

Utredning av tiltak for å redusere overdosedødsfall som skyldes avhengighetsskapende legemidler

Først publisert: 31. mars 2025

Siste faglige endring: 31. mars 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Definisjoner og forkortelser	5
3. Innledning	6
4. Rammevilkår for medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler	9
5. Overdosedødsfall, rusmiddeldiagnoser, bruk av avhengighetsskapende legemidler og langvarige smerter	12
6. Aktørbildet	21
7. Problemforståelse og mål	31
8. Tiltak	33
9. Anbefalinger	35
10. Forutsetninger for å lykkes med gjennomføringen	38
11. Referanser	39
12. Vedlegg	46

Sammendrag

Det er om lag 300 overdosedødsfall årlig i Norge. Det har vært en økning i antallet og andelen av overdosedødsfall som har hovedårsak reseptpliktige opioider.

Det finnes en økende gruppe pasienter med problematisk bruk av opioider ved langvarige smertetilstander og som er utsatt for overdosedødsfall. I 2019 var det 15 000 personer med slik bruk. Hovedandelen av disse er kvinner rundt 50 år. Risikoen øker ved problematisk kombinasjonsbruk med benzodiazepiner og/eller benzodiazepinlignende legemidler, samtidig rusdiagnoser og/eller psykisk lidelse. En betydelig andel av disse er i kontakt med helsetjenesten og apotek i forkant av overdosedødsfallet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å iverksette de tiltakene de mener er mest hensiktsmessige for å redusere antall overdoser. Det skal legges særlig vekt på tiltak der avhengighetsskapende legemidler er hovedårsak til overdose.

Denne utredningen er avgrenset til å utrede tiltak som helsesektoren kan bidra med for å redusere antallet pasienter med problematisk opioidbruk ved langvarige smerter og som er utsatt for overdosedødsfall.

I utredningens [kapittel 7](#) anbefales følgende tiltak med tilhørende begrunnelse:

Behandlingstilbud

- Kartleggings- og mestringstilbud for pasienter som er utredet for langvarige smerter hos fastleger
- Tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut eller manuellterapeut i kommunen

Samhandling

- Veiledningstjeneste i spesialisthelsetjenesten for fastleger som har pasienter iatrogen avhengighet ved langvarige smerter
- Kapasitet i behandling av iatrogen avhengighetssyndrom ved langvarige smerter
- Dialogmelding mellom apotek og fastlege

Kompetanse og kvalitet

- Kommunale kvalitetsprosjekter om bruk av opioider i behandling av langvarige smerter
- Kvalitetspakke for leger om ordinerings og rekvirering av opioider
- KUPP-kampanje om bruk av opioider ved langvarige smerter
- Elektronisk systemstøtte for ordinerings og rekvirering av opioider i e-reseptkjeden
- Lokale implementeringsstrategier for nasjonal veileder for vanedannende legemidler
- Verktøy for risikostratifisering for forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og overdosefare
- Veiledning fra KORUS til kommune om forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og overdoser
- Felles prosedyre for helseforetak om ordinerings og rekvirering av opioider postoperativt
- Befolknings- og pasientrettede tiltak for å øke helsekompetanse herunder også barn og unge
- Systematisk pasientopplæring om bruk og oppbevaring av opioider

Regelverk

- Reviderte rekvireringsregler for bruk av opioider ved langvarige smerter
- Individuell stønadsordning i tråd med rekvireringsregler

Det er vurdert at tilgjengelighet av andre behandlingsmetoder enn legemidler, kapasitet i spesialisthelsetjenesten og kompetanse og kvalitet i rekvireringspraksis er de mest sentrale tiltaksområdene. En slik bred tilnærming av tiltak mot ulike målgrupper er vurdert som nødvendig på dette området for å gi oppmerksomhet og bevisstgjøring om temaet og ønsket endring i behandlingspraksis. Det vil kreve sammensatt og koordinert innsats over tid på de ulike tiltaksområdene.

I vurderingen om å redusere overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige opioider er følgende forhold vektlagt:

- Problemstillingens kompleksitet
- Tiltak som antas å ha størst nytte blant mulige tiltak på måloppnåelse på kort sikt
- Tiltak som reduserer problematisk bruk av opioider og kombinasjonsbruk med andre avhengighetsskapende legemidler
- Samlede tiltak retter seg mot ulike målgrupper og har nytte på alle mål
- Vitenskapelig dokumentasjon der det foreligger
- Tiltak som har nytte og er under innføring er ikke prioritert i denne planen

Dette utelukker ikke at tiltak som først har nytte på lengere sikt bør vurderes, for eksempel forskning, kliniske studier, mindre pakningsstørrelser og læringsmål til helsepersonell og så videre.

Utredningens øvrige innhold er:

- [Kapittel 1](#) bakgrunn for arbeidet, Helsedirektoratets forståelse og løsning, organisering og utredningens innhold
- [Kapittel 2](#) juridiske og økonomiske rammevilkår for medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler på resept
- [Kapittel 3](#) overdosedødsfall, rusmiddeldiagnoser, bruk av avhengighetsskapende legemidler og langvarige smerter
- [Kapittel 4](#) aktørbildet
- [Kapittel 5](#) problemforståelse og mål
- [Kapittel 6](#) mulige tiltak
- [Kapittel 8](#) forutsetninger for lykket gjennomføringen

Definisjoner og forkortelser

Anbrudd er når legemiddelbeholderen punkteres, forseglingen brytes eller lukkeanordningen åpnes for å utlevere delmengde nøyaktig etter resept.

ATC er Anatomisk terapeutisk kjemisk klassifikasjon av legemidler og deres bruk.

Avhengighet brukes for de pasienter som er i ferd å utvikle, men ikke fyller diagnosekriteriene for ICD FX.2 for avhengighetssyndrom.

Avhengighetsskapende legemidler er legemidler med rus- og avhengighetspotensiale. Dette gjelder barbiturater og barbituratlignende legemidler, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler, cannabinoider, gammahydroksybutyrat, klometiazol, opioider, pregabalin og sentralstimulerende legemidler.

Benzodiazepiner er i henhold til ATC/DDD-systemet legemidler i ATC-gruppe N05BA, N05CD og N03AE01, eksempler er diazepam, nitrazepam og klonazepam.

Benzodiazepinlignende er i henhold til ATC/DDD-systemet legemidler ATC-gruppe N05CF, eksempler er zopiklon og zolpidem.

Definert døgndose (DDD) er en internasjonal, standardisert måleenhet for legemiddelforbruk og fastsettes av Verdens helseorganisasjon (WHO).

Iatrogen betyr "som skyldes legen" (Store medisinske leksikon, 2020).

KUPP er kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter; Engelsk: Academic detailing.

LAR er legemiddelassistert rehabilitering.

OMEQ er orale morfinekvivalenter og omregningsfaktor for ekvipotens av opioider.

Opioider er stoffer som binder seg til kroppens opioidreseptorer. Begrepet omfatter kroppens endorfiner, naturlig forekommende opiater og syntetiske opioider.

Problematisk bruk er utlevering av mer enn 720 DDD eller 18000 mg OMEQ i minst tre av fire kvartaler per kalenderår.

Problematisk kombinasjonsbruk er problematisk bruk og utlevering av mer enn 100 DDD benzodiazepiner og/eller benzodiazepinlignende legemidler per kalenderår.

TSB er tverrspesialisert rusbehandling.

Vedvarende bruk er utlevering av mer enn 180 DDD eller 7500 mg OMEQ hentet ut i løpet av et kalenderår.

Innledning

Bakgrunn for arbeidet

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å iverksette de tiltakene de mener er mest hensiktsmessige for å redusere antall overdoser. Det skal legges særlig vekt på tiltak der avhengighetsskapende legemidler er hovedårsak til overdose (Regjeringen, 2023a).

Helsedirektoratets forståelse og løsning av oppdraget

Helsedirektoratets forståelse av oppdraget er at arbeidet med å redusere antall overdosedødsfall uavhengig av middel skal videreføres.

Frem til nå har det nasjonale arbeidet rettet søkelys på personer med injeksjonsbruk av illegale rusmidler. Funn fra Folkehelseinstituttet viser imidlertid at overdosedødsfallene som skyldes reseptpliktige avhengighetsskapende legemidler rekvirert på resept og/eller skaffet illegalt er økende, og at det er nye utsatte grupper (Folkehelseinstituttet, 2023c). En ny utsatt gruppe er personer med vedvarende bruk av reseptpliktige opioider for langvarige smertetilstander som ikke skyldes aktiv eller progredierende kreftsykdom. En andel av disse personene har samtidig bruk med benzodiazepiner og/eller benzodiazepinlignende legemidler, psykisk lidelse, alkohollidelse og/eller annen rusmiddeldiagnose (Hamina et al., 2023). Dette er faktorer som øker risiko for iatrogen avhengighet, overdoser og overdosedødsfall.

Helsemyndighetene har over tid iverksatt ulike tiltak for å kontrollere bruk av avhengighetsskapende legemidler uten at forbruket for alle slike legemiddelgrupper er redusert. Helsedirektoratet vurderer at det er behov for å utrede tiltak som kan bidra til reduksjon av overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige opioider og kombinasjonsbruk med andre avhengighetsskapende legemidler. Dette vil innebære at helsesektoren bidrar til forsvarlig smertebehandling herunder bruk av andre behandlingsmetoder enn legemidler, tryggere og mer effektiv bruk av avhengighetsskapende legemidler samt forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og skadelig bruk. Tiltaksutvikling mot illegale rusmidler, skadereduserende tiltak ved overdoser som tilgjengelighet av nalokson og overgang fra fengselshelsetjenesten skjer i annet utviklingsarbeid og krever tverrsektorielt samarbeid med blant annet justissektoren (Regjeringen, 2022).

Organiseringen av utredningsarbeidet

Helsedirektoratet etablerte våren 2023 et prosjekt som leverer utredning med anbefalinger til tiltak.

Helsedirektoratet har invitert en rekke organisasjoner til deltakelse i prosjektet i en prosjektgruppe og en styringsgruppe. Prosjektgruppen og styringsgruppen har avholdt henholdsvis åtte og tre møter.

I tillegg har Helsedirektoratet avholdt følgende møter for innspill og orientering:

- Rådslag med interessenter d. 6. juni 2023, se vedlegg 1 for deltakelse
- Møte med Helsedirektoratets brukerutvalg for rus- og psykisk helse d. 23. august 2023
- Helsedirektoratets brukerråd d. 27. september 2023
- Nasjonal konferanse "Den skjulte folkesykdommen legemiddelavhengighet" d. 17. oktober 2023
- Møte med Rusfeltets hovedorganisasjon d. 22. november 2023

1.3.1 Styringsgruppen

- Jakob Linhave, Helsedirektoratet (prosjekteier)
- Dag Jordbru, Statens legemiddelverk
- Geir Tollåli, Helse Nord RHF
- Ine N. Wille, Helse Vest RHF
- Inger Marie Hageberg, Legeforeningen
- Ingvild Klevan, Helse Midt-Norge RHF
- Jon Qvistrup, KS
- Karianne Johansen, Helse Sør-Øst RHF
- Liv Heidi B. Remo, Helsedirektoratet
- Morten Græsli, Helsedirektoratet
- Steinar Mathisen, Helsedirektoratet
- Torunn Janbu, Helsedirektoratet

1.3.2 Prosjektgruppen

- Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet (prosjektleder)
- Anne M. H. Nordberg, LMI
- Aslak Johnsen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Cato Innerdal, Helsedirektoratet
- Fredrik Winsnes, St. Olavs hospital HF
- Frode Edvardsen, Norsk forening for allmennmedisin
- Hanne Andresen, Apotekforeningen
- Håvar S. Hegseth, Helse Midt-Norge RHF
- Ingvild Odsbu, Folkehelseinstituttet
- Jarle Kjørnigsen, Vestre Viken HF
- Jens Schau Bråthen, Vestre Viken HF
- Karl Olaf Sundfør, Mental helse
- Marion Jakobsen, Foreningen for kroniske smertepasienter
- Mette K. Hjermann, Statsforvalter i Viken
- Mona Alvestad, Senter for kvalitet i legetjenester
- Morten Møller Olsø, KORUS
- Petter Borchgrevink, St. Olavs hospital HF
- Sigurd Hortemo, Statens legemiddelverk
- Svetlana Skurtveit, Folkehelseinstituttet
- Thomas Clausen, Universitetet i Oslo, SERAF
- Tore Reinholdt, Apotekforeningen
- Torgeir G. Lid, Norsk forening for allmennmedisin
- Trygve Skonnord, Norsk forening for allmennmedisin
- Unn Merethe Ø. Kalland, Helse Bergen HF

Det er gjort en habilitetsvurdering av deltakerne.

Prosjektteam

- Ajsela Imamovic, avdeling helserefusjoner
- Eline K. Sundnes, avdeling kommunikasjon
- Espen Freng, avdeling psykisk helse og rus
- Knut Berglund, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Knut Erlend Bergan, avdeling helserett og bioteknologi
- Sigrid Skattebo, avdeling psykisk helse og rus

Utredningens innhold

Det gis videre i utredningen beskrivelser om rammevilkår for medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler i [kapittel 2](#), overdosedødsfall, rusmiddeldiagnoser, bruk av avhengighetsskapende legemidler og langvarige smerter i [kapittel 3](#), aktørbildet i [kapittel 4](#), problemforståelse og mål i [kapittel 5](#), tiltak i [kapittel 6](#), anbefalinger i [kapittel 7](#), og forutsetninger for å lykkes i [kapittel 8](#).

Rammevilkår for medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler

I kapitlet gis beskrivelser om rekvireringsrett i [kapittel 2.1](#), særskilte regler for rekvirering av opioider i [kapittel 2.2](#), krav som kommer frem av Nasjonal veileder for vanedannende legemidler i [kapittel 2.3](#), systemkrav for kommunen og spesialisthelsetjenesten i [kapittel 2.4](#), krav som stilles ved utlevering fra apotek i [kapittel 2.5](#) og finansiering av vedvarende opioidbruk i [kapittel 2.6](#).

Rekvireringsrett

Leger kan rekvirere reseptpliktige legemidler (*Lov om helsepersonell m.v.*, 1999) [1]. Med hjemmel i § 11 andre ledd er det gitt forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. som nærmere regulerer adgangen til å rekvirere legemidler for leger (*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.*, 2022) [2]. Utgangspunktet etter bestemmelsen er at leger med norsk autorisasjon har rett til å rekvirere legemidler til human bruk.

Fastlegen som skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen sin utenfor institusjon (*Forskrift om fastlegeordning i kommunene*, 2013) [3]. Som utgangspunkt er det derfor fastlegen som har hovedansvaret for å rekvirere avhengighetsskapende legemidler utenfor institusjon (Helsedirektoratet, 2021b).

Lege kan kun rekvirere terapeutisk dose av legemidler i reseptgruppe A og B i tre måneder. Videre kan resept kun reiteres i reseptformidleren for legemidler på blå eller h-resept. Dersom det rekvireres legemidler i reseptgruppe A og B utenfor reseptformidleren, kan bare minste standardpakning eller en mengde tilsvarende vanlig terapeutisk dose i tre døgn rekvireres (*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.*, 2022) [4].

[1] Lov om helsepersonell m.m. § 11

[2] Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. § 3-1

[3] Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 25

[4] Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. § 5-8

Særskilte regler for rekvirering av opioider

Etter rekvireringsforskriften § 3-8 femte ledd (*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.*, 2022) kan Helsedirektoratet fastsette særskilte bestemmelser, herunder om rekvirering av forbudt narkotikum til medisinsk bruk og substitusjonslegemidler. Dette gjelder blant annet enkelte opioider som heroin [5].

Det følger videre av forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk (*Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk*, 2022) [5] bruk at legemidler med innhold av metadon bare kan rekvireres når

behandling er påbegynt i spesialisthelsetjenesten som ledd i smertebehandling, eller når vilkårene for behandling i LAR er oppfylt, eller når legemiddelbehandlingen skjer som ledd i kortvarig og klart definert tverrfaglig nedtrappings-plan utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

[5] Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk § 4-1.

Krav som kommer frem av Nasjonal veileder for vanedannende legemidler

Helsedirektoratet har gitt ut en nasjonal veileder for bruk av vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2021b). Den gir en rekke anbefalinger for ordinerings og rekvireringen av avhengighetsskapende legemidler begrunnet i kravet til faglig forsvarlig virksomhet. Av veilederen fremgår det at:

Legen skal:

1. Vurdere indikasjon og eventuell viderebehandling
2. Vurdere om andre behandlingsmetoder enn bruk av avhengighetsskapende legemidler er nødvendige som del av helhetlig behandling
3. Informere pasient og eventuelt pårørende om forventet nytte/risiko, inkludert risiko for bivirkninger, tilvenning og iatrogen avhengighetssyndrom
4. Opplyse om helsekrav til førerkort
5. Ved fortsatt indikasjon informere om redusert effekt, avhengighetssyndrom og utforske pasients oppfatninger og forståelse om tilstand
6. Ved videreføring vurdere eventuell avslutning eller intermitterende bruk som alternativ for å unngå tilvenning
7. Dokumentere årsak til ordinerings, planlagt varighet og behov for videre oppfølging

Videre sier veilederen at kravet til forsvarlig ordinerings og rekvirering av avhengighets-skapende legemidler krever at legen er særskilt aktsom dersom:

- Pasient nekter innsyn i reseptformidler eller kjernejournal
- Pasient ikke ønsker at helsepersonell utveksler informasjon
- Pasient ikke vil møte personlig til konsultasjon
- Pasient vil at annen lege enn fastlegen rekvirerer avhengighetsskapende legemidler
- Pasient gir avhengighetsskapende legemidler videre til tredje person
- Pasient ønsker låst e-resept på avhengighetsskapende legemidler

Avslutning av vedvarende bruk av avhengighetsskapende legemidler skal vurderes i de fleste tilfeller. Unntak kan være bruk av avhengighetsskapende legemidler på langvarig indikasjon, eksempelvis legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet (LAR) eller behandling av hyperkinetiske forstyrrelser med sentralstimulerende legemidler. For pasienter med vedvarende bruk av opioider, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler skal lege vurdere nedtrapping med mål om avslutning.

Det er gitt særskilte doseringsanbefalinger for opioider om at allmennleger kan rekvirere på resept inntil 100 mg OMEQ/døgn, mens legespesialister ved helseforetak kan rekvirere inntil 300 mg OMEQ/døgn (Helsedirektoratet, 2021b).

Systemkrav for kommunen og spesialisthelsetjenesten

Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal etter [forskrift om legemiddelhåndtering \(lovdata.no\)](#) (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008) [6] ha rutiner for ordinerer, rekvirering og håndtering av legemidler på resept, formidling av informasjon, og samarbeid i og mellom helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rutinene skal være kjent for alle som har arbeid som berører ordinerer, rekvirering og håndtering av legemidler i kommunen.

[6] Legemiddelhåndteringsforskriften § 4

Krav som stilles ved utlevering fra apotek

Apotek skal bidra til at den som mottar legemidler har tilstrekkelige opplysninger for at vedkommende kan bruke legemiddelet riktig (*Lov om apotek*, 2000) [7]. Apoteket skal utvise særskilt aktsomhet ved utlevering av legemidler i reseptgruppe A og B og for andre legemidler som kan misbrukes (*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.*, 2022) [8]. Apoteket skal kreve legitimasjon ved utlevering av slike legemidler når pasienten ikke er kjent for apoteket. Dersom apoteket vurderer det som sannsynlig at legemidlet vil bli misbrukt, skal de konferere med rekvirenten før legemiddelet utleveres.

[7] Apotekloven § 6-6 fjerde ledd

[8] Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m § 10-3

Finansiering av vedvarende opioidbruk

Det ytes stønad gjennom blåreseptordningen til blant annet opioider ved langvarige, sterke smerter, palliativ behandling i livets slutfase, og til sentralstimulerende midler ved ADHD med videre (Helsedirektoratet, 2022b). Vilkår er at avhengighet vurderes underordnet det medisinske behovet for behandling.

I 2016 ble vilkårene for stønad ved smertetilstander justert i tråd med anbefalinger i Nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler. Vilkårene åpnet for at også fastleger skal kunne rekvirere opioider, mens det tidligere var krav om at behandlingen skulle være igangsatt av spesialist (Helsedirektoratet, 2022c).

Ved palliativ behandling i livets slutfase ytes full stønad uten egenandel, og det er ingen begrensninger i hvilke leger som kan rekvirere eller hvor høye doser som dekkes (Helsedirektoratet, 2019b).

Det finnes ingen godkjente cannabinoider for bruk ved langvarige smertetilstander. Det foreligger per nå ikke tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon om effekt på slik bruk og det gis derfor ikke individuell stønad etter blåreseptforskriften (Stortinget, 2020). Utprøvende behandling som tilbys i spesialisthelsetjenesten skal finansieres av helseforetaket (Helsedirektoratet, 2019a).

Overdosedødsfall, rusmiddeldiagnoser, bruk av avhengighetsskapende legemidler og langvarige smerter

Dette kapitlet gir beskrivelser av omfanget av langvarige smerter.

Kapitlet inneholder beskrivelser om overdosedødsfall i [kapittel 3.1](#), rusmiddeldiagnoser i [kapittel 3.2](#), medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler i [kapittel 3.3](#) og langvarige smerter i [kapittel 3.4](#).

Overdosedødsfall

3.1.1 Definisjoner av narkotikautløst overdosedødsfall

Den internasjonale definisjonen av overdosedødsfall fra Det europeiske narkotikaover-våkningsorganet EMCDDA, er «et dødsfall som skjer umiddelbart eller kort tid etter at en person har inntatt ett eller flere rusmidler og/eller legemidler og når dødsfallet har direkte sammenheng med dette inntaket». Av og til brukes begrepene «narkotikadødsfall» eller «narkotikautløst dødsfall» med samme betydning. EMCDDA har for statistiske formål utarbeidet en koding av overdosedødsfall basert på diagnoser i det internasjonale diagnosesystemet ICD (Helsedirektoratet, 2020). Underliggende dødsårsak kan være forgiftninger ved ulykke, selvdrap eller usikker døds måte, eller avhengighet til narkotika.

I Norge er det personell ved Dødsårsaksregisteret (DÅR) (Folkehelseinstituttet, u.å.-a) som koder dødsårsaken, det vil si bestemmer om dødsfallet er narkotikautløst etter EMCDDA-definisjonen. Her kan det være store mørketall. Det er legene som fører opp dødsårsak på dødsattesten, og de færreste (om noen) blir medisinsk obdusert eller tatt prøver av. De får dødsårsak hjerteinfarkt, hjertesvikt og så videre. Påviste stoffer ved toksikologisk analyse blir bare registrert i DÅR hvis de anses som årsak til dødsfallet.

Videre finnes det følgende prioritering* i koding av årsak til overdosedødsfall når flere stoffer er påvist (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, u.å.):

- i. 1 Opiater (heroin, morfin, kodein) (ICD-10 kode: T40.0-T40.2)
- ii. 2 Kokain (T40.5)
- iii. 3 Psykostimulantia med misbrukspotensiale (amfetaminer, ecstasy/MDMA) (T43.6)
- iv. 4 Syntetiske opioider, samt andre og narkotiske uspesifiserte narkotiske stoffer (metadon, buprenorfin, oksykodon) (T40.3, T40.4, T40.6)
- v. 5 Legemidler ikke definert som narkotika (T4n.X med ATC-kode)

**Dette betyr at om man gjør funn av for eksempel opiat, kokain og legemidler ikke definert som narkotika i en blodprøve ved overdosedødsfall er det kun punkt 1. opiat som kodes som årsak til overdosedødsfallet.*

Stoffer som ikke kodes som overdosedødsfall er antipsykotika, antiepileptika, anksiolytika og sedativa, antidepressiva og anestetika.

3.1.2 Overdosedødsfall

Ifølge dødsårsaksregisteret har antallet narkotikautløste dødsfall også kalt overdosedødsfall i en årrekke ligget mellom 250 til 300 i året. I 2022 ble det registrert 321 overdosedødsfall. Det var 74 flere overdosedødsfall enn i 2021, men 10 færre overdosedødsfall enn i toppåret 2020 (Folkehelseinstituttet, 2023c). Forekomst av alkohol ved heroinoverdose er vanlig, og man finner gjerne at alkohol har vært brukt i et sted mellom 30 og 70 prosent av overdosedødsfall. Studier fra Norge viser at alkohol forekom i 33 prosent av fatale overdoser og i 20 prosent av ikke-fatale overdoser blant heroinbrukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dødsårsak fordeles med 79 prosent ulykker, 14 prosent (antatt) selvdrap og 7 prosent avhengighet. Det har vært en økning i funn av reseptpliktige legemidler i blodprøver hos personer som er død etter overdose. I 79 prosent av tilfellene er det funnet opiat eller opioider (metadon og heroin inkludert) (Folkehelseinstituttet, u.å.-c). Reseptpliktige opioider utgjør 58 prosent av tilfellene (inkludert metadon som utgjør 18 prosent) (Folkehelseinstituttet, 2023c). Det var i 2022 361 dødsfall som hadde registrert årsak forgiftninger med andre legemidler eller stoffer. Det var også 83 selvmord som følge av forgiftning som ikke inngår i statistikk over narkotikautløste dødsfall (Folkehelseinstituttet, u.å.-a).

Leger har plikt til melding og skal underrette politiet om dødsfall ved grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig (*Lov om helsepersonell m.v.*, 1999) [9]. Politiet skal påse at sakkyndig likundersøkelse foretas ved mistanke om drap og ukjent identitet (Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten (Påtaleinstruksen), 2022) [10]. Videre bør politiet sørge for at sakkyndig likundersøkelse foretas når dødsårsaken er uvisst ved selvmord, ulykker, mulig feil eller uhell ved medisinsk behandling og plutselig uventet død (Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten (Påtaleinstruksen), 2022) [11]. Dødsfall anses unaturlig dersom det kan skyldes blant annet drap eller annen legemskrenkelse, selvmord eller selvvoldt skade, ulykke, misbruk av narkotika og ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet (*Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.*, 2001) [12]. I følge Avd for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus HF obduseres 90 prosent av alle overdosedødsfallene. Videre viser tall fra avdelingen at dødsårsak konkludert etter rettsmedisinsk obduksjon i 2017 til 2020 var om lag 1 av 4 selvdrap og 1 av 4 ulykke. Imidlertid er det usikkerhet beheftet ved konklusjonen, og den er mest uttalt ved ulykke som dødsårsak. Videre er det kodet for antatt overforbruk av narkotika i 28 prosent av ulykkene (Pedersen, 2023). Imidlertid kan det være en risiko for feil i dødsårsaksstatistikken, blant annet som følge av at unaturlige dødsfall ikke blir godt nok undersøkt (Ellingsen, 2023).

3.1.3 Overdosedødsfall og legemiddelbruk

Risiko for overdoser øker allerede når pasienter bruker doser fra 20 til 50 mg OMEQ/døgn og dødelig utfall er mer sannsynlig med doser fra 50 mg OMEQ/døgn (OECD, 2019). Dette vil være individuelt basert på tilvenning og toleranseutvikling (Helsedirektoratet, 2021b). Videre vil problematisk kombinasjonsbruk, herunder samtidig bruk med alkohol øke risikoen for overdoser og overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2021b).

Allmennleger og sykehusspesialister kan rekvirere inntil henholdsvis 100 og 300 mg OMEQ/dag på resept (Helsedirektoratet, 2021b). Tabell 1 viser mg OMEQ per dag omregnet til mg kodein, mg tramadol og mg oksykodon med tilsvarende daglig tablettinntak for økt risiko for overdoser og overdosedødsfall for opioid-naive personer og rekvireringsgrenser for allmennleger og sykehusspesialister på resept. Pasient kan få utlevert for tre måneders forbruk per utlevering.

Tabell 1. Omregning av mg OMEQ/dag til mg kodein og antall tabletter per dag

mg OMEQ per dag	mg kodein per dag / antall 30 mg tabletter per dag	mg tramadol per dag / antall 50 mg kapsler per dag	mg o antall
20 (Økt risiko for overdoser)	200 / Ca. 7	133 / Ca. 3	20 /
50 (Økt risiko for overdosedødsfall)	500 / Ca. 17	333 / Ca. 7	50 /
100 (Allmennleges grense)	1000 / Ca. 33	667 / Ca. 13	100 /
300 (Sykehusleges grense)	3000 / Ca. 100	2000 / 40	300 /

Kilde: Analyse basert på Helsedirektoratet (2021b).

Det foreligger imidlertid begrenset kunnskap om sammenhengen mellom medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler og omfang av overdosedødsfall. Det foreligger ikke kunnskap om overdosedødsfallene med funn av reseptpliktige opioider skyldes inntak av utleverte opioider på resept, om det ble brukt illegale opioider i tillegg til / istedenfor opioider utlevert på resept, eller om en eventuell kombinasjon med andre legemidler var inntatt etter avtale med lege.

POINT-prosjektet (Universitetet i Oslo, 2021) har en registerkobling med data fra sentrale helseregistre og populasjonsregistre for perioden 2010 til 2019. Denne registerkoblingen benyttes til deskriptive og analytiske legemiddelepidemiologiske studier for å beskrive bruk av opioider ved langvarige smerter, inklusive risikofaktorer for og konsekvenser av vedvarende opioidbruk.

Forskning fra 1999 beskriver at det er sammenheng mellom utilsiktet bruk og illegal omsetning (Rogalandforskning, 1999). Erfaringen fra prosjektgruppens medlemmer er at dette forekommer i varierende grad. Tolletaten (Tolletaten, 2023) gjør også årlig flere beslag av avhengighetsskapende legemidler, slik at det finnes andre kanaler inn i det illegale markedet for avhengighetsskapende legemidler enn lekkasje fra helsetjenesten. Tolletatens beslag varierer fra år til år.

En studie fra Folkehelseinstituttet viser at det ble gjort funn av reseptpliktige opioider (rekvirert av lege og/eller skaffet illegalt) i 46 prosent av alle overdosedødsfall i Norge i perioden 2010 til 2019 (Skurtveit et al., 2022).

- I denne gruppen var det flere eldre, flere kvinner, flere med langvarige smerter og flere med tidligere kreftdiagnoser enn i gruppen hvor det ble gjort funn av andre stoffer som for eksempel metadon og heroin. De hentet ut opioider oftere på resept den siste måneden før døden og brukte tre ganger så høye doser av opioider utlevert på resept.
- I denne gruppen var oksykodon og fentanyl oftere utlevert på resept, mens kodein var vanligere i den andre gruppen.
- Gjennomsnittlig antall mg OMEQ per dag siste året før døden var også høyere i denne gruppen, 66 mg OMEQ sammenlignet med 26 mg OMEQ.
- Videre var det en lavere andel i denne overdosegruppen som hadde diagnostiserte rusmiddellidelser, schizofreni og hyperkinetiske forstyrrelser sammenlignet med den andre overdosegruppen. Merk at andelene ikke var svært mye lavere. Det var også LAR-pasienter representert blant de som døde av reseptpliktige opioider. Dette tyder på at det er en sammensatt gruppe som dør av overdoser av reseptpliktige opioider.

Blant de om lag 570 000 personer med utleveringer av smertestillende på refusjonskode -71 i 2010 til 2019 er det registrert 628 overdosedødsfall (0,11 prosent). Av disse igjen er 67 prosent utilsiktet/uhell, 24 prosent selvmord og øvrig er uavklart. Denne gruppen har lavere sosioøkonomisk status, høyere forekomst av psykiske lidelser, tidligere forgiftninger med legemidler, alkohollidelse og rusmiddeldiagnose enn personene i kontrollgruppen med utlevering av smertestillende på refusjonskode -71, men som ikke

dør av overdose. Andre forskjeller er at det er en større andel i denne gruppen som i løpet av de siste 90 dagene har fått utlevert opioider og, benzodiazepiner, samt ulike kombinasjoner av opioider, benzodiazepiner og gabapentinoider (Hamina et al., 2023).

Rusmiddeldiagnose var den enkeltfaktoren som var sterkest assosiert med utilsiktet overdose blant personer med utleveringer av smertestillende (ikke-opioider og opioider) på refusjonskode -71.

Internasjonalt

Overdosedødsfall som følge av reseptpliktige opioider en svært sjelden hendelse også internasjonalt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2021).

"Opioidkrisen" (Humphreys K et al, 2022) i USA startet med ukritisk "overbehandling" og varte lenge (10+ år) før tiltak ble iverksatt. Det er ulike nasjonale systemer for rapportering og registrering av overdosedødsfall som gjør det vanskelig å sammenligne slike tall på tvers av land.

Fugelstad (2022) peker på relasjonen mellom økt bruk av oksykodon i smertebehandling og forekomst av ikke-dødelige og dødelige overdoser på befolkningsnivå. Den største økningen i oksykodon har skjedd i Sverige, hvor den årlige prevalensen i tidsrommet 2006 til 2018 har økt fra 0,3 prosent til 3,2 prosent Samtidig med oksykodonrelaterte overdosedødsfall fra 0,10 til 1,12 per 100 000 innbyggere (Fugelstad, Ågren, Ramstedt, Thiblin, & Hjelmström, 2022). Fordelingen av overdosedødsfall mellom heroin og reseptpliktige opioider er i dag i Norge tilsvarende som det var i USA i 1999 (Clausen, 2023). I USA har overdosedødsfall relatert til reseptpliktige opioider økt sakte frem de siste tjue årene frem til 2016 (Pedersen, 2023).

[9] Påtaleinstruksen §36

[10] Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. § 13-1

[11] Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. § 13-2

[12] Påtaleinstruksen § 2

Rusmiddeldiagnoser

Spesialisthelsetjenesten og kommunene bruker henholdsvis ICD-10 og ICPC-2 som diagnosekodeverk.

I 2019 fikk 18 547 pasienter opioider utlevert på blå resept for behandling av langvarige smerter (refusjonskode -71). Blant disse var det 932 pasienter (5 prosent) som hadde minst én rusmiddeldiagnose registrert i primær- eller spesialisthelsetjenesten samme år (ICD-10 F10-F19 eller ICPC-2 P15-P19) (Folkehelseinstituttet, 2023d). Dette antallet inkluderer også iatrogen avhengighetssyndrom. Det er antakelig usikkerheter i tallgrunnlaget.

3.2.1 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten bruker ICD-10 (E-helse, 2023a) for registrering av personer som mottok behandling av for akutte forgiftninger (F10.0-F19.0), skadelig bruk (F10.1-F19.1) og avhengighetssyndrom (F10.2-F19.2). Denne statistikken finnes i Norsk pasientregister (NPR).

Tabell 2 nedenfor viser antall personer som er registrert med ICD-10-kode F11.0 Behandling for akutt intoksikasjon/overdose for opiat, F11.1 Skadelig bruk for opiat og F11.2 Avhengighetssyndrom for opiat 2018 til 2022 i Nasjonalt pasientregister (NPR).

Tabell 2. Utvikling over ICD-10-koder F11.0, F11.1 og F11.2 fra 2018 til 2022

År	F11.0 intoksikasjoner/overdoser for opiat	F11.1 Skadelig bruk for opiat	F11.2 Avhengighetssyndrom for opiat
2018	537	213	1502
2019	565	232	1493
2020	610	221	1619
2021	515	202	1425
2022	839	245	1627

Kilde: (Helsedirektoratet, 2023d)

Kommentar: En person kan få flere diagnoser i løpet av året som F11.0 og F11.1

Tabell 3 nedenfor viser antall personer registrert med ICD-10-kode F12.0 Behandling for akutt intoksikasjon/overdose for sedativa og hypnotika, F12.1 Skadelig bruk for sedativa og hypnotika og F12.2 Avhengighetssyndrom for sedativa og hypnotika 2018 til 2022 i NPR.

Tabell 3: Utvikling over ICD-koder F12.0, F12.1 og F12.2 fra 2018 til 2022

År	F12.0 Intoksikasjoner/overdoser for sedativa og hypnotika	F12.1 Skadelig bruk for sedativa og hypnotika	F12.2 Avhengighetssyndrom for sedativa og hypnotika
2018	1123	206	302
2019	1105	195	322
2020	1263	159	338
2021	1076	160	321
2022	1362	237	350

Kilde: (Helsedirektoratet, 2023e)

Kommentar: En person kan få flere diagnoser i løpet av året som F11.0 og F11.1

Erfaringer rundt kodepraksis

Enkelte av prosjektgruppens medlemmer erfarer at det er ulik bruk av kodene geografisk som følge av organisering, spesialitet og pasientforløp. Erfaringen viser at diagnosen FX.1 (skadelig bruk) ofte brukes feil. I klinisk praksis brukes nok "skadelig bruk" for pasienter som ikke fyller diagnosekriteriene for avhengighetssyndrom FX.2 (avhengighetssyndrom). Imidlertid vil nok dette variere da flere av pasienter som ikke fyller kriteriene for avhengighetssyndrom ofte får diagnosen FX.8 (Andre spesifiserte psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser eller FX.9 (Uspesifisert psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse).

Det brukes ikke koder for å skille medisinsk bruk fra illegal bruk. Det kan imidlertid settes en ATC-kode. Illegal bruk vil oftere føre til at det settes en avhengighetsdiagnose. Kontrolltapet vurderes større når en anskaffer seg avhengighetsskapende legemidler illegalt, enn hvis pasienter bruker større mengder legemidler som anbefalt og rekvirert av lege.

3.2.2 Kommunal helse- og omsorgstjenester

Kommunene herunder fastlegene bruker ICPC-2-koder (E-helse, 2023b) for registrering av personer med legemiddelmisbruk - P18 ved legemiddelavhengighet, og P19 ved avhengighet av illegale stoffer.

Tabell 4 nedenfor viser antall personer registrert med tilstandskode P18 Legemiddelmisbruk (ICPC-2, hoved- og/eller bitilstand) per rapporteringsår 2018-2022 i kommunalt pasientregister (KPR).

Tabell 4. Utvikling over ICPC-2-kode P18 fra 2018 til 2022

År	P18 Legemiddelmisbruk
2018	5432
2019	5286
2020	5644
2021	5467
2022	5495

Kilde: (Helsedirektoratet, 2023a)

Erfaringer rundt kodepraksis

Erfaringer fra enkelte av medlemmene i prosjektgruppen er at en pasient med iatrogen avhengighet med opioider i utgangspunktet vil få P18, hvis diagnose settes, mens en med heroin-bruk vil få P19. For benzodiazepiner blir bildet litt annerledes, fordi det er mindre klare skiller. De som utvikler en iatrogen avhengighet vil som oftest ha fått resepter hos legen, og i den grad diagnose settes, vil nok de fleste med benzodiazepinavhengighet få P18. Det er ikke et klart definert illegalt alternativ her, slik som for opioider. Det har vært diskutert om terskelen for bruk av P18 kan være noe høy.

Bruk av avhengighetsskapende legemidler

3.3.1 Avhengighetsskapende legemidler

Avhengighetsskapende legemidler er en samlebetegnelse for legemidler med rus- og avhengighetspotensiale, se legemiddelgrupper i Definisjoner og forkortelser innledningsvis. Det skjer en tilvenning og toleranseutvikling fra behandlingsstart, slik at det vil være behov for doseøkninger ved vedvarende bruk for å opprettholde symptomlindrende effekt over tid (Helsedirektoratet, 2021b).

3.3.2 Medisinske indikasjoner

Avhengighetsskapende legemidler brukes på en rekke indikasjoner som søvnproblemer, angstlidelser, smertetilstander, nevrologiske lidelser, ADHD og behandling av avhengighetslidelser. Blant annet er benzodiazepiner og opioider sentrale i medisinske prosedyrer innen områder som akuttmedisin, eller ved kirurgiske inngrep (Helsedirektoratet, 2021b).

Benzodiazepiner, benzodiazepinlignende legemidler og opioider ved henholdsvis angst, søvnproblemer og smertetilstander bør brukes som symptomlindrende behandling i inntil fire uker før legen gjør en ny vurdering av nytte og risiko. Dette gjelder også ved behandling med sentralstimulerende legemidler, cannabinoider og pregabalin. Det er ikke anbefalt å kombinere flere grupper av avhengighetsskapende legemidler samtidig (Helsedirektoratet, 2021b). Bruk av cannabinoider ved langvarige smertetilstander regnes som utprøvende behandling, og slik behandling bør følge de nasjonale prinsippene (Helsedirektoratet, 2019a).

3.3.3 Samlet medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler

Ifølge Legemiddelregisteret hentet 893 883 nordmenn minst én resept på benzodiazepiner, benzodiazepinlignende legemidler eller opioider i 2021 [13]. Andelen i befolkningen har gått fra 17,3 prosent i 2012 til 16,5 prosent i 2021 (Folkehelseinstituttet, 2023e).

Opioider

Undersøkelser fra Folkehelseinstituttet viser at andelen personer som har hentet ut minst én resept på opioidanalgetika har ligget stabilt på rundt 10-11 prosent av befolkningen årlig de siste ti årene (569 611 personer i 2021). I perioden fra 2010 til 2021 har antall brukere av tramadol økt, mens antall brukere av kombinasjonslegemiddel kodein og paracetamol har gått ned både for kvinner og menn. Etter 2018 har bruken av tramadol gått noe ned, spesielt for kvinner, mens kombinasjonslegemiddel kodein og paracetamol ligger på et mer stabilt nivå. Kombinasjonslegemiddel tramadol og paracetamol (tilgjengelig fra 2014) er svært lite brukt. Svake opioider utgjorde 72,4 prosent av all rekvirering av opioider i 2021, målt i definerte døgndoser (DDD). Tramadol utgjorde 24,8 prosent og kombinasjonslegemiddel kodein og paracetamol 47,6 prosent av total DDD.

Antall personer som fikk utlevert oksykodon økte fra 19 454 i 2010 til 70 207 i 2021. Dette tilsvarer en økning i andel brukere av oksykodon fra 0,4 prosent av befolkningen i 2010 til 1,3 prosent i 2021 (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Det ses lignende trender i medisinsk bruk av opioider i de andre nordiske landene som i Norge. Prevalensen av opioidutlevering er enten stabil eller fallende, mens utlevering av oksykodon er økende (Fugelstad et al., 2022).

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler

I følge FHI er den totale bruken av benzodiazepiner redusert de siste årene, mens bruk av benzodiazepinlignende legemidler er nokså stabilt. Det har vært markant økt bruk av melatonin (sovemiddel), som ikke regnes som avhengighetsskapende (Folkehelseinstituttet, 2023b).

Sentralstimulerende legemidler

Det har vært en økning i bruk av sentralstimulerende legemidler, det skyldes i hovedsak videreføring av behandling av ADHD / hyperkinetiske forstyrrelser i voksenalder iverksatt i barne- og ungdomsalder, samt økt antall voksne med diagnosen. I 2021 fikk 1,2 prosent av befolkningen utlevert minst ett ADHD-middel

(Folkehelseinstituttet, 2021). Amfetamin brukes i økende grad innen behandling av ADHD i Norge. Uttrekk fra Legemiddelregisterets database viser at omsetningen av medisinske amfetaminpreparater er mer enn femdoblet i løpet av de siste fem årene. Dette kommer i tillegg til en mer moderat økning i omsetningen av andre ADHD-medikamenter (Folkehelseinstituttet, 2023b).

3.3.4 Vedvarende bruk av opioider, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler

Opioider, benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler bør som hovedregel brukes i maksimalt fire uker før nedtrapping, selv om indikasjonene kan bli varige. Det finnes ingen nasjonale faglige retningslinjer, veiledere eller faglige råd som omhandler forebygging og behandling når akutt smerte-, søvn- og angstproblematikk blir varige. Det finnes alternativer til avhengighetsskapende legemidler som kan vurderes når tilstandene blir varige (Folkehelseinstituttet, u.å.-b; Nasjonalt senter for søvnsykdommer, u.å.; Norsk Smertesenternetverk, u.å.). Dette gjelder andre legemidler og alternativer til legemidler som fysioterapi, psykologisk orientert behandling eller trening.

Opioider

Vedvarende bruk av opioider kan defineres på forskjellige måter. Det finnes ikke en internasjonal standardisert definisjon av vedvarende bruk eller vedvarende problematisk bruk av opioider. FHI har definert vedvarende bruk som at en person har hentet ut minst 180 DDD eller 4500 mg OMEQ av opioider i løpet av et kalenderår. Med denne definisjonen viser tall fra FHI viser at om lag 60 000 pasienter i 2019 hadde vedvarende bruk av opioider (Odsbu et al., 2022).

Blant de vedvarende opioidbrukerne i 2019 fikk 39,9 prosent utlevert benzodiazepiner minst én gang i løpet av året. Tilsvarende prosentandeler for benzodiazepinlignende legemidler, pregabalin og ADHD-legemidler var henholdsvis 39,2 prosent, 10,3 prosent og 1,7 prosent. Blant de vedvarende opioidbrukere som også fikk utlevert benzodiazepiner i 2019, fikk 88 prosent begge deler utlevert på samme dag, minst én gang i løpet av året (Odsbu et al., 2022).

Tall fra Norsk kvalitetsregister for smertebehandling viser at andel pasienter med behov for nedtrappingsplan etter oppstart av opioidbehandling var 89 prosent i sykehus (Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling, 2023). Det mangler tilsvarende tall om pasienter med vedvarende bruk av opioider med nedtrappingsplan hos fastlegene. Upubliserte data viser at blant kirurgiske pasienter som har fått opioider er det 3,9 prosent som bruker opioider dag 90 etter operasjon. Henholdsvis 0,3 prosent av de nye opioidbrukere og 13,3 prosent av tidligere opioidbrukere hadde bruk dag 90 etter operasjon.

Behandling av langvarige smerter med opioider ble inkludert i blåreseptordningen (med krav om individuell søknad til Helfo) i 2008. Antallet personer som har fått slik behandling på blå resept er mer enn tredoblet fra 5 568 personer (0,15 prosent av befolkningen) i 2009 til 18 443 personer (0,43 prosent av befolkningen) i 2019. Av de 18 443 personene i 2019 var 14 202 (77 prosent) prevalente opioidbrukere. Det vil si at de hentet ut opioider på blå resept også i 2018 (Odsbu et al., 2021).

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler

Forskning fra 2011 tyder på at 25-30 prosent av bruk av benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende legemidler er hos langtidsbrukere (personer som henter mer enn én resept over år). Ofte brukes lave doser med lange pauser mellom reseptene. Benzodiazepiner kan også være indisert ved enkelte langvarige tilstander som epilepsi. I 2009 utgjorde langtidsbrukere om lag 200 000 personer. Hos disse er den

gjennomsnittlige daglige dosen så lav som 0,2 definerte døgndoser (DDD) eller mindre. Bare 10 prosent av langtidsbrukerne bruker 1 DDD per døgn eller mer (Bramness & Sexton, 2011).

3.3.5 Problematisk bruk

Personer med jevnt inntak av opioider i daglige doser over 2 DDD eller 50 mg OMEQ er vurdert å ha et problematisk bruk, se Definisjoner. Pasienter som i tillegg til slik bruk også bruker jevnlig benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler (> 100 DDD per kalenderår) er vurdert å ha et problematisk kombinasjonsbruk, se definisjoner. Tabell 5 viser antallet personer med problematisk bruk av opioider.

Tabell 5. Utvikling i antall personer med problematisk bruk av opioider

År	Antall personer
2010	10439
2011	10778
2015	13278
2019	15773

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2023d

I 2019 var det 15773, 6830 og 1441 personer som hentet ut henholdsvis daglige opioiddoser > 50 mg OMEQ, 100 mg OMEQ eller 300 mg OMEQ i løpet av et år. Tall fra FHI viser økt problematisk kombinasjonsbruk med økende dose opioider (Folkehelseinstituttet, 2023d).

Langvarige smerter

30 prosent av den voksne norske befolkningen oppgir at de har langvarige smerter ifølge Folkehelseinstituttets folkehelse rapport (Folkehelseinstituttet, 2023a). Smerte i muskel- og skjelettsystemet er den vanligste typen langvarig smerte, og det er flere kvinner enn menn som rammes. Hos mange forårsaker langvarige smerter nedsatt livskvalitet og aktivitetsbegrensning. Mange tilfeller av langtidssykefravær og cirka 50 prosent av uførhetstilfellene kan tilskrives langvarig smerte. Ifølge en doktorgradsavhandling gjort av Mari Glette (disputerte i 2021) varierer forekomsten av langvarige smerter mellom 11 % og 64 % i normalbefolkningen avhengig av hvilken definisjon og metodikk som brukes (Glette, 2022). En del av Glettes doktorgrad gikk ut på å undersøke ulike forløp av langvarige smerter. Resultatene av studien viste at deltakerne hadde fem ulike smerteforløp: «fluktuerende smerter» (31 %), «vedvarende milde smerter» (24 %), «vedvarende moderate smerter» (22 %), «vedvarende alvorlige smerter» (13 %), «gradvis bedring» (11 %). De som hadde et fluktuerende smerteforløp, hadde smerter som varierte mellom mild og moderat intensitet over tid. De fleste med langvarige smerter får hjelp i primærhelsetjenesten i form av rådgiving og/eller behandlingstilbud. Noen trenger henvisning til spesialist eller et palliativt senter, og en mindre andel henvises til en tverrfaglig smerteklinikk.

Aktørbildet

Dette kapitlet gir beskrivelser av myndighetene i [kapittel 4.1](#), helsetjenesten i [kapittel 4.2](#), pasienter, pårørende og utsatte grupper i [kapittel 4.3](#), og leverandørindustrien i [kapittel 4.4](#), internasjonale erfaringer i [kapittel 4.5](#) og forskning og kunnskap i [kapittel 4.6](#).

Myndighetene

Over år har Stortinget og Regjeringen henholdsvis vedtatt og iverksatt politikk innen psykisk helse og rus, for eksempel overdosestrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) og handlingsplan for forebygging av selvmord (Regjeringen, 2020). Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med en ny stortingsmelding om forebyggings- og behandlings-reform for rusfeltet (Regjeringen, 2022) som vil danne ny politikk på området, og som vil inneholde politikk om avhengighetsskapende legemidler.

Andre eksempler på myndighetstiltak som også bidrar til forebygging av iatrogen avhengighet, skadelig bruk og overdosedødsfall er:

- Regelverk for rekvirering og utlevering av avhengighetsskapende legemidler, jf. [kapittel 2](#)
- Førerkortforskriftens helsekrav
- Tjenestetilbud som legemiddelassistert rehabilitering, tverrfaglige smerteklinikker, fastlegeordningen og så videre
- Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og pasientforløp på området
- Legespesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin
- De nasjonale e-helseløsningene E-resept og Kjernejournal
- Anskaffet utvikling av kompetanseheving for leger i ordinerer av avhengighetsskapende legemidler
- KUPP-kampanje om opioider i Midt-Norge og Nord-Norge

Myndighetene endret vilkår for individuell stønadsordning i 2009 og 2016 slik at henholdsvis leger ved tverrfaglige smerteklinikker og allmennleger kan søke om stønad for medlemmer av folketrygden til bruk av opioider ved langvarige smertetilstander, jf. [kapittel 2.6](#). Denne ordningen er per i dag i diskrepans til ønsket faglig praksis beskrevet i Nasjonal veileder for vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2022d).

Analysene i [kapittel 3.1](#) og [3.3](#) baserer seg på POINT-prosjektets datauttrekk fra 2019. Disse analysene er forskningsbaserte inngår ikke som del av den regulære styringsinformasjonen fra Folkehelseinstituttet.

Tilbakemeldinger fra prosjektgruppen er at Nasjonal veileder for vanedannende legemidler har behov for enkelte faglige oppdateringer og at den er lite kjent i helsetjenesten. utfordringer med implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er kjent problemstilling også fra andre områder og kan være bidragende til utviklingen.

Folkehelseinstituttet har ansvaret for Legemiddelregisteret. Legemiddelregisteret har blant annet formål til å gi data til styringsformål og kvalitetsforbedrende arbeid (*Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Legemiddelregisteret*, 2021). Det er kun i enkelte tilfeller, eksempler er prosjekt i Molde kommune (Innerdal, 2019) og prosjekt ved Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, u.å.), gitt adgang til rekvireringsdata for lokalt kvalitetsarbeid innen temaet. Det er ikke utviklet en løsning for enkel tilgang til tilbakemeldingsrapporter.

Det foreligger forskrifter om nasjonal retningslinje for helseutdanninger som medisin (Kunnskapsdepartementet, 2020) og forskrifter for spesialistutdanning for leger og tannleger. Virksomhetene har ansvar for å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, og sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet (*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, 2017). Disse er ikke gjennomgått med hensyn til anbefalte kompetansekrav (Helsedirektoratet, 2021b).

Helsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har sørge-for-ansvar for å gi forsvarlige helsetjenester (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, 2011; *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, 1999) [14] [15]. Videre har de systemansvar for forsvarlig legemiddelhåndtering i virksomhetene herunder ordinerer og rekvirering av avhengighetsskapende legemidler (Helsedirektoratet, 2021b) [16]. Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er en velkjent utfordring i den norske helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

4.2.1 Fastlege

Fastlegene har et betydelig ansvar for behandlingen med avhengighetsskapende legemidler, og de står i situasjoner der en pasients tilstand kan gå fra akutt til langvarig tilstand. De har dermed særskilt ansvar for nedtrapping, forebygging av iatrogen avhengighet og å tilby andre behandlingsmetoder enn legemidler (Helsedirektoratet, 2021b). Det forutsetter kompetanse også om slike behandlingsmetoder. Statsforvalter gjennomførte i 2021 110 vurderinger om forsvarlig rekvirering av vanedannende legemidler. Av disse er det konstatert lovbrudd eller grunn for oversending til Statens helsetilsyn i 63 av tilfellene (Helsetilsynet, 2022).

Prosjektgruppens medlemmer gir tilbakemeldinger om at fastlegers ordinerer og rekvirering av avhengighetsskapende legemidler og langvarige smertetilstander er faglig krevende, fordi man ofte står alene med bruken og at det i praksis er lite bistand og veiledning å få fra spesialisthelsetjenesten. Videre er det gitt tilbakemeldinger om at det er behov for andre behandlingsmetoder enn legemidler som er tilpasset fastlegens hverdag også i samhandling med annet helsepersonell i kommunen. Hovedutfordringen sett fra fastlegenes ståsted er pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander og som har behov for tverrfaglig tilnærming.

4.2.2 Andre kommunale helsetilbud

Personer med vedvarende opioidbruk ved langvarige smertetilstander får ofte også helse- og omsorgstjenester fra andre kommunale tilbud og følges derved også opp av en rekke annet helsepersonell og personellgrupper som psykologer, fysioterapeuter, miljø-, ruskonsulenter og hjemmesykepleie. Prosjektgruppens medlemmer gir tilbakemeldinger om at det er varierende kompetanse om andre behandlingsmetoder enn legemidler, iatrogen avhengighet og overdoser hos slike personellgrupper.

Det er 225 kommuner som har etablert frisklivsentraller og tilbyr frisklivs-, lærings og mestringstilbud (Helsedirektoratet, 2023b). Det er om lag 30 000 pasienter i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2023). Det er imidlertid stort potensiale i å systematisere bruk av fysisk aktivitet for forebygging og behandling av langvarige smerter. Videre er det variasjoner i tilgjengelighet og organisering av innhold av lærings- og mestringstilbud både i helseforetak og kommuner. Det varierer hvem som får tilbud, og det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp i spesialisthelsetjenesten. Læring og mestring synes ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp, kravene til dokumentasjon er svak, og arbeidet har svak

lederforankring (Helsedirektoratet., Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, & Helse Vest RHF, 2021). Helsedirektoratet har et oppdrag om læring og mestring i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022)

4.3.3 Spesialisthelsetjenesten

Veiledning

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, 1999) [17].

Erfaringene fra prosjektgruppen er at smertepoliklinikkene ikke ofte rekvirerer avhengighetsskapende legemidler, men gir fastlegen råd og veiledning om videre rekvirering. Det forekommer likevel tilfeller hvor det etter gjennomført spesialistvurdering er vanskelig å trappe ned bruken av avhengighetsskapende legemidler.

Prosjektgruppens medlemmer fra de tverrfaglige smerteklinikkene erfarer videre at de ofte kommer sent inn i pasientbehandlingen for langvarige smertetilstander og kan forebygge i større grad ved tidligere innsats.

Henvisning

De fleste smertetilstandene som henvises til spesialisthelsetjenesten bør rettighetsvurderes ved organ- eller sykdomsspesifikke spesialiteter. Det gjelder alle akutte og palliative smertetilstander der organ/sykdomsspesifikke spesialitetene har særlige forutsetninger for kausal diagnose og behandling (Helsedirektoratet, 2015d).

Smerteklinikkene bør konsulteres tidlig ved mer sammensatte smertetilstander, og ved tilstander der smerteklinikkene har spesiell kompetanse og behandlingstilbud. Det samme gjelder for en rekke langvarige smertetilstander (Helsedirektoratet, 2015d). Imidlertid er ventetiden mellom henvisning mottatt, og første time ved smerteklinikkene ved St. Olavs hospital HF, Haukeland universitetssykehus HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Akershus Universitetssykehus HF var i gjennomsnitt 78 dager i 2022. Om lag en tredjedel av pasienter som henvises til de tverrfaglige smerteklinikkene i landet bruker opioider og omtrent 200 per år har et vedvarende problematisk opioidbruk (Nasjonalt smerteklinikknettverk, 2023b). Prosjektgruppens medlemmer erfarer at ventetiden kan være enda lenger ved smerteklinikker på andre helseforetak enn de som rapporterer inn til Nasjonalt kvalitetsregister for pasienter med langvarige smerte (NOKSmerte).

Flere andre prioriteringsveiledere har vurdert tilstander der langvarig smerte er et dominerende symptom. For eksempel anbefaler prioriteringsveilederne for onkologi, revmatologi og fysikalsk medisin rett til nødvendig helsehjelp der det er mistanke om at kreft, revmatoid artritt eller skiveprolaps forårsaker langvarige smertetilstander (Helsedirektoratet, 2015a, 2015b, 2015c). Prioriteringsveilederen omfatter også smertetilstander som ikke omfattes i andre prioriteringsveiledere og som ikke alltid faller inn i ICD-10 kodeverket. Det er i stor grad slike pasienter som henvises til smerteklinikkene. Fellesnevner for disse er at de lider av sammensatte smerter som vedvarer til tross for behandling, og som forringer livskvalitet og gir betydelig funksjonsnedsettelse. Deres tilstand skal vurderes i lys av helsehjelpen som kan gis ved smerteavdelinger og -klinikker (Helsedirektoratet, 2015d).

For pasienter med langvarige smertetilstander og iatrogen avhengighet gir prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), der det er veiledende frist om avhengighet som skyldes legemidler (Helsedirektoratet, 2015e) også rammer for samhandlingen.

Det mangler nasjonal oversikt over antallet henvisninger av langvarige smertetilstander til spesialisthelsetjenesten. Det anslås om lag 4000 henvisninger til tverrfaglige smerteklinikker. Helsedirektoratet har en pågående revisjon av nasjonal veileder for drift og organisering av tverrfaglige smerteklinikker (Helsedirektoratet, 2023c). Helsedirektoratet utarbeider nå et helhetlig pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I høringen med høringsfrist september 2022 var det foreslått at pasientforløpet skal gjelde pasienter over 18 år som har hatt langvarige og sammensatte smerter i mer enn 6 måneder uten kjent bakenforliggende årsak eller grunnet kjente forhold, men der kompleksitet og vedlikeholdende faktorer har tilkommet og forverret tilstanden (Helsedirektoratet, 2022a). Hensikten med det nasjonale pasientforløpet er at pasienter med langvarige smertetilstander skal komme tidligere til tverrfaglig utredning i smerteklinikk og få tilpassede behandlingstiltak både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Pasienten deltar i to samhandlingsmøter der det tverrfaglige teamet sammen med pasienten blir enige om oppfølgingstiltak. Oppfølgingen skal i hovedsak skje i kommunehelsetjenesten og det lege derfor opp til et oppfølgende samhandlingsmøte ca. 6 måneder etter utredning i smerteklinikk.

Utredning og behandling ved tverrfaglige smerteklinikker

Det er variasjoner i tilgjengelighet og organisering av utredning og behandling av langvarige smerter. Disse pasientene utredes og behandles også av andre enheter enn tverrfaglige smerteklinikker for eksempel innen fysikalsk medisin.

Det var 1481 unike personer registrert i NOKSMERTE i 2022. Av disse fikk 31,6 prosent tilbud om behandling. 45,1 prosent ble utredet trefaglig. 34,4 prosent var registrert med opioider. Av disse var det 95 prosent som brukte opioider fra før og 3,5 prosent er registrert som nedtrapping av opioider (Nasjonalt smerteklinikknettverk, 2023b). Vi har ikke nasjonale tall på antall pasienter med langvarige smerter og iatrogen avhengighet og som er utredet og behandlet i spesialisthelsetjenesten. St. Olav hospital har siden 2018 hatt over 100 opioidmøter mellom tverrfaglig smerteklinikk, TSB og fastlege om problematisk opioidbruk. Henholdsvis 13 prosent og 15 prosent av disse har avsluttet bruk av opioider eller får behandling i LAR (St. Olavs hospital HF, 2023).

Prosjektgruppens medlemmer gir tilbakemeldinger om det kan være krevende å motivere pasienter til henvisning til TSB, da mange pasienter med overforbruk av avhengighetsskapende legemidler ved langvarige smertetilstander ikke identifiserer seg selv som avhengige. Videre tilsier deres erfaringer gode opplevde forløp både fra pasienter og fastleges side når et slikt samarbeid likevel opprettes, men det fordrer ofte god informasjon om avhengighet og behandlingstilbudet i TSB til denne pasientgruppen.

Utskrivning

Helsetilsynet har avdekket mangler og forsinkelser av legemiddelinformasjon til fastleger ved utskrivning av pasienter (Helsetilsynet, 2016). I tillegg er det erfaringer fra prosjektgruppens medlemmer om at helseforetak i mange tilfeller overfører behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til fastlegen for tidlig uten at det avklart hvilket behov det er for smertestillende behandling med opioider videre. Andre erfaringer er at pasienter og fastleger forstår legemiddellisten i epikriser som en anbefaling fra sykehuslege, selv om den mangler informasjon om legemiddelgjennomgang eller plan for legemiddelbehandlingen.

4.2.4 Samhandling fastlege og apotek

Apotek samhandler med legemiddelrekvirenter og helsetjenesten om utlevering og bruk av avhengighetsskapende legemidler (*Forskrift om rekvisering og utlevering av legemidler m.m.*, 2022). For

apotek følger det blant annet spesifikke informasjonsplikter som skal bidra til riktig legemiddelbruk, (*Forskrift om apotek*, 2001; *Lov om apotek*, 2000) [18][19]. Eik er apotekenes felles system for dokumentasjon og samhandling. Løsningen innføres nå i apotek. Når Eik rulles ut og apotekene får felles oversikt over tidligere utleveringer, vil apotekene få bedre oversikt over dobbeltrekvirering og utlevering av legemidler på ulike/andre apotek (Apotekutvalget, 2023).

Rekvirent og utleverer kan ha behov for å gjøre avklaringer med hverandre om en pasients behandling med avhengighetsskapende legemidler. En rapport fra Oslo Economics

fra 2020 utført på oppdrag fra Helsedirektoratet, viser at det er begrenset samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og apotekfarmasøyter. Samarbeidet består først og fremst av avklaringer over telefon i forbindelse med ekspedering av resepter i apotek og enkelte avklaringer knyttet til multidoser. Dette samarbeidet er ikke formalisert, men foregår sporadisk ved behov. Kartleggingen tyder på at leger og apotekfarmasøyter kommuniserer ved uklarheter og når eventuelle feil oppstår og skal utbedres. Det ser ut til å være større grad

av samarbeid på steder der legen og farmasøyten kjenner hverandre. En forutsetning for samarbeid er gode fysiske og digitale samarbeidsplattformer. I tillegg til gode løsninger for umiddelbar, synkron avklaring, er det behov for samhandlingsløsningene (Oslo Economics, 2020). Behovet for løsning for digital dialog ble også påpekt av Apotekutvalget i 2023 (Apotekutvalget, 2023)

Samhandlingen kan også handle om å sikre lik eller koordinert informasjon til brukerne, samarbeid for å få til gode utleveringsordninger for brukere. Det er lite kjent at lege kan låse resepter til et fast apotek (ekspederingsanmodning). Erfaringen tilsier at det er en nødvendighet med god forankring hos pasient og dialog mellom lege og farmasøyt i apotek for at slike utleveringsordninger skal fungere i praksis.

4.2.5 Nasjonale e-helseløsninger

De aller fleste legemiddelrekvirenter er påkoblet e-reseptkjeden, slik at det aller meste av rekvirering av avhengighetsskapende legemidler på resept skjer elektronisk. Løsningen bidrar til å forhindre forfalskning av resepter. Videre bidrar de nasjonale e-helseløsningene at rekvirenter har mulighet til å se om det er flere rekvirenter som rekvirerer avhengighets-skapende legemidlene på resept samtidig. Erfaringer fra enkelte prosjektgruppemedlemmer er at skorter på kunnskap blant rekvirenter om at resepter forsvinner som informasjonselement i resept-formidleren en måned etter siste utlevering, men at denne informasjonen finnes i kjerne-journalen. Det pågår videre en utprøving av Pasientens legemiddelliste i Bergen. Dette tiltaket skal bidra til en oppdatert oversikt over anbefalte legemidler (E-helse, u.å.).

4.2.6 Behandlingsmetoder ved langvarige smertetilstander

Behandlingen tilpasses den enkelte pasient og er individuell og/eller i grupper. Hovedfokus i behandlingen er symptomlindring samt forbedret mestring, funksjon og livskvalitet. En vurdering og eventuell omlegging av legemidler inkludert nedtrapping av uhensiktsmessig legemiddelbruk vil ofte være aktuelt. Behandling som tilbys ved smerteklinikkene er i størst mulig grad kunnskapsbasert, allment akseptert og gitt på en planmessig

og helhetlig måte (Helsedirektoratet, 2023c). Eksempler på behandling

- Fysioterapi med søkelys på generell funksjon og spesifikke smertetilstander

- Lærings- og mestringstilbud
- Frisklivstilbud med blant annet råd om fysisk aktivitet og endrede levevaner
- Psykologiske behandlingsformer, herunder kognitiv tilnærming som individualbehandling eller gruppetilbud av flere typer (aksept- og forpliktelsesterapi, mestringsgrupper med mer)
- Legemidler
- Ulike typer av avanserte smertereduserende teknikker inkludert invasive intervensjoner som del av diagnostikk og/eller behandling

All behandling av langvarige smertetilstander har som utgangspunkt at farmakologisk monoterapi er utilstrekkelig, det vil si utelukkende legemiddelbehandling av pasientens smertetilstand. Dette fordi all farmakologisk behandling av langvarige smertetilstander er symptomatisk, og derfor sjelden fullt ut vil løse pasientens totale begrensninger og problemer knyttet til smertetilstanden (Regional kompetansetjeneste for smertebehandling, 2023).

Langtidsvirkningen av multimodal rehabilitering, vanligvis en kombinasjon av psykologiske behandlinger og fysisk aktivitet, fysisk trening eller fysioterapi, er at smerten reduseres mer, flere personer vender tilbake til arbeid, og sykefraværet er kortere enn med passiv kontroll og/eller begrensede, separate intervensjoner (Swedish Council on Health Technology Assessment, 2006). Videre peker Helsedirektoratet på frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, og ulike typer av avanserte smerteteknikker (Helsedirektoratet, 2023c).

Nye retningslinjer fra NICE anbefaler gruppetrening og fysikalsk aktivitet mot langvarige smerter og at personer med langvarige primære smerter holder seg fysisk aktive (NICE, 2021). Det er behov for at denne kunnskapen om fysisk aktivitet og andre behandlingsmetoder enn legemidler spres.

Vi har identifisert at det utprøves ulike behandlingsmetoder for langvarige smertetilstander til bruk hos fastleger og i kommunen. Eksempler er:

- NOMED – behandlingsopplegg med kartleggings- og mestringsorienterte samtaler om faktorer som opprettholder og forsterker langvarige smerter til bruk i allmenn-praksis (Nasjonalt smerteklinikknettverk, 2023a). Opplegget er utviklet av St. Olav Hospital HF, NTNU og NEL.
- Tverrfaglig mestringskurs for personer med langvarige smerter (Stavanger kommune, 2023). Dette er en del av POINT-prosjektet, og kurset er utviklet av Helsehuset (Frisklivssentral) i Stavanger sammen med fastleger og ortopedisk avdeling ved Stavanger universitetssykehus HF. Begge eksemplene er planlagt evaluert.
- Knutepunktmodellen. I 2019 ble det åpnet for at kommunene kunne søke tilskudd til pasientrettet og tverrfaglig samhandlingstiltak som fremmer strukturer i samarbeid med helsetjenesteutøvelsen mellom fastleger og avtalefysioterapeuter om rehabilitering til pasienter med muskel-/skjelett-/smerteproblematikk (KPMG, 2020).
- START-øvelser gir enkle råd og øvelser vist på video for de vanligste muskel- og skjelettplagene. Øvelsene er forskningsbasert og helsepersonell kan enkelt henvise pasienter til nettressurs for egenbehandling (Exorlive, u.å.).

Eksemplene over er i hovedsak metoder som ikke er kommersialisert på samme måte som legemidler og som ikke konkurrerer med legemiddelindustriens produkter. Informasjon fra LMI (bransjeforeningen for legemiddelprodusenter) tyder på at det er få nye innovasjoner innen legemiddelbehandling av langvarige smertetilstander. De fleste lege-midler som er under utprøving har lignende virkningsmekanisme som legemidlene på markedet i dag (LMI, 2023).

Det finnes videre eksempler på medisinske produkter basert på VR-teknologi og digital teknologi innen søvn, angst og smertetilstander som kan bli kommersielle alternativer til legemidler. For eksempel har Oslo universitetssykehus HF utviklet EPIO (Dhealthapp, 2023) som er en mestringsapp ved langvarige smerter. Et annet eksempel er RelieVRx (RelieVRX, 2023) som den amerikanske mat- og legemiddelmyndigheten FDA ga marked-sføringstillatelse til i 2021.

Det skal videre etableres en helseteknologiordning som skal støtte innføring av ny teknologi i helse- og omsorgstjenesten og videreføre satsinga på velferdsteknologiområdet (Regjeringen, 2023b).

[14] Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-2

[15] Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m § 4-1

[16] Forskrift om legemiddelhåndtering m.m § 4

[17] Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. §6-3

[18] Apotekloven § 5-7, § 6-6, § 6-7

[19] Apotekforskriften § 42 og § 45

Pasienter, pårørende og utsatte grupper i befolkningen

4.3.1 Helsekompetanse

En pasient som har behov for behandling der et opioid er aktuelt, vet som regel ikke hvilke andre behandlingsmetoder enn legemidler er tilgjengelige og hvilke vedkommende har bruk for. Pasienten kan ikke foreta reelle valg om hvorvidt han/hun ønsker å bruke opioider. Helsepersonell har i de fleste tilfellene de beste kvalifikasjonene for å velge den best egnede behandlingsmetoden, og dette gjelder også bruk av slike legemidler. Der det er relevant bør pasient informeres om alternativer til opioider. Pasientens syn og vurdering er imidlertid et viktig hensyn i avgjørelsen. Sannsynligheten for at behandlingen skal bli vellykket, antas å være høyere når pasienten er klar over hvilke alternativer som foreligger, og hva virkningene og bivirkningene er (Apotekutvalget, 2023).

Ved oppstart og videre bruk av opioider, er det viktig å informere om slike legemidlers egenskaper som tilvenning, toleranseutvikling, rusvirkninger og avhengighetspotensiale. Det gjelder spesielt når alternativer til opioider er førstevalg og hvorfor legen i samråd med pasient har valgt et bestemt opioid (Helsedirektoratet, 2021b). De fleste som har bruk for opioider, får hjelp av en lege for å få stilt diagnose og for valg av den behandlingsmetoden som mest sannsynlig gir best forhold mellom nytte og risiko for den aktuelle tilstanden.

Norge har i perioden 2019 til 2021 for første gang kartlagt helsekompetansen i et stort og representativt utvalg av befolkningen. Undersøkelsen viste at en vesentlig andel i befolkningen har betydelige utfordringer med å forholde seg til helseinformasjon. Nesten 20 prosent av befolkningen vil ha utfordringer med for eksempel å vurdere hvilken type helsetjeneste de trenger når de har et helseproblem, om denne tjenesten vil dekke behovet deres og avgjøre hvilket helsetilbud de skal velge. Mer enn 50 prosent av befolkningen kan ikke finne informasjon om kvaliteten på bestemte helsetjenester, og heller ikke finne ut av hvilke rettigheter de har som pasient og bruker av helsetjenester. Store andeler av befolkningen synes videre det er vanskelig å foreta en vurdering av helseinformasjon og vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger. Kompetansen i å søke etter digital helseinformasjon har sammenheng med kjønn, alder og utdanningsnivå.

Videre oppgir ni prosent av befolkningen at det var vanskelig eller veldig vanskelig å følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler (Helsedirektoratet, 2021a).

Helsedirektoratet (2016) gjennomførte kartlegging av bruk av avhengighetsskapende legemidler i befolkningen (Helsedirektoratet, 2016). Den viste at:

- befolkningen er kjent med at benzodiazepiner, benzodiazepin-lignende legemidler og opioider brukt ved søvn, angst og smerter har avhengighet som mulig bivirkning.
- Sju av ti er ganske eller helt enig om at beroligende legemidler, sovelegemidler og sterke smertestillende legemidler kan være vanskelig å slutte med.
- De med plager, kjenner seg igjen i påstander om at de kjenner sin egen kropp best, og er mer tilbøyelig til å bruke legemidler uten anbefaling fra lege.
- Kvinner har større kjennskap til bivirkninger og opplever i større grad at de har fått god informasjon fra legen sin eller annet helsepersonell. Kvinner gjør også noe mer selv for å lindre sine plager, både i form av livstilendringer, oppsøker lege eller annet.
- Personer under 30 år har mindre kjennskap til bivirkninger og benytter i større grad legemidler uten anbefaling fra lege, og opplever legemidler mindre nyttig hjelp og tror i større grad enn de over 50 år at både smerter, hodepine, angst og søvnplager kan lindres uten legemidler.

Vi har ikke kjennskap til om pasienterfaringer eller helsekompetansen om forebygging og behandling av langvarige smerter og avhengighet er systematisk kartlagt i Norge.

4.3.2 Legemiddelkompetanse

Vi har i kapittel 3.1.3 beskrevet den nye utsatte gruppen for overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige opioider. Dette er en utredning som retter seg frem i tid. Bruk av andre smertestillende legemidler, spesielt paracetamol, har økt over tid (Folkehelseinstituttet, 2023b). Det er en bekymring om at denne økningen betyr at samfunnet og den enkelte tåler mindre smerte enn før, og at terskelen for bruk av legemidler er blitt lavere i samfunnet. I 2003 ble det blant annet gitt adgang for omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek (Apotekutvalget, 2023). For paracetamol er det i hovedsak det reseptpliktige salget som har endret seg over tid, mens salg i og utenom apotek har vært stabilt (Folkehelseinstituttet, 2022).

Generelle holdninger om legemiddelbruk blant voksne og foreldre smitter over på barn og unge. I Ungdata 2019 kommer det frem at 20 prosent av alle ungdommer under 18 år bruker reseptfrie legemidler en av flere ganger i uken. Paracetamol er det legemidlet som brukes hyppigst av slike legemidler (Bakken, 2019). Ungdata junior 2022 viser at også blant barn i alderen 10-12 år rapporterte nesten en fjerdedel at de har brukt smertestillende tabletter i løpet av siste uke (Enstad & Bakken, 2022). Det er ikke foretatt modelleringer på hvor stor andelen av denne bruken som er et overforbruk av smertestillende. Også når det gjelder bruk av smertestillende legemidler er det pekt på en sammenheng med psykososiale faktorer som problemer i barndommen, dårlig selvilde, problemer med å passe inn og rusproblemer i nær familie. Årsaker til bruk av reseptfrie smertestillende kan være press om å prestere, være vellykket og en følelse av å være ensom. Dette er imidlertid ikke medisinske indikasjoner for legemidlet (Statens legemiddelverk, u.å.).

Leverandørindustri

Legemiddelforsyningen består av tilvirkere, grossister og apotek. I denne sammenhengen er tilvirkere/innehavere av markedsføringstillatelser og apotek av særlig interesse. Apotekenes samhandling med fastleger er tidligere omtalt i kapittel 4.2.4.

4.4.1 Tilvirkere/Innehavere av markedsføringstillatelser for legemidler

Tilvirkere/innehavere av markedsføringstillatelser av legemidler er bundet av gjeldende reguleringer for legemidler herunder markedsføring (*Lov om legemidler m.v.*, 1992). Man har i Norge ikke tillatt at disse virksomhetene kan rette informasjon til pasienter etter at en ordinering og rekvirering er foretatt (*Lov om legemidler m.v.*, 1992) [20].

Tilvirkere/innehavere av markedsføringstillatelser av legemidler har utstrakt samarbeid med andre aktører i sektoren, som interesseorganisasjoner, helsepersonell og helsetjenesten.

4.4.2 Pakningsstørrelser

Flere av de avhengighetsskapende legemidlene har vært på markedet i mange tiår og kan være godkjent før den europeiske legemiddelmyndigheten EMA ble etablert i 1995 (European medicines agency, u.å.). Det betyr at det kan være forskjeller med land med hensyn til indikasjonsstillinger og pakningsstørrelser for denne type legemidler. Pakningsstørrelser er ikke alltid tilpasset legens anbefalinger for medisinsk bruk av avhengighetsskapende legemidler. Apotek er pliktig til å utlevere nøyaktig etter resept (*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.*, 2022). I 2022 foretok apotekene 5 134 314 utleveringer av avhengighetsskapende legemidler hvor av 27 169 (ca. 0,5 prosent) var etter anbrudd, se definisjoner (Apotekforeningen, 2023).

Legemiddelbrukeren må betale en høyere pris per dose som følge av apotekets kostnader tilknyttet anbrudd. Godtgjørelsen apotek får for å gjøre anbrudd er regulert (Statens legemiddelverk, 2023). Det finnes ingen offentlig finansierte utleveringsordninger for personer som bruker avhengighetsskapende legemidler utenfor LAR. Det er behov for å finne løsninger for at den enkelte pasient ikke lenger belastes for tjenester som bidrar til trygg legemiddelbruk.

Tall fra 2022 fra Farmaloggs legemiddelstatistikk viser at andelen av utlevering med store forpakninger med 90/98/100/150 enheter utgjorde 26,6 prosent av totalt antall utleveringer (Apotekforeningen, 2023). Siden den anbefalte doseringen av opioider vil variere fra for eksempel en til flere tabletter en til flere ganger om dagen, vil det også variere hvor mange dager en forpakning med opioider vil vare for behandling. For eksempel vil en forpakning med 100 tabletter med paracetamol og kodein med en daglig dosering på en tablett fire ganger daglig vare i 25 dager. Dette kan være eller ikke være i tråd med behandlingsplan.

[20] Legemiddeloven Kap.VII. Reklame for legemidler m.v.

Internasjonale erfaringer

En befolkningsstudie fra Danmark viser at oddsen for bedring fra langvarig smerte var nesten fire ganger høyere blant individer som ikke brukte opioider sammenlignet med individer som brukte opioider. I tillegg var bruk av sterke opioider assosiert med dårlig helserelatert livskvalitet. Videre indikerte resultatene at individer med langvarige smerter som brukte sterke opioider hadde høyere risiko for død enn individer uten kronisk smerte (HR: 1,67; 95 % KI: 1,03-2,70). Imidlertid kan denne studien ikke utelukke sykdoms alvorlighetsgrad som hovedårsak til økt dødelighet (Sjøgren, Grønbæk, Peuckmann, & Ekholm, 2010).

I en rapport fra OECD om problematisk bruk av opioider vises det til en undersøkelse over helsesystemtiltak og sosiale tiltak hvor det fremkommer at Norge er blant de landene med flest tilgjengelige og utbredte tiltak, det gjelder kliniske retningslinjer, reseptovervåkning, tilgang på medisinsk behandling, disiplinære reaksjoner overfor leger med overforbruk, selvhjelps- og likemannsgrupper, nål-/sprøyteprogrammer og sosiale støtteprogrammer med hensyn til bolig og arbeid (OECD, 2019).

Videre fremheves Tyskland for å ha hatt gode prosesser for å lage nye kunnskapsbaserte retningslinjer hvor mange faginstanser og brukere medvirker. Flere land har redusert opioidforbruk, som Australia og Belgia. Alle disse har ligget og ligger høyere i forbruk i Norge. Det er ikke funnet informasjon om denne reduksjonen har hatt betydning på antallet overdoser (OECD, 2019).

De fleste land har "unike" system/praksis og det er ikke alltid direkte overførbart med hensyn til erfaringer og effekter.

Forskning og kunnskap

Forskningens funksjon er å skaffe til veie ny kunnskap. Dette gjelder ulike forhold om problemkomplekset og mulige tiltak. Forskning og dens metodikk er også en forutsetning for utvikling av styringsinformasjon.

Forskerne i prosjektgruppen erfarer at det er vanskelig å få tilgang til nødvendige data fra sentrale helseregistre. Det er per i dag lang ventetid for saksbehandling og utlevering av data fra helseregistrene (1-2 år for registerkoblinger). Krav om dataminimering av personvern hensyn kan medføre at man for eksempel ikke får utlevert det detaljnivået på ATC-koder og diagnosekoder som er nødvendig for å kunne gjøre god forskning / besvare forskningsspørsmålene. Det er også kostnader til kjøp av registerdata, og dette begrenser forskningsprosjekter hvor det ikke er så store driftsmidler, blant annet forskning i primærhelsetjenesten. Videre erfarer pasient- og brukerorganisasjonene en manglende involvering i planlegging og prioritering av kliniske studier og annen forskning på området.

Legemiddelepidemiologisk kompetanse/ forskning er nødvendig for å gjennomføre deskriptive analyser og tolkning av disse. Det er en utfordring at det er begrenset kapasitet til å gjennomføre slik legemiddel- og rusmiddelforskning i dag.

Videre er det ulike behov for å skaffe til veie annen ny kunnskap gjennom kartlegginger, oppsummeringer analyser og forskning om for eksempel andre behandlingsmetoders effekt og sikkerhet, praksisnære forhold og pasienters og pårørendes erfaringer med helsetjenesten og deres kompetanse relatert til dette temaet.

Problemforståelse og mål

Dette kapitlet gir beskrivelser av problembeskrivelse i [kapittel 5.1](#) og mål i [kapittel 5.2](#).

Problemforståelse

Problemforståelsen er basert på beskrivelsene gitt i [kapittel 3](#) og [4](#).

Det er om lag 300 overdosedødsfall årlig. Det har vært en økning i antallet og andelen av overdosedødsfall som har hovedårsak reseptpliktige opioider.

Det finnes en økende gruppe pasienter med problematisk bruk av opioider ved langvarige smertetilstander og som er utsatt for overdosedødsfall. Hovedandelen av disse er kvinner rundt 50 år. Risikoen øker ved problematisk kombinasjonsbruk med benzodiazepiner og/eller benzodiazepinlignende legemidler, samtidig rusdiagnoser og/eller psykisk lidelse. En betydelig andel av disse er i kontakt med helsetjenesten og apotek i forkant av overdosedødsfallet.

I 2019 var antallet personer i Norge med problematisk bruk om lag 15000. Om lag halvparten av disse har problematisk kombinasjonsbruk av opioider og andre avhengighetsskapende legemidler. Risiko øker med økte daglige doser av opioider. Det er om lag 1000 av disse pasientene som bruker mer enn 300 mg OMEQ per dag med uttalt kombinasjonsbruk. Det kan gi ytterligere risiko for overdoser og overdosedødsfall.

Myndighetene har gjennomgående reguleringer og faglig veiledning på blant annet rekvirering, utlevering og finansiering av legemidler, herunder reseptpliktige opioider og behandling av opioidavhengighet. Men disse har ikke forhindret denne utviklingen.

Bruken av opioider starter ved akutte smertetilstander, ved operasjoner, ved kreftsykdom eller ved behandlingsrefraktære langvarige smertetilstander. Bruken kan utvikle seg til å bli vedvarende og ikke faglig begrunnet med høye doser opioider og/eller i kombinasjon med andre avhengighetsskapende legemidler. Alle rekvirenter har et ansvar for bruk utenfor indikasjon, men fastlegen har en sentral posisjon i dette, ved å stå for størsteparten av opioider ved langvarige smerter. En mulig bidragende faktor til utviklingen er begrenset utbredelse av andre behandlingsmetoder enn legemidler i helsetjenesten. En annen er for lite tverrfaglig samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og apotek, spesielt ved langvarig smerter og iatrogen avhengighet. En tredje er varierende kompetanse blant helsepersonell om temaet.

Til sist mangler det egnede pakningsstørrelser og utleveringsordninger for opioider som begrenser utvikling av overforbruk.

Mål

Formålet med denne utredningen er å redusere overdosedødsfall der avhengighetsskapende legemidler er hovedårsak. Den er videre avgrenset til å gjelde hva helsesektoren kan bidra med. Helsesektoren har i denne sammenhengen i oppgave å 1) yte forsvarlig helsehjelp herunder ikke påføre unødvendig skade og 2) hindre tilgang til opioider for bruk utenfor leges anbefaling.

På bakgrunn av tidligere beskrivelser i [kapittel 3](#), [4](#), og [5](#) vil man:

M1. Øke tilbud og bruk av alternative behandlingsmetoder til legemidler ved langvarige smertetilstander som ikke skyldes kreftsykdom

M2. Redusere ny problematisk bruk

M3. Redusere etablert problematisk bruk med opioider

M4. Redusere antallet med problematisk kombinasjonsbruk med opioider, benzodiazepiner og/eller benzodiazepinlignende legemidler

M5. Redusere overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige opioider

M6. Redusere tilgjengelighet av ubrukte opioider til utilsiktet bruk

Det er opioider og kombinasjonsbruk med benzodiazepiner, benzodiazepinlignende legemidler og/eller alkohol som gir høyest risiko for overdosedødsfall. Det foreligger foreløpig for lite kunnskap om overdosedødsfall til at det er mulig å sette opp mål for andre legemidler enn opioider og kombinasjonsbruk.

Tiltak

Dette kapitlet gir beskrivelser om kunnskap om tiltak i [kapittel 6.1](#) og utredning av tiltak i [kapittel 6.2](#).

Kunnskap om tiltak

Eccleston et al (2017) konkluderer i sin kunnskapsoppsummering at det ikke foreligger vitenskapelig dokumentasjon om hvilke tiltak som er effektive og sikre i reduksjon i opioidbruk ved langvarige smerter (Eccleston et al., 2017). En nyligere "scoping review" fra SERAF (Hamina et al, 2022) viser at det samlede kunnskapsgrunnlaget med hensyn til virksomme intervensjoner for å redusere skadekonsekvenser av medisinsk bruk av opioider er sparsom. Tiltak er så langt utprøvd i mindre geografiske områder og sjelden med solid vitenskapelig metodikk som randomiserte kontrollerte studier. Resultatene fra disse studiene har i varierende grad overføringsverdi til Norge på grunn av at land har ulike helsesystemer. Tiltakenes effekt er stort sett ikke testet ut med hensyn til hvordan de påvirker pasienters utfall.

OECD peker i en rapport (OECD, 2019) på følgende tiltaksområder for å redusere problematisk bruk av opioider:

- bedre og målrettet ordinerer og rekvirering gjennom nasjonale faglige retningslinjer og veiledere og videre- og etterutdanning av legemiddelrevirerter.
- bedre kvalitet på og behandling av de med avhengighet/overdose, som tilgang til LAR og nalokson (Det arbeides med tilgang til nalokson i annet utviklingsarbeid).
- bedre og mer integrert samhandling mellom aktører på tvers av sektorer og rus- og smertemedisin.
- styrke kunnskap og mer forskning for lokal tilpassing av tiltak.

Utredning av tiltak

Det er utredet 42 mulige tiltak, se [vedlegg 2](#) innen kategoriene:

- Ingen tiltak
- Forskning og kunnskap – Tiltak 1
- Helsepersonells kompetanse – Tiltak 2
- Fastleges kompetanse – Tiltak 3 til 6
- Pasienters og befolkningens helsekompetanse – Tiltak 7 til 11
- Kvalitet i rekvireringspraksis – Tiltak 12 til 31
- Behandlingstilbud for langvarige smerter – Tiltak 32 til 37
- Utredning og behandling av iatrogen avhengighet – Tiltak 38 til 41
- Tilgang til opioider rekvirert i helsetjenesten – Tiltak 42

Det er foretatt en vurdering og systematisering av tiltakene.

Deres relevans som tiltak er beskrevet ut fra problemforståelsen i [kapittel 5.1](#).

For tiltakenes nytte på måloppnåelse vises det til vitenskapelig dokumentasjon der det finnes. Dokumentasjon på tiltaks nytte på måloppnåelse er sparsom, jf. Kapittel 6.1.

Prosjektet har foretatt en faglig vurdering av tiltakenes nytte på de enkelte målene. For å kunne sammenligne på tvers av tiltakene har vi gradert vurderingen av tiltakenes nytte i inntil tre til fire år. Nytteverdien er gradert med lav (1), middels (2) og høy (3). Vi har sammenstilt skåringene i eget skjema, se vedlegg 3. Videre er det gitt vurderinger om det er tiltak som kan ha nytte på lengere sikt. Det er også vurdert om flere tiltak sammen kan ha økt nytte målene. Det gjelder spesielt for kompetansehevende tiltak hvor det kan være en forutsetning å se flere tiltak i sammenheng.

Det har ikke vært mulig innenfor rammene av utredningen å foreta en samfunnsøkonomisk analyse av mulige tiltak. En samfunnsøkonomisk analyse ville belyst alternativkostnader og bidratt til at beslutningsgrunnlaget blir mer helhetlig. En vurdering av kostnadsomfanget er relevant beslutningsinformasjon. Prosjektet har vurdert at det er mulig å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse basert på pasientgruppens og andre målgruppers størrelse, og tiltakenes karakteristika. I en samfunnsøkonomisk analyse kan man vurdere kostnadsomfanget ut fra ulike tiltakspakker og deres størrelse og sammensetning.

Alle forslag til tiltak vil kunne føre til budsjettmessige konsekvenser for de ansvarlige.

Anbefalinger

Dette kapitlet gir beskrivelser om anbefalte tiltak i kapittel 7.1 og begrunnelse i kapittel 7.2.

Anbefalte tiltak

Behandlingstilbud

- Kartleggings- og mestringstilbud for pasienter som er utredet for langvarige smerter hos fastleger (32)
- Tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut eller manuellterapeut i kommunen (33)

Samhandling

- Veiledningstjeneste i spesialisthelsetjenesten for fastleger som har pasienter iatrogen avhengighet ved langvarige smerter (39)
- Kapasitet i behandling av iatrogen avhengighetssyndrom ved langvarige smerter (38)
- Dialogmelding mellom apotek og fastlege (17)

Kompetanse og kvalitet

- Kommunale kvalitetsprosjekter om bruk av opioider i behandling av langvarige smerter (13)
- Kvalitetspakke for leger om ordinerings og rekvirering av opioider (3)
- KUPP-kampanje om bruk av opioider ved langvarige smerter (4)
- Elektronisk systemstøtte for ordinerings og rekvirering av opioider i e-reseptkjeden (18)
- Verktøy for risikostratifisering for forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og overdosefare (15)
- Lokale implementeringsstrategier for nasjonal veileder for vanedannende legemidler (14)
- Veiledning fra KORUS til kommune om forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og overdoser (20)
- Felles prosedyre for helseforetak om ordinerings og rekvirering av opioider postoperativt (16)
- Befolknings- og pasientrettede tiltak for å øke helsekompetanse herunder barn og unge (8)
- Systematisk pasientopplæring om bruk og oppbevaring av opioider (9)

Regelverk

- Reviderte rekvireringsregler for bruk av opioider ved langvarige smerter (12) [21]
- Individuell stønadsordning i tråd med rekvireringsregler (19)

[21] Tall i parentes er tiltaksnummer beskrevet i Vedlegg 2, 3

Begrunnelse for anbefalte tiltak

Det er vurdert at tilgjengelighet av andre behandlingsmetoder enn legemidler, kapasitet i spesialisthelsetjenesten og kompetanse og kvalitet i rekvireringspraksis er de mest sentrale tiltaksområdene for å redusere overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige opioider. En slik bred

tilnærming av tiltak mot ulike målgrupper er vurdert som nødvendig på dette området for å gi oppmerksomhet og bevisstgjøring om temaet og ønsket endring i behandlingspraksis. Det vil kreve sammensatt og koordinert innsats over tid på de ulike tiltaksområdene. En slik tilnærming er også brukt i Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens (Regjeringen, 2016). Denne er brukt som analogi til vurdering av bruk og sammensetning av tiltak på dette området, fordi det er også en kompleks problemstilling med mange aktører som skal koordineres og virke sammen.

Det er foretatt en faglig vurdering av de ulike tiltakenes nytte på måloppnåelse ettersom det er begrenset vitenskapelig dokumentasjon for de ulike tiltakene. Enkelte av de mulige tiltakene har vært utprøvd og effektevaluert. Neste steg vil være å utbrede dette nasjonalt.

I vurderingen om å redusere overdosedødsfall som skyldes reseptpliktige opioider er følgende forhold vektlagt:

- Problemstillingens kompleksitet
- Tiltak som antas å ha størst nytte blant mulige tiltak på måloppnåelse på kort sikt
- Tiltak som reduserer problematisk bruk av opioider og kombinasjonsbruk med andre avhengighetsskapende legemidler
- Samlede tiltak retter seg mot ulike målgrupper og har nytte på alle mål
- Vitenskapelig dokumentasjon der det foreligger
- Tiltak som har nytte og er under innføring er ikke prioritert

Relevansen av det enkelte tiltak er beskrevet i vedlegg 3. Det gis videre en kort begrunnelse for de ulike tiltakene.

Tilgjengelighet av andre metoder enn legemidler som kartleggings- og mestringstilbud (32) og tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut i kommunen (33) vil gi pasienter og leger behandlingsalternativer til legemidler og dermed mulighet til å endre kurs og redusere etterspørsel for opioider ved langvarige smerter.

Skalering av kapasitet i spesialisthelsetjenesten for veiledning (39), utredning og behandling av pasienter med langvarige smerter og iatrogen avhengighet (38) vil bidra til økt tverrfaglig samhandling og dermed gi pasienter med denne problemstillingen mer egnet behandling og oppfølging. Videre vil dialogmelding mellom apotek og fastlege (17) gjøre det mulig at leger og apotek kan samhandle mer effektivt rundt pasienter med iatrogen avhengighet og overdoseproblematikk. Tiltaket er sentralt for å kunne utnytte informasjon i pasientens legemiddelliste og apotekenes felles pasientjournal.

Kompetansehevende tiltak mot rekvirenter er i tråd med anbefalinger fra OECD, jf. Kapittel 6.1. Kvalitetspakke (3) og KUPP (4) har vist å redusere bruk av opioider. Kvalitetspakke og KUPP er to nasjonale tilbud som har begrenset utbredelse. Disse tiltakene utfyller hverandre. Kommunen har sørge-for-ansvar. Kvalitetsprosjekt (13) i Molde har vist å ha nytte for å redusere opioidbruk ved at kommunen utøver ledelse. Det er vurdert at KORUS (20) kan bistå kommuner i utvikling av implementeringsstrategier (14) av Nasjonal veileder for vanedannende legemidler (28) som gir de faglige rammene. Videre kan verktøystøtte i E-reseptkjeden (18) og EPJ (15) bistå med å identifisere og forebygge utvikling av iatrogen avhengighet. Reviderte rekvireringsregler for vedvarende bruk av opioider ved langvarige smerte (12) og konsistens med individuell stønadsordning (19) kan bidra til å styrke pasientsikkerheten og unngå skadelig bruk av opioider. Flere av analysene som er gjort i POINT-prosjektet viser at utviklingen er assosiert med liberalisering i rekvireringsbestemmelser over tid.

Spesialisthelsetjenesten bruker opioider i forbindelse med kirurgi, skader og annen behandling. Det er mange kirurgiske inngrep som gjøres i året. De fleste vedvarende brukere etter kirurgi er tidligere brukere av opioider. Felles prosedyrer for rekvirering av opioider etter kirurgi kan dermed bidra til at denne behandlingen blir kortvarig som anbefalt (16).

Befolkningsrettet informasjonsarbeid (8) og systematisk pasientopplæring (9) kan bidra til å øke helsekompetansen og bevisstheten om at det er andre behandlingsmetoder enn legemidler som er behandlingen for langvarige smerter. Videre kan systematisk pasientopplæring gjennom god og relevant informasjon om risiko ved vedvarende bruk av avhengighetsskapende legemidler redusere denne bruken og hindre utilsiktet bruk.

De øvrige tiltak kan også gi nytte på måloppnåelse, men etter prioritering er de anbefalte tiltak listet over. Dette utelukker ikke at tiltak som først har nytte på lengere sikt bør vurderes, for eksempel forskning, kliniske studier, mindre pakningsstørrelser og læringsmål til helsepersonell og så videre.

Forutsetninger for å lykkes med gjennomføringen

Forutsetningene for å lykkes med gjennomføring være:

- Nødvendig ressurssetting i helsetjenesten, spesielt spesialisthelsetjenesten blir prioritert
- Forankring av tiltak i Helse- og omsorgsdepartements kommende St. meld om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet
- Samfunnsøkonomiske og budsjettmessige konsekvenser av enkelte anbefalte tiltak
- Helhetlig koordinering og oppfølging fra myndighetene
- Tydelig ansvars plassering av tiltak
- Berørte virksomheter deltar i utredning, planlegging, gjennomføring og evaluering av iverksatte tiltak
- Nødvendig forskning og kunnskapsproduksjon, og at det legges til rette for forskning og kvalitetsarbeid nasjonalt og lokalt, herunder enkel tilgang til datasett og jevnlig publisering av nødvendig statistikk
- At institusjoner med oppdatert kunnskap om temaet formidler dette til relevante aktører
- Oppsummering av kunnskap om behandlingsmetoders effekt og sikkerhet for forebygging og behandling av langvarige smerter

Det vil også være spesifikke forutsetninger som er gjeldende for det enkelte tiltak som iverksettes.

Referanser

Apotekforeningen. (2023). *Tall fra Farmalogg om pakningsstørrelser og anbrudd ved utlevering av avhengighetsskapende legemidler*.

Apotekutvalget. (2023). *Fremtidens apotek - fleksibelt og forsvarlig* (NOU 2023:2).

Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019. Nasjonale resultater*. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/2252/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf?sequence>

Bramness, J., & Sexton, J. (2011). The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004-9. *Norsk epidemiologi*, 21(1), 35-42.

Clausen, T. *Innlegg i prosjektmøte*.

Dhealthapp. (2023). *Epio*. Hentet fra <https://www.dhealthapp.no/epio>

E-helse. (2023a). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

E-helse. (2023b). *ICPC. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icpc/0/0/0/-1>

E-helse. (u.å.). *Program pasientens legemiddelliste*. Hentet fra <https://www.ehelse.no/programmer/program-pasientens-legemiddelliste>

Eccleston, C., Fisher, E., Thomas, K., Hearn, L., Derry, S., Stannard, C., . . . Moore, R. (2017). Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), Art. No.: CD010323.

Ellingsen, C. (2023). *Quality aspects of the Norwegian cause of death statistics*. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/3053846>

Enstad, F., & Bakken, A. (2022). *Ungdata junior 2022*. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3011552/NOVA-rapport-6-2022.pdf?sequence=5&isAl>

European medicines agency. (u.å.). *Det europeiske reguleringsystemet for legemidler*. Hentet fra https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/european-regulatory-system-medicines_no.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Drug-related deaths and mortality in Europe: update from the EMCDDA expert network*. Luxembourg: O. o. t. E. Union. Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (u.å.). *DRD Standard Protocol. version 3.2*. Hentet fra www.emcdda.europa.eu

Exorlive. *START-øvelser for muskel- og skjelettplager*. fra <https://www.exorlive.com/no/start-ovelser>

Folkehelseinstituttet. (2021). *Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre avhengighetsskapende legemidler osv.*

Folkehelseinstituttet. (2022). *Legemiddelforbruket i Norge 2017–2021 - Data fra Grossistbasert legemiddelstatistikk og Reseptregisteret* (Legemiddelstatistikk). Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/1b4b603c4ecf410588d584d5062cc9b8/legemiddelforbruket-i-norge-20172021>.

Folkehelseinstituttet. (2023a). *Folkehelse rapporten. Langvarige smerte i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerte/>

Folkehelseinstituttet. (2023b). *Legemiddelbruk*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/legemiddelbruk/>

Folkehelseinstituttet. (2023c). *Narkotikautløste dødsfall 2022*. Hentet fra <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste->
=

Folkehelseinstituttet. (2023d). *POINT-prosjekt: Upubliserte analyser*.

Folkehelseinstituttet. (2023e). *Tall fra Legemiddelregisteret : Benzodiazepiner, benzodiazepinlignende legemidler og opioider i 2021*.

Folkehelseinstituttet. (u.å.-a). *Dødsårsaksregisteret*. Hentet fra <https://www.fhi.no/op/dodsarsaksregisteret/>

Folkehelseinstituttet. (u.å.-b). *Helsebiblioteket*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no>

Folkehelseinstituttet. (u.å.-c). *Narkotika i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/?term=>

Forskrift om apotek. (2001). FOR-2001-02-26-178. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-02-26-178>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2013). FOR-2012-08-29-842. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Legemiddelregisteret. (2021). FOR-2021-03-26-969. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-03-26-969>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). FOR-2016-10-28-1250. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). FOR-2008-04-03-320.

Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. (2001). FOR-2000-12-21-1378.

Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten (Påtaleinstruksen). (2022). FOR-1985-06-28-1679.

Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk. (2022). FOR-2022-09-22-1630. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-09-22-1630>

Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. (2022). FOR-2022-09-02-977. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-06-02-977>

Fugelstad, A., Ågren, G., Ramstedt, M., Thiblin, I., & Hjelmström, P. (2022). Oxycodone-related deaths in Sweden 2006–2018. *Drug and Alcohol Dependence* 234.

Glette, M. (2022). *Chronic pain in the general population: The role of clinical and longitudinal classifications and their associations with catastrophizing and depression*. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2978390>

Hamina, A., Odsbu, I., Hjellvik, V., Lid, T., Clausen, T., & Skurtveit, S. (2023). Fatal drug overdoses in individuals treated pharmacologically for chronic pain: a nationwide register-based study. *Br J Anaesth*.

Hamina et al. (2022). *Oppdrag fra Helsedirektoratet til SERAF. Interventions to reduce problematic use of prescription opioids: A scoping review*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdosestrategi-2019-2022/id2636987/>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Tildelingsbrev 2022 tillegg nr. 31*.

Helsedirektoratet. (2015a). *Prioriteringsveileder. Fysikalsk medisin og rehabilitering*. Hentet fra [Fysikalsk medisin og rehabilitering](#).

Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveileder. Onkologi*. Hentet fra [Onkologi](#).

Helsedirektoratet. (2015c). *Prioriteringsveileder. Revmatologi*. Hentet fra [Revmatologi](#).

Helsedirektoratet. (2015d). *Prioriteringsveileder. Smertetilstander*. Hentet fra [Smertetilstander](#).

Prioriteringsveileder. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). (2015e). Hentet fra [Avhengighet](#)

Helsedirektoratet. (2016). *Kartlegging av kunnskap i befolkning om bruk av avhengighetsskapende legemidler. Bruk av avhengighetsskapende legemidler*.

Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonal veileder for utprøvende behandling - nasjonale prinsipper* Hentet fra [Utprøvende behandling - nasjonale prinsipper](#).

Helsedirektoratet. (2019b). *Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram. Kapittel 3.9 Legemiddelinformasjon, refusjon over blå resept*. Hentet fra [Legemiddelinformasjon, refusjon over blå resept](#)

Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonale faglige råd for overdose - lokalt forebyggende arbeid. Kapittel 11 Statistikk og definisjon på overdose*. Hentet fra [Nasjonale faglige råd for overdoseforebyggende arbeid i kommunen](#)

Helsedirektoratet. (2021a). *Befolkningens helsekompetanse, del I (IS-2959)*. Hentet fra [Befolkningens helsekompetanse del I - The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 \(HLS19\)](#)

Helsedirektoratet. (2021b). *Nasjonal veileder for vanedannende legemidler*. Hentet fra [Vanedannende legemidler](#).

Helsedirektoratet. (2022a). *Nasjonal pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander*. Hentet fra Langvarige og sammensatte smertetilstander - helhetlig pasientforløp.

Helsedirektoratet. (2022b). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-14 legemidler*. Hentet fra [Rundskriv til folketrygdloven § 5-14 – legemidler](#).

Helsedirektoratet. (2022c). *Vanedannende legemidler. Vilkår for individuell stønad ved langvarig smerte*.

Helsedirektoratet. (2022d). *Vanedannende legemidler. Vilkår for individuell stønad ved langvarige smerter*.

Helsedirektoratet. (2023a). *Kommunalt pasientregister. Datauttrekk. Antall personer registrert med tilstandskode P18, Legemiddelmisbruk (ICPC2, hoved- og/eller bitilstand) per rapporteringsår 2018-2022*. .

Helsedirektoratet. (2023b). *Nasjonal veileder for frisklivssentraler*. Hentet fra [Frisklivssentraler](#).

Helsedirektoratet. (2023c). *Nasjonal veileder for organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker. Under revisjon*.

Helsedirektoratet. (2023d). *Norsk pasientregister. Datauttrekk. Antall personer som er registrert med ICD-10-kode F11.0 Behandling for akutt intoksikasjon/overdose for opiat, F11.1 Skadelig bruk – opiat og F11.2 Avhengighetssyndrom – opiat 2018 til 2022*. .

Helsedirektoratet. (2023e). *Norsk pasientregister. Datauttrekk. Antall personer som er registrert med ICD-10-kode F12.0 Behandling for akutt intoksikasjon/overdose - sedativa og hypnotika, F12.1 Skadelig bruk - sedativa og hypnotika og F12.2 Avhengighetssyndrom – sedativa og hypnotika 2018 til 2022*. .

Helsedirektoratet., Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, & Helse Vest RHF. (2021). *Lærings- og mestings i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringer og forbedringsområder for tilbudi helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene*. Hentet fra [Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene - rapport](#)

Helsetilsynet. (2016). *Informasjon var mangefull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. (1/2016). Hentet fra

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/informasjonen-var-mangefull-og-kom-o>

Helsetilsynet. (2022). *Tilsynsmeldingen*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2022/tall-og-fakta-2021/>

Humphreys K et al. (2022). Responding to the opioid crisis in North America and beyond: recommendations of the Stanford-Lancet commission. . *Lancet* 399 (10324), 555-604

Innerdal, C. (2019). Kvalitetsutviklingsprosjekt. Riktig rekvirering av vanedannende legemidler. *Utposten*, 5.

KPMG. (2020). *Evalueringsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Hentet fra [Evalueringsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)](#)

Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinerutdanning. (2020). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21>

LMI. *Meddelelse i utredningen*.

Lov om apotek. (2000). LOV-200006-02-39. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>

Lov om helsepersonell m.v. (1999). LOV-1999-07-02-64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). LOV-2011-06-24-30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om legemidler m.v. (1992). LOV-1992-12-04-132. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999). LOV-1999-07-02-61. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling. (2023). *Årsrapport 2022*. Hentet fra <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-09/%C3%85rsrapport%202022%20Smerteregisteret.pdf>

Nasjonalt senter for søvnsykdommer, S. *Nasjonalt senter for søvnsykdommer (SOVno)*. fra <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno>

Nasjonalt smerteklinikknettverk. *NOMED*. fra <https://www.smertenettverk.no/nomed>

Nasjonalt smerteklinikknettverk. (2023b). *Norsk kvalitetsregister for pasienter med langvarig smerte. Årsrapport 2022*. Hentet fra https://www.smertenettverk.no/_files/ugd/c7af57_e2ef96355dbb4ce1b6f8c429ab788e6d.pdf

NICE. (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. (NG193). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>.

Norsk Smertesenternettverk. *Smertenettverk.no*. fra <https://www.smertenettverk.no>

Odsbu, I., Handal, M., Hjellvik, V., Borchgrevink, P., Clausen, T., & Hamina, A. (2021). Bruk av andre vanedannende legemidler blant opioidbrukere med langvarige smerter. *Nor J Epidemiol*, (Aug 16).

Odsbu, I., Handal, M., Hjellvik, V., Borchgrevink, P., Clausen, T., Nesvåg, N., & Skurtveit, S. (2022). Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre avhengighetsskapende legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 142

OECD. (2019). *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*. Hentet fra <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries>

Oslo Economics. (2020). *Oppdrag fra Helsedirektoratet. Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter*. . Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-samarbeidsformer-mellom-legetjenesten-i-kommunen->

Pedersen, A. S. *Innlegg i prosjektmøte*.

Regional kompetansetjeneste for smertebehandling, H. S.-Ø. R. (2023). *Smertebehandling*. Hentet fra <https://metodebok.no/index.php?action=chapter&item=ezc8q3iL>

- Regjeringen. (2016). *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresist>
- Regjeringen. (2020). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025/i>
- Regjeringen. (2022). *Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-forebyggings-og-behandlingsreform-pa-rusfeltet/id29>
- Regjeringen. *Overdosestrategien forlenges*. fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/overdosestrategien-forlenges/id2965146/>
- Regjeringen. *Startskot for satsing på helsenæringa*. fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/startskot-for-satsing-pa-helsenaringa/id2998871/>
- RelieVRX. *Take control of your chronic low back pain*. fra <https://www.relievr.com/>
- Rogalandsforskning. (1999). *Piller på avveie* (RF1999/097). Hentet fra <https://norce-research.brage.unit.no/norce-research-xmlui/bitstream/handle/11250/2712224/RFprosent2099-097.i>
- Sjøgren, P., Grønabæk, M., Peuckmann, V., & Ekholm, O. (2010). A population-based cohort study on chronic pain: the role of opioids. *Clin J Pain*, 26(9), 763-769
- Skurtveit, S., Odsbu, I., Gjersing, L., Handal, M., Lid, T., Clausen, T., & Hamina, A. (2022). Individuals Dying of Overdoses Related to Pharmaceutical Opioids Differ from Individuals Dying of Overdoses Related to Other Substances: A Population-Based Register Study. *Eur Addict Res*, 28(6), 419-424.
- St. Olavs hospital HF. *Tall om andel henvisninger med problematisk bruk av opioider*. Upublisert.
- Statens legemiddelverk. (2023). *Om apotekavanse 2023*. Hentet fra <https://www.legemiddelverket.no/Documents/Import%20og%20salg/Apotek%C3%B8konomi/Regnskapsrapport>
- Statens legemiddelverk. *Legemiddelsøk*. fra <https://legemiddelsok.no>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *KOSTRA 2022*.
- Stavanger kommune. *Har du langvarige smerter?*, fra <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehuset/nyheter-fra-helsehuset/langvarige-smerter/>
- Store medisinske leksikon. *Iatrogen*. fra <https://sml.snl.no/iatrogen>
- Stortinget. *Skriftlig spørsmål fra Åshild Bruun-Gundersen (FrP) til helse- og omsorgsministeren* Hentet 15:1943 (2019-2020)
- Swedish Council on Health Technology Assessment. (2006). *Methods of Treating Chronic Pain: A Systematic Review (Summary and conclusions) [Internet]* (SBU Yellow Report 177/1+2). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447986/>

Tolletaten. (2023). *Beslagstal narkotika. Beslagstala for enkelte narkotikastoff i perioden 2017–2019*. Hentet fra <https://www.toll.no/no/om-tolletaten/om-oss/nokkeltal/narkotika/>

Universitetet i Oslo. *POINT - Hvordan unngå en opioidepidemi i Norge: Fokus på behandling av kroniske smerter*. fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/point-hvordan-unnga-opioidepidemi-norge/>

Universitetet i Oslo. *Kollegabasert terapiveiledning (KTV) (avsluttet)*. fra <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/kollegabasert-terapiveiledning-ktv/index.html>

Vedlegg

Vedlegg 1. Deltakelse rådslag 6. juni

Prosjektet avholdt et rådslag d. 6. juni hvor følgende organisasjoner deltok.

- A-larm bruker og pårørendeorganisasjon
- Apotekforeningen
- Avdeling for allmennmedisin, UIO.
- Det Hjelper
- Drammen sykehus HF
- FFHR Foreningen for helhetlig ruspolitikk
- Folkehelseinstituttet
- Foreningen for human narkotikapolitikk
- Foreningen for Kroniske Smertepasienter
- Fri og Chemfriendly Norge
- Helfo
- Helse Bergen HF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse Sør-Øst
- Helsedirektoratet
- KORUS Bergen
- KORUS-Midt, St Olavs hospital HF
- LAR Bergen
- LMI
- Mental Helse
- Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og Helse
- Nasjonal Kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn
- Nasjonal kompetansetjeneste for neuropatisk smerte
- Nasjonalt senter for aldring og helse
- Nordre Follo kommune
- Norges Farmaceutiske Forening
- Norsk forening for allmennmedisin
- Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin
- Norwegian smart care cluster
- Oslo universitetssykehus HF
- PROLAR
- Rusfeltets hovedorganisasjon
- St. Olavs hospital HF og NFKF
- Statens legemiddelverk
- Statsforvalteren i Oslo og Viken
- Sykehjemsetaten, Oslo kommune
- Trondheim kommune
- Universitetet i Oslo, Avdeling for allmennmedisin
- Universitetet i Oslo, Senter for rus- og avhengighetsforskning

- Universitetssykehuset Nord-Norge
- Universitetssykehuset Nord-Norge, Smerteavdelingen

Vedlegg 2. Utredning av mulige tiltak

[Last ned vedlegg \(PDF\)](#)

Vedlegg 3. Skårskjema for måloppnåelse tiltak

[Last ned vedlegg \(PDF\)](#)

Vedlegg 4. Økonomiske og administrative konsekvenser av anbefalte tiltak

Kartleggings- og mestringstilbud for pasienter som er utredet for langvarige smerter hos fastleger (32)

St. Olavs hospital HF har utviklet et verktøy NOMED. De vil ha økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til videre forvaltning av dette. For fastlegene vil dette kreve ressurser for mulig opplæring og bruk. De har allerede takster som ivaretar det økonomiske for bruk.

Tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut eller manuellterapeut i kommunen (33)

For myndigheter kan det være en mulig ressursbruk i form av personell og tid for å bidra med utvikling og forvaltning av normative og finansielle virkemidler. Det er en mulig varig kostnad, som minst flergangskostnad ved revisjoner.

For virksomheter kan det være ressursbruk til forvaltning og kunngjøring av rutiner. Dette vil være en varig kostnad.

For helsepersonell kan tiltaket føre til økt ressursbruk til tverrfaglig samarbeid. Kostnaden er mulig varig.

For pasienter kan tiltaket føre til økt tidsbruk, og frata pasienter mulig nytte av opioidbruk. For pasienter med etablert bruk er det mulig økt risiko for overdoser ved avslutning av opioider og mulig økt bruk av andre rusmidler. Kostnadene kan være varig.

For utdanningsinstitusjoner kan tiltaket føre til ressursbehov for endring og gjennomføring av læringsaktiviteter. Kostnaden er løpende.

Veiledningstjeneste i spesialisthelsetjenesten for fastleger som har pasienter iatrogen avhengighet ved langvarige smerter (39)

For virksomheter kan tiltaket føre til omfordeling eller mulig økte ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Det er mulig at behovet er avtakende over tid som følge av økt kompetanse hos fastleger.

For helsepersonell kan tiltaket føre til omfordeling eller økt ressursbruk i form av tid og personell i spesialisthelsetjenesten. Det er en mulig ineffektivisering ved at man kanaliserer all kommunikasjon gjennom ordinære kanaler. Kostnadene kan være varig.

Kapasitet i behandling av iatrogen avhengighetssyndrom ved langvarige smerter (38)

For myndigheter vil det være ressursbruk for å legge til rette for nødvendige ressurser i spesialisthelsetjenesten. Videre kan det være ressursbruk knyttet til faglig normering og utredning av finansierungsordninger og revidere regelverk ved behov. Kostnadene er knyttet til utviklingsarbeid og deretter videre forvaltning

For virksomheter og helsepersonell vil det være omfordeling av eksisterende ressurser eller økt ressursbruk på behandling av iatrogen avhengighetssyndrom. Det stiller krav til tilgang til kvalifisert helsepersonell og prioritering mot andre pasientgrupper med behov. Kostnadene vil avta etter en periode.

Dialogmelding mellom apotek og fastlege (17)

For myndigheter kan det være ressursbruk for faglig normering ved bruk av slike dialogmeldinger. Det vil være en fast forvaltningskostnad ved faglig normering.

For virksomheter vil det være økt ressursbruk for utvikling eller anskaffelse av funksjonalitet for løsning og videre forvaltning og kunngjøring av rutiner. Det vil være en fast forvaltningskostnad ved innføring av tekniske løsninger.

For helsepersonell kan det være mulig tidsbruk knyttet til opplæring og tverrfaglig samhandling. Det vil være en varig kostnad, men mulig avtakende over tid som følge av mer trygg og effektiv legemiddelbehandling.

Kommunale kvalitetsprosjekter om bruk av opioider i behandling av langvarige smerter (13)

For virksomheter vil det være omfordeling / mulig økt ressursbruk til planlegging, gjennomføring, evaluering og endring av praksis. Kostnaden vil være knyttet til prosjektgjennomføring som grunnlag for varig kvalitetsarbeid.

For helsepersonell vil det være tidsbruk til aktiviteter. For private vil det være en mulig tapt arbeidsfortjeneste. Størrelsen avhenger av omfanget av aktiviteter. Det vil være en oppstartskostnad knyttet til prosjektet som grunnlag for videre kvalitetsarbeid.

Kvalitetspakke for leger om ordinering og rekvirering av opioider (3)

Utviklingen av kvalitetspakken fra SKIL er en anskaffelse fra Helsedirektoratet, slik at det allerede er etablert rapporteringsrutiner for utbredelse i bruk.

SKIL sin kvalitetspakke om avhengighetsskapende legemidler er utarbeidet for fastleger og kommuner. Det er per i dag under 400 fastleger som har gjennomført eller gjennomfører kurset. Fra 2021 utlyste Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet at næringsdrivende fastleger, vikarer og kommuner med ansatte fastleger/vikarer kan søke om refusjon for dekking av kostnad ved fravær fra praksis i forbindelse med kurs i kvalitetsforbedring og/eller pasientsikkerhet. Per nå får legene praksiskompensasjon og refusjon av kursavgift for kurs i kvalitetsarbeid fra fond fra kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Legeforeningen. Kurset "Vanedannende legemidler" er forhåndsgodkjent av kvalitetsfondet.

Det er ikke alle leger som har behov for kompetanseheving på området. De er spesielt legemiddelrekvirenter med avvikende praksis fra anbefalingene i Nasjonal veileder for vanedannende legemidler som har nytte av et slikt tiltak. Videre kan statsforvalteren bruke SKIL sitt kurs aktivt når det gis faglig pålegg til legemiddelrekvirenter som reaksjonsform i tilsynsarbeidet.

For apotek og legemiddelleverandører kan tiltaket gi redusert omsetning av opioider.

Helsedirektoratet har etterspurt SKIL ytterligere økonomiske og administrative konsekvenser for fastleger for kursdeltakelse og eventuelle utviklingsbehov av kvalitetspakken.

KUPP-kampanje om bruk av opioider ved langvarige smerter (4)

For myndighetene kan det føre til mulig ekstra finansiering, så lenge tiltaket ikke kan prioriteres gjennom eksisterende bevilgninger til RELIS. KUPP har tidligere hatt særskilt finansiering over Statsbudsjettet, men nå skal tjenesten inngå i RELIS sin ordinære drift fremover. Dette er en svært ressurskrevende tjeneste ved at det er legemiddelrådgivere som har enten reiser ut til fastlegene på fysiske møter eller har digitale en-til-en møter med fastleger. KUPP-besøkene er tilpasset en konsultasjonstime, slik at fastlegen ikke behøver å bruke andre ressurser på deltakelse for å få kompetanseheving.

Det er estimert en budsjettkostnad på 9,6 millioner kroner for å gjennomføre en ny KUPP-kampanje mot fastlegene i hele landet over en toårs periode. Estimater er beregnet ut fra at 80 prosent av fastlegene får KUPP, det vil si 4000 fastleger gjennom 2000 fysiske og 2000 digitale møter. Estimater dekker kostnader for personell, reiser, administrasjon, materiell og uforutsette utgifter. Det er flere usikkerheter beheftet ved estimatet, slik at det vil være behov nødvendig med nye estimer ved prioriteringer. Tiltaket vil avhenge av bevilgning, tilgjengelige personalressurser og eventuelt føringer fra oppdragsgiver Statens legemiddelverk om prioriteringer. Kampanjen kan skaleres ned ved å rette tiltaket mot geografiske områder i Norge med høyere rekvirering enn landsgjennomsnittet for eksempel Agder og Østfold.

For virksomheter vil det føre til omfordeling eller ekstra ressurser til kursdeltakelse eller kvalitetsarbeid innen dette temaet.

For helsepersonell vil det føre til tidsbruk for deltakelse og tapt arbeidsfortjeneste for private. Det kan være et irrelevant besøk da kompetansen er tilstrekkelig. Et KUPP-besøk varer i 20 minutter. I tillegg kommer administrasjon knyttet til booking av besøk.

Elektronisk systemstøtte for ordinerings og rekvirering av opioider i e-reseptkjeden (18)

For myndigheter vil det føre til personell og økonomiske ressurser til teknisk utvikling og forvaltning. Det vil være utviklings- og forvaltningskostnader.

For virksomhetene vil det føre til økte ressurser til utvikling av funksjonalitet, lagring av data og datasikkerhet. Det vil være utviklings- og forvaltningskostnader.

For helsepersonell kan være mulig tidsbruk til håndtering av varsler, mulig irrelevans og redusert tillitt til systemstøtte. Det er mulig avtakende over tid.

For EPJ-leverandører vil det kreve ressurser til utvikling og forvaltning av funksjonalitet.

For apotek og legemiddelindustri kan det gi mulig redusert salg av opioider.

For pasienter kan det føre til økte enhetspriser på opioider legemidler.

Økonomiske og administrative konsekvenser må utredes nærmere ved utredning av elektronisk systemstøtte. En slik utredning vil blant annet berøre ressurser fra de kliniske fagmiljøene i kommuner og spesialisthelsetjeneste, Statens legemiddelverk og NHN.

Verktøy for risikostratifisering for forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og overdosefare (15)

For myndighetene kan det kreve ressurser til utvikling, forvaltning og veiledning om kodebruk.

For virksomheter vil det føre til ressursbruk til utvikling eller anskaffelse av funksjonalitet.

For helsepersonell kan det være økt tidsbruk.

Økonomiske og administrative konsekvenser må utredes nærmere ved utredning av verktøyet. Det vil blant annet berøre ressurser innen forskning og legemiddelepidemiologisk kompetanse fra Folkehelseinstituttet for utvikling og evaluering, og fra de kliniske fagmiljøene i kommuner og spesialisthelsetjenesten med deltakelse i utredning og senere utprøving av verktøy. Om verktøyet skal være elektronisk så krever dette teknisk kompetanse og samarbeid med EPJ-leverandører for å utvikle slik funksjonalitet. Erfaringen fra allmennlegenes EPJ-marked er at det tar svært lang tid å få utviklet ny funksjonalitet.

Lokale implementeringsstrategier for nasjonal veileder for vanedannende legemidler (14)

For myndigheter kan det føre til ressursbruk for veiledning og koordinering. Det kan være en flergangskostnad ved revisjoner av veileder.

For virksomheter vil det føre til tidsbruk og personellressurser til å planlegge, gjennomføre og evaluere implementeringsstrategier. Det kan være en flergangskostnad ved revisjoner av veileder. Det er en del kommuner som har stor rotasjon i sine ansatte, hvilket kan få betydning av varigheten av økonomiske og administrative av tiltaket, slik at det kan være behov for rutiner for opplæring og vurdering av kompetanse.

For helsepersonell vil det føre til tidsbruk og ressurser til endringsarbeid. Det er en mulig engangskostnad. En stor andel av fastleger er privat næringsvirksomhet hvor slik deltakelse ikke er kompensert gjennom avtaler med kommunen.

Veiledning fra KORUS til kommune om forebygging og behandling av iatrogen avhengighet og overdoser (20)

KORUS har i oppdrag gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet å bistå i implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

For myndighetene kan det kreve ekstra finansiering, så lenge at det ikke kan prioriteres innad i eksisterende tilskudd.

For virksomheter vil det kreve ressurser til samhandling med KORUS.

For helsepersonell vil det kreve tid og ressurser for deltakelse. En stor andel av fastleger er privat næringsvirksomhet hvor slik deltakelse ikke er kompensert gjennom avtaler med kommunen.

Felles prosedyre for helseforetak om ordinerings og rekvirering av opioider postoperativt (16)

For myndigheter kan dette være tidsbruk ved oppdrag til de regionale helseforetakene.

For virksomhetene vil det kreve tidsbruk og personell i spesialisthelsetjenesten til utvikling, forvaltning og kunngjøring av prosedyrer. Det vil være utviklings- og videre forvaltningskostnader. Det vil være varig.

For helsepersonell vil det kreve tidsbruk og personellressurser til opplæring og etterlevelse av prosedyren. Det vil være varig.

Befolknings- og pasientrettede tiltak for å øke helsekompetanse her under barn og unge (8)

Helsedirektoratet gjør i 2023 anskaffelse av materiell til befolkningsrettet informasjonsarbeid. Helsedirektoratet bruker ressurser for planlegging, gjennomføring og evaluering av informasjonsaktivitetene. Planleggingsfasen vil avdekke videre økonomiske og administrative konsekvenser. Graden av disse henger sammen med ambisjonsnivå, antall målgrupper og kanalvalg med mer. Flere informasjonskanaler krever også betaling for bruk. Tiltaket kan også kreve ressurser hos eventuelle samarbeidspartnere og bruk av deres informasjonskanaler. Videre kan man utvikle flere tiltak og kanaler for å bidra til å styrke helsekompetansen ytterligere, for eksempel bruk av helsesykepleiere i holdningsarbeid i regi av skolehelsetjenesten.

For apotek og legemiddelprodusenter kan det føre til redusert salg av opioider.

Systematisk pasientopplæring om bruk og oppbevaring av opioider (9)

For myndighetene vil det føre til tids- og ressursbruk til utforming, forvaltning og publisering av opplæringsmateriell. Videre vil det være ressursbruk for koordinering med samarbeidende aktører og implementering av materialet. Samarbeidsaktører kan være Legeforeningen, Statens legemiddelverk, LMI, Apotekforeningen, de regionale helseforetakene og pasient- og pårørende foreninger. Det finnes allerede utgangspunkt på helsenorge.no og vedlegg til Nasjonal veileder for vanedannende legemidler, slik at ressursinnsatsen synes å være svært begrenset.

Det er mulig å gjennomføre et slikt prosjekt som delleveranse i forbindelse med en oppdatering av Nasjonal veileder for vanedannende legemidler eller som et eget prosjekt. Et slikt prosjekt har svært begrensede administrative og økonomiske byrder for selve oppdateringen og videre forvaltning.

For virksomheter og apotek vil det være tids- og ressursbruk for utforming, kunngjøring og opplæring av ansatte.

For helsepersonell vil det være tidsbruk til opplæring. Det å gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon kan være tidkrevende for helsepersonell.

Om informasjonen skal kobles til den kliniske arbeidsflyten i EPJ vil det kreve en teknisk kobling til denne informasjonen fra Helsedirektoratets nettsider.

Begrense rekvirerings- og/eller utleveringsregler for bruk av opioider ved langvarige smerter (12)

Myndighetene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser i form av tilgang til personell og økonomiske ressurser til planlegging, utredning, høring og iverksetting av nye rekvirerings- og/eller utleveringsregler for bruk av opioider.

Økonomiske og administrative konsekvenser for de øvrige aktørene må utredes nærmere som følge av videre anbefalinger.

Forutsetning er at dette tiltaket ses i sammenheng med en eventuell oppdatering av Nasjonal veileder for vanedannende legemidler og kommer i forkant av tiltak om individuell stønadsordning i tråd med rekvireringsregler.

Individuell stønadsordning i tråd med rekvireringsregler (19)

I første omgang vil myndighetene ha økonomiske og administrative konsekvenser i form av personell og økonomiske ressurser for endring av vilkår og teknisk utvikling av løsning, rutiner for saksbehandling av søknader. Det kan videre være løpende forvaltningskostnader ved videreføring av en søknadsordning. I Helsedirektoratets rapport om individuell stønadsordning om vedvarende bruk av opioider ved behandling av pasienter med kroniske smerter (-71) er det gitt videre beskrivelser av konsekvenser for endringsbehov i tekniske løsninger for oppgjørsordning og utvikling av en elektronisk kalkulator for omregning av mg OMEQ.

Virksomheter og leverandører vil få økonomiske og administrative kostnader knyttet til teknisk utvikling av løsning og ressursbruk for opplæring og utfylling av søknader. For pasienter vil innskjerpelser i rekvireringsregler føre til økt egenbetaling.

Forutsetning er at dette tiltaket ses i sammenheng med rekvirerings- og utleveringsregler for bruk av opioider ved langvarige smerter.

