bør være lege i spesialisthelsetjenesten som iverksetter behandling med vanedannende legemidler til barn og ungdom. Legeforeningen mener at også behandlingen i utgangspunktet bør følges opp av spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 8: Det bør presiseres at annen behandling enn vanedannende medisiner alltid må forsøkes først der dette er mulig. Legeforeningen støtter at bruk av vanedannende medisin bør være kortvarig og mener at det for leger er nyttig å kunne vise til nasjonal veileder hvis pasienter ønsker videre forskrivning. Legeforeningen etterlyser kilder som dokumenterer at intermitterende bruk av benzodiazepiner og -lignende er realistisk og hensiktsmessig. Kapitlet burde nevne at benzodiazepiner kan være nødvendige ved abstinensreaksjoner ved alkoholavhengighet, ved blandingsabstinens og i behandling av intoksikasjon med amfetamin og andre stimulerende rusmidler.

Kapittel 9: Legeforeningen mener at det i kapittel 9.1 må legges til mobilisering og normalisering av fysisk funksjonsnivå som behandlingsmål, samt at det i kapittel 9.2 må legges til mobilisering og god søvn som behandlingsmål. Legeforeningen foreslår at det i kapittel 9.1 bør endres fra to uker til to-fire uker før behandlingen bør revurderes da to uker er kort tid ved enkelte smertetilstander. Vi foreslår at det i kapittel 9.1 under overskriften "*Hvis de sterke smertene vedvarer, skal lege foreta en grundigere vurdering om*" legges til et kulepunkt: "*Fysisk eller psykisk komorbiditet og/eller sosiale forhold som kan virke kompliserende på smertebildet*". Vi lurer også på hva som menes med "lignende" i setningen "... *smertene skyldes forsinket vevstilheling, smertefulle komplikasjoner eller lignende*" kapittel 9.1 s. 19.

Legeforeningen anbefaler at lege som har hatt ansvar for behandlingen bør ha et oppfølgingsansvar og at følgende setning i kapittel 9.2 s. 20 bør endres i henhold til dette:

*Helseforetakene bør ha eller utarbeide prosedyrer for oppfølging av pasienter med svært sterke smerter etter store operasjoner og alvorlige skader. Disse bør inneholde legemiddelvalg, doser, behandlingsvarighet og eventuell oppfølging hos fastlege.*

Det bør ved postoperative smerter i kapittel 9.2 være et krav om behandlingsplan i epikrisen og epikrisen må sendes samme dag som pasienten utskrives.



I kapittel 9.4 står det (Legeforeningens uthevinger):

*Hvis pasient angir sterke smerter til tross for at dosen er økt til 65 mg orale morfinekvivalenter (OMEQ) per døgn i løpet av tre måneder **bør** lege vurdere nedtrapping og avslutning av behandling. Hvis lege etter samråd med pasient likevel beslutter å trappe opioiddosen videre opp og pasienten angir sterke smerter ved 100 mg OMEQ per døgn **bør** lege søke hjelp fra en tverrfaglig smerteklinikk.*

Avsnittet over samsvarer ikke med kapittel 9.5 hvor det foreslås at (Legeforeningens uthevinger):

*"Spesialisthelsetjenesten **skal** ha ansvaret for behandling av pasienter som bruker over 100 mg morfinekvivalenter oralt per døgn for langvarige smerter som ikke skyldes kreftsykdom."*

Kapittel 10: Legeforeningen støtter anbefalingen i kapittel 10.1 og mener opplistingen under "Journaldokumentasjon besvarer samlet sett:" er nyttig. Det bør presiseres at det må være gode journalføringsrutiner hvor behandlingsavtalen kan gjenfinnes. Legeforeningen støtter anbefalingen i kapittel 10.3, men det bør presiseres at epikrise må sendes fra legevakten samme dag. Dette gjelder også anbefalingen i kapittel 10.2 hvor det også bør stå tydelig at pasienten skal informeres både muntlig og skriftlig om behandlingsplanen. Legeforeningen støtter at pasientens medansvar i kapittel 10.5 er gjort tydelig. Vi mener at opplysningsplikten i Helsepersonelloven § 8 om pliktmessig avhold bør spesifiseres under punktet om meldingsplikt til egen arbeidsgiver ved helsepersonells bruk av vanedannende legemidler.

Kapittel 11: Legeforeningen foreslår at kapittelet flyttes helt fremst i veilederen av pedagogiske årsaker. Begreper som "benzodiazepiner", "benzodiazepinlignende midler" og "z-hypnotika" må forklares her da de brukes om hverandre i veilederen. Vanedannende legemidler omfatter etter definisjon i dette kapittelet flere legemidler enn de som er omtalt i veilederen og dette bør forklares.

Kapittel 12: I 1. avsnitt s. 35 står det: "Imidlertid kan vanedannende legemidler brukt utenfor anbefalingene føre til skadelig bruk, avhengighetssyndrom eller til ulovlige formål som bruk i rusøyemed, da ofte i kombinasjon med andre rusmidler." Legeforeningen foreslår at det settes inn "reduert effekt" før "skadelig bruk" i denne setningen. Dette er et moment som pasientene bør informeres om ved oppstart av behandlingen.

**Legeforeningens forslag til kilder som det bør lenkes til i veilederen:**

- Nasjonal overdosestrategi 2019-2022  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320\\_nasjonal\\_overdosestrategi\\_2019-2022.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf)
- Norsk elektronisk legehåndbok <https://legehandboka.no/>
- Molde kommunes tabell for omregning av doser og utarbeidelse av nedtrappingsplan:  
<https://sites.google.com/view/kommuneoverlegen-i-molde/start/vanedannende-legemidler/hjelpeverkt%C3%B8y-og-annet-nyttig>
- Rus og psykiatri: <https://rop.no>
- Behandling av rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten – TSB:  
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

- Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS [www.sirus.no](http://www.sirus.no)
- Senter for rus- og avhengighetsforskning – SERAF [www.seraf.uio.no](http://www.seraf.uio.no)
- Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin – NFRAM [www.nfram.no](http://www.nfram.no)
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB [www.tsb.no](http://www.tsb.no)
- Interaksjoner [www.interaksjoner.no](http://www.interaksjoner.no)
- Nedtrapping: <https://trapped.no>
- SKIL: Senter for Kvalitet i Legekantor – kvalitetsverktøy <https://www.skilnet.no/>
- [https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/verktoy-for-fagutvikling/verktoy-for-utredning#utredningsmetoder\\_under "verktøy for screening for skadelig bruk, avhengighet osv".](https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/verktoy-for-fagutvikling/verktoy-for-utredning#utredningsmetoder_under_verktoy_for_screening_for_skadelig_bruk_avhengighet_osv)
- I kapittel 4, kulepunkt "Abstinensreaksjoner og benzodiazepinavhengighet" bør det lenkes til [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler).
- Lenke til Farmakologiportalens informasjon om rusmiddeltesting der rusmiddelanalyser nevnes i kapittel 8: <http://www.farmakologiportalen.no/content/10124/Rusmiddeltesting>)
- <https://www.legemiddelhandboka.no/T20/Smerter>
- KUPP: Kunnskapsbaserte oppdateringer, Regional legemiddelinformasjon (RELIS) 2019 – kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter. Riktigere bruk av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter <https://relis.no/content/5041/Ny-KUPP-kampanje-om-opioider>

Med hilsen

Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning  
Fagdirektør

Marta Bergseng  
spesialrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk