

Opioider på blå resept mot langvarige smerter

– en spørreundersøkelse til fastleger

Trond Høibø^{1,2,3}, Svetlana Skurtveit^{4,5} og Torgeir Gilje Lid^{2,6}

1. Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE)/NORCE Bergen
2. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)
3. Fastlege, spesialist i allmennmedisin, Stavanger kommune
4. Avdeling for kroniske sykdommer, Folkehelseinstituttet
5. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
6. Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

E-post: trondhoibo@gmail.com

SAMMENDRAG

Hensikt

Fastleger har muligheten til å søke om individuell refusjon av opioider mot langvarige ikke-kreftrelaterte smertetilstander. Gitte kriterier skal sikre forsvarlig og god behandling. Vi ville undersøke om pasientene er sikret forsvarlig og hensiktsmessig behandling i praksis, ved å se på viktige risikofaktorer for overdose og avhengighet og fastlegens holdning til behandlingen.

Materiale og metode

Alle fastleger i Rogaland som oppga å minst én gang ha søkt om individuell refusjon av opioider mot langvarig smertetilstand, ble invitert via e-post til en nettbasert, anonym spørreundersøkelse. Det ble mottatt 61 svar, responsraten var 32 %. Fastlegene besvarte spørsmålene ut fra én konkret pasient de hadde søkt refusjon for.

Resultater

Gjennomsnittlig dosering per dag var 76 mg orale morfinekvivalenter (OMEQ). Samtidig bruk av legemidler fra reseptgruppe A eller B i tillegg til opioider forekom hos 53 % (n = 31) av pasientene. I gruppen der pasienten hadde slik samtidig bruk var 41 % (n = 13) av fastlegene enig eller delvis enig i at den medikamentelle behandlingen var hensiktsmessig. I gruppen der pasienten kun brukte opioider, mente 72 % av fastlegene det samme.

Konklusjon

Ordningen med individuell refusjon av opioider på blå resept mot langvarige smertetilstander er ingen garanti for at pasienten er sikret forsvarlig eller hensiktsmessig medikamentell behandling.

HOVEDBUDSKAP

Over halvparten (53 %) av pasientene som fikk opioider mot langvarige smerter, fikk i tillegg minst ett annet vanedannende legemiddel (benzodiazepiner, z-hypnotika, cannabis eller pregabalin).

Andelen fastleger som mente at pasientens medikamentelle behandling var hensiktsmessig, sank når opioiddosen var over 100 OMEQ eller når det var samtidig forskrivning av andre vanedannende legemidler.

INTRODUKSJON

Langvarige smertetilstander er en viktig årsak til redusert livskvalitet og den vanligste årsaken til uførhet i Norge (1, 2). Opioider har god effekt ved akutt smerte. Ved langvarige smertetilstander er det derimot ikke dokumentert effekt. Det er i tillegg stor risiko for bivirkninger, inkludert avhengighet og overdose (3–5). Risikoen for slike alvorlige bivirkninger øker særlig i takt med dosering, og ved samtidig bruk av andre vanedannende midler (5, 6).

Det har likevel vært akseptert å prøve ut behandling med opioider der andre tiltak ikke har ført frem (7–9). Fra 2008 ble det mulig å få opioid på blå

resept for langvarige ikke-kreftrelaterte smertetilstander, og fra 2016 har også fastlegene kunnet søke om dette individuelt for aktuelle pasienter (10). Fastlegene må forholde seg til gitte kriterier (se ramme 1). Blant annet kan de ikke søke om mer enn 100 mg daglige orale morfinekvivalenter (OMEQ), og minste effektive dose skal benyttes slik at faren for bivirkninger og utvikling av avhengighetssyndrom er redusert. I 2019 fikk 18 443 pasienter utlevert opioider på grunnlag av refusjonskode -71, som dekker langvarige, ikke-kreftrelaterte smertetilstander (11). De fleste pasienter med vedvarende opioidbruk får imidlertid dette på hvit resept. Vi vet ikke årsaken til dette, men hvitreseptgruppen har flere psykiatriske symptom- og sykdomsdiagnoser, inkludert avhengighetsdiagnoser (12).

Den viktigste normative kilden til forsvarlig behandling er nasjonal veileder for vanedannende legemidler (8). Der understrekes fastlegens nøkkelrolle i forskrivning. Fastlege bør ikke forskrive mer enn 100 OMEQ og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler frarådes, med unntak av noen i akutte situasjoner (8).

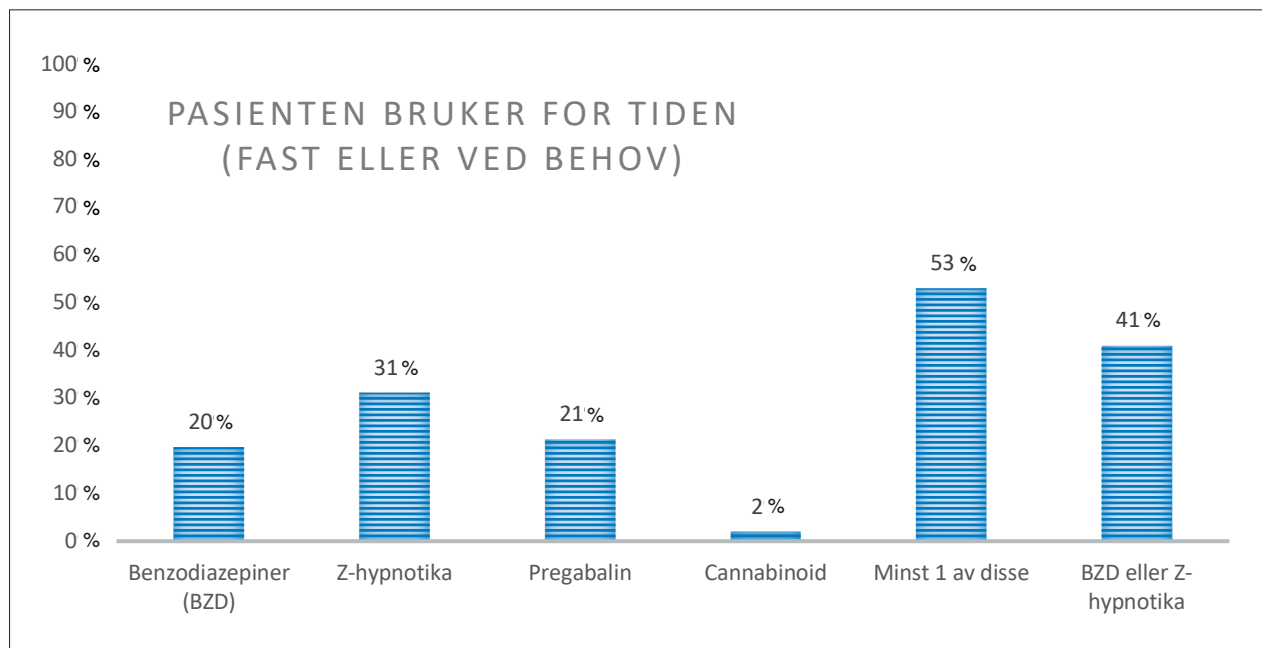
De katastrofale følgene av opioidepidemien i USA er allment kjent. Vi har heldigvis ikke hatt en slik utvikling i Norge, og heller ingen sikker økning i total bruk av opioider i Norge (13). Det er likevel en del utviklingstrekk som gir grunn til bekymring. Reseptbelagte opioider har overtatt for heroin som viktigste årsak til overdosedødsfall (14). Det er også en økning

Ramme 1. Opioider på blå resept mot kroniske sterke smerter som ikke skyldes aktiv kreftsykdom.

Helfo har følgende vilkår og krav til søknad fra fastlege:

- Behandlingen er vurdert å gi bedring av pasientens funksjon og livskvalitet.
- Minste effektive dose benyttes slik at faren for bivirkninger og utvikling av avhengighetssyndrom er redusert.
- En konkret behandlingsplan foreligger.
- Døgndose inntil (\leq) 100 mg orale morfinekvivalenter
- Avklart smertetilstand

Figur 1. Andel av pasientene i studien, som bruker andre vanedannende midler i tillegg til opioider.



av personer i gruppen av vedvarende opioidbrukere med det høyeste forbruket (15). I tillegg er samtidig bruk av opioider med andre vanedannende legemidler vanlig (11).

Vi ville undersøke om pasientene som får opioider på blå resept mot langvarige ikke-krefrelaterte smerter, er sikret forsvarlig og hensiktsmessig behandling. Vi valgte å ta utgangspunkt i fastleger som selv hadde søkt om individuell refusjon av opioider for minst en av sine pasienter, og i denne gruppen undersøke anerkjente risikofaktorer for overdose og avhengighet og fastlegens holdning til ulike aspekter ved behandlingen.

MATERIALE OG METODE

Utvalg og fremgangsmåte

Undersøkelsen ble gjennomført som en nettbasert undersøkelse (Nettskjema). Fastlegene ble bedt om å besvare undersøkelsen med utgangspunkt i *den siste pasienten de søkte opioider på individuell refusjon for*.

Vi innhentet fastlegenes personlige e-postadresser fra hver enkelt kommuneoverlege i Rogaland. Invitasjonen ble sendt ut våren 2021 til 408 fastleger, etter at syv leger hadde reservert seg mot å motta invitasjonen. Kun de fastlegene som minst en gang hadde søkt opioider etter individuell refusjon ble bedt om å svare. Upubliserte tall fra Reseptregisteret fra 2019 viser at 193 av legene i Rogaland som har forskrevet opioider på blå resept (paragraf -71), også har benyttet koder fra det allmenntillegens diagnosesystemet ICD-11. Dette representerer da antatt målgruppe for vår undersøkelse. Vi mottok 61 svar. Svarprosenten blir da 32 (62/193).

Spørreskjemaet

De fleste spørsmålene ble presentert som påstander der fastlegene skulle ta stilling til grad av enighet, på en fempunkts Likert-skala fra 1 (helt ueinig) til 5 (helt enig). Likert-kategoriene er i hovedregelen

dikotomisert der helt enig (5) og noe enig (4) er slått sammen til en gruppe, og 1 (helt ueinig) til 3 (verken eller) er slått sammen.

I kartlegging av opioidbruk spurte vi om total døgndose (mg eller µg/time) for fast og behovsbruk samlet for hvert enkelt virkestoff. Daglige orale morfinekvalenter (OMEQ) ble omregnet med Helfos kalkulator for dette formålet (16). Kartlegging av ikke-opioide medikamenter var et rent avkryssings spørsmål.

Spørsmålene ble i utviklingsprosessen pilotert ved hjelp av *think aloud*-metodikk på tre leger med ulik erfaring fra smertebehandling. To jobbet som fastlege, én var spesialist i et kirurgisk fag, men jobbet som allmenntilleg, én hadde videreutdanning i smertemedisin. Det ble innhentet innspill til spørreskjemaet fra en regional brukerorganisasjon, Foreningen for kroniske smertepasienter.

Spørreskjemaet tok også for seg ikke-medikamentelle tiltak, og hvem som hadde initiert opioidbehandling, men dette presenteres ikke i denne artikkelen.

Definisjoner

Vi ba fastlegene plassere pasienten i kategorier som svarer til diagnosene fra klassifikasjonssystemet ICD-11 (International Classification of Disease, 11th revision). Her deles langvarig smerte inn etter etiologi. Hovedskillet går mellom smerte uten sikker årsak (primær), og smerte som følge av andre tilstander (sekundær). Denne distinksjonen er av betydning for behandlingen av tilstanden, og reflekteres ikke godt i diagnosesystemet som brukes i allmennpraksis (ICPC-2). De nye smertediagnosene er vist å kunne benyttes av allmenntilleg selv uten forutgående kjennskap til ICD-11 (17).

For vanedannende legemidler tar vi utgangspunkt i reseptgruppe A og B. Pregabalin er i reseptgruppe B, mens gabapentin er i reseptgruppe C. Nasjonal veileder for vanedannende legemidler har samme

inndeling. Vi har ikke spurt om barbiturater eller sentralstimulerende midler i undersøkelsen.

Vurdering av faren for avhengighet inngår i vilkårene for forskrivning av opioider på blå resept (ramme 1). Vi ønsket også å kartlegge andre uheldige sider ved opioidbruk. Dette kalte vi *andre farer ved opioidbruk* og ble underveis i spørreundersøkelsen definert som: bivirkninger, toleranseutvikling, bruk til rusformål, medikamenter på avveie og risikoen for akutt overdosering/overdose.

Vi brukte statistikkpakken SPSS (versjon 27). Sammenlikninger mellom grupper ble foretatt med kjiqvadrattest, også mellom de dikotomiserte variablene. Forskjeller basert på opioiddosering mellom ulike grupper ble undersøkt med T-test for uavhengige variabler. Fem av respondentene oppga ikke dosering av opioid, bare virkestoff. Ut fra virkestoff (tramadol, kodein eller tapentadol) kunne likevel tre av disse plasseres i gruppen som brukte mindre enn 100 OMEQ.

Etikk

Dette var en anonym undersøkelse via Nettskjema. Anonyme spørreundersøkelser trenger ikke godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet ble søkt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som vurderte studien som helsetjenesteforskning og derfor ikke søknadspliktig (søknadsnummer 153224). Spørsmålene og svar-kategoriene for demografiske data ble utformet slik at respondenter ikke kunne identifiseres i etterkant.

RESULTATER

Flest pasienter (43 %, n = 26) var i aldersgruppen 50–69 år, og 77 % (n = 46) var kvinner. De fleste (74 %, n = 45) hadde vært pasient hos den aktuelle fastlegen i minst 2 år. De hyppigste diagnosekategoriene var smerte sekundært til tilstander i muskel- og skjelettsystemet (39 %, n = 24), til kirurgi eller traume (31 %, n = 19), eller til nevrologiske tilstander (15 %, n = 10).

Tabell 1. Pasientkarakteristika.

Kategori	Underkategori	Antall	Prosentfordeling
Alder	18–49	18	30 %
	50–69	26	43 %
	70+	17	28 %
Kjønn	Kvinner	46	77 %
	Menn	14	23 %
Hyppigste diagnose-kategorier (ICD-11) *	Sekundert til tilstander i muskel og skjelett	24	39 %
	Sekundert til kirurgi eller traume	19	31 %
	Primære smertetilstander	9	15 %
	Nevropatiske smertetilstander	9	15 %
Fastlegerelasjon varighet	0–23 måneder	16	26 %
	2–5 år	14	23 %
	6–10 år	13	21 %
	Mer enn 10 år	18	30 %
Type opioid	Oksykodon	25	41 %
	Buprenorfin	13	21 %
	Fentanyl	10	16 %
	Kodein	8	13 %
	Tramadol	7	12 %
	Tapentadol	6	10 %
	Ketobemidon	1	2 %
	Morfin	1	2 %
Annen relevant medisinerings **	Paracetamol	56	92 %
	NSAID	15	25 %
	Pregabalin	13	21 %
	Trisykliske antidepressiver	11	18 %
	Andre antidepressiver	8	13 %
	Gabapentin	8	13 %
	CBD/cannabinoider	1	2 %

* Flere diagnosekategorier mulig for samme pasient.

** Det er spurt om hvilke andre medikamenter pasienter bruker for tiden, både fast og ved behov, og uansett indikasjon.

$n = 9$). Ni pasienter (15 %) hadde primære smertetilstander som for eksempel fibromyalgi eller irritabel tarm.

Flest fastleger var i aldersgruppen 40 til 54 år (48 %, $n = 29$), 36 % ($n = 22$) var yngre, og 16 % ($n = 10$) eldre. 57 % var menn og 74 % spesialister i allmenntilleggsmedisin. Omtrent halvparten (48 %) hadde minst 1200 listepasienter, og 25 % hadde under 1000 listepasienter. Et flertall (67 %) angir at de selv har tilstrekkelig med tid og ressurser til å følge opp pasienten (tabell 2).

Flere av fastlegene var helt eller noe enig i at de var faglig trygge på medikamentell behandling (62 %, $n = 38$) enn på ikke-medikamentell behandling (41 %, $n = 25$, $p = 0,04$).

Sterke opioider (reseptgruppe A) var vanligere enn svake opioider (reseptgruppe B: kodein og tramadol) (tabell 1). Gjennomsnittlig dosering per dag var 76 mg OMEQ, mens median var 45 mg OMEQ.

Paracetamol (92 %, $n = 56$) og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAID) (25 %, $n = 15$)

var de hyppigst brukte ikke-opioide analgetika. Trisykliske antidepressiver ble brukt hos 18 % ($n = 11$). Andre antidepressiver ble brukt hos 13 % ($n = 8$).

Om lag halvparten av pasientene (53 %, $n = 31$) brukte minst ett annet legemiddel fra reseptgruppe A eller B i tillegg til opioidene (figur 1). For denne pasientgruppen var 41 % ($n = 13$) av fastlegene helt eller noe enig i at den medikamentelle behandlingen var hensiktsmessig, mens når pasienten kun brukte opioid var 72 % ($n = 21$) av fastlegene helt eller noe enig i at den medikamentelle behandlingen var hensiktsmessig ($p = 0,013$).

Fjorten (24 %) pasienter brukte mer enn 100 mg OMEQ daglig. Ved opioiddoser over 100 mg OMEQ mente 29 % ($n = 4$) av fastlegene at fastlege burde være hovedansvarlig for utarbeidning av behandlingsplanen, mot 62 % ($n = 28$) av fastlegene der pasienten hadde en opioiddose under 100 mg OMEQ. Seks av fjorten (43 %) fastleger til pasienter som fikk over 100 OMEQ var helt eller noe enig i at den medikamentelle behandlingen var

hensiktsmessig, mens for pasienter som fikk under 100 OMEQ var 62 % ($n = 28$) av fastlegene helt eller noe enig i at den medikamentelle behandlingen var hensiktsmessig.

Drøyt halvparten (51 %, $n = 31$) av fastlegene var helt eller noe enig i at de hadde god kjennskap til hvordan pasienten forholdt seg til alkohol, mens hele 75 %, ($n = 46$) av fastlegene mente det samme om andre rusmidler enn alkohol.

Flertallet av fastlegene var helt eller noe enig i at de var faglig trygge i vurderingen av avhengighet (70 %, $n = 43$) og andre farer ved opioidbruk (69 %, $n = 42$). Om lag halvparten (51 %) anga at det var nødvendig at pasienten kjente til risikoen for overdose. Ingen av fastlegene kjente til om pasienten hadde en skriftlig avtale om bruken av opioider (opioidkontrakt), selv om 15 % ($n = 9$) var helt eller noe enig i at det ville vært hensiktsmessig. Kun tre fastleger (5 %) var helt eller noe enig i at det var hensiktsmessig å forskrive nalokson antidot til pasienten, mens 41 fastleger (67 %) var helt uenig i at det var hensiktsmessig.

Tabell 2. Oversikt påstander (N = 61).

Fastlegen bedt om å ta stilling til følgende påstander		Andel/ antall svart 4 eller 5 på enighetsskala fra 1 til 5.	
		andel	n/n total
Jeg har god kjennskap til pasientens	fysiske funksjonsnivå	90 %	55/61
	sosiale funksjonsnivå	72 %	44/61
	oppfatning av egen helsetilstand	90 %	55/61
Jeg er faglig trygg på	medikamentell smertebehandling	62 %	38/61
	ikke-medikamentell smertebehandling	41 %	25/61
Fastlege har utarbeidet behandlingsplan (alene eller med andre)*		87%	53/61
Behandlingsplanen er skriftlig*		48 %	29/61
Jeg har tid og ressurser til å gi denne pasienten forsvarlig oppfølging		67 %	41/61
Pasienten har fått tilstrekkelig oppfølging	i kommunen	39 %	24/61
	ved smerteklinikk	36 %	22/61
	hos annen spesialist	52 %	32/61
Jeg er faglig trygg på	vurdering av faren for avhengighet	70 %	43/61
	vurdering av andre farer ved opioidbruk	69 %	42/61
Jeg kjenner godt til [hvordan denne pasienten] forholder seg til alkohol		51 %	31/61
Jeg kjenner godt til [...] forholder seg til andre rusmidler enn alkohol		75 %	46/61
Den medikamentelle behandlingen er hensiktsmessig	(opioiddose > 100 OMEQ)	43 %	6/14
	(opioiddose < 100 OMEQ)	62 %	28/45
	(opioid OG annet vanedannende legemiddel)	41 %	13/32
	(opioid UTEN andre vanedannende legemidler)	72 %	21/29
Hos denne pasienten er det hensiktsmessig å	foreskrive nalokson som antidot	5 %	3/61
	utføre ruscreening i urin	5 %	3/61
	ha en skriftlig opioidkontrakt	15 %	9/61
[...] farer ved opioidbehandling	Jeg vet hvor jeg kan få hjelp til å vurdere	38 %	23/61
	Jeg har informert pasienten godt om	92 %	56/61
	Pasienten er interessert i å høre om	54 %	33/61
Pasienten er positiv til nedtrappingsforsøk av opioidene		33 %	20/61
Det er nødvendig at pasienten kjenner til risikoen for overdose		51 %	31/61

* Avkrysnings spørsmål, ikke Likert-skala.

Det var ikke forskjeller i gjennomsnittlig opioiddose mellom kvinnelige og mannlige leger (76 mg OMEQ hos kvinner, 77 mg hos menn, $p = 0,892$). Færre kvinner var helt eller noe enig i at de hadde god kjennskap til hvordan pasienten forholdt seg til alkohol (35 % for kvinner mot 65 % for menn, $p = 0,021$). Færre kvinner var også helt eller noe enig i at de hadde god kjennskap til hvordan pasienten forholdt seg til andre rusmidler, men forskjellen var ikke signifikant (69 % for kvinner mot 79 % for menn, $p = 0,367$).

DISKUSJON

Oppsummering funn

I denne undersøkelsen besvarte fastleger spørsmål ut fra en konkret pasient som de hadde søkt om opioider på blå resept for. Den gjennomsnittlige opioiddosen var 76 OMEQ, og om lag halvparten av pasientene fikk andre vanedannende legemidler i tillegg til opioider. Andelen fastleger som mente at pasientens medikamentelle behandling var hensiktsmessig, sank

når opioiddosen var over 100 OMEQ eller når det var samtidig forskrivning av andre vanedannende legemidler.

Vurdering av funn

Det er flere av funnene i undersøkelsen som er av betydning for vurdering av om behandlingen er forsvarlig og hensiktsmessig.

Mange pasienter brukte andre vanedannende midler i tillegg til opioidene. Andelen pasienter med slik samforskrivning er på nivå med tidligere funn (11, 18). Det er også en høy andel hvis vi bare ser på benzodiazepiner og z-hypnotika. Vi vet at mange med langvarige smerter sliter med søvn og angst (12). Men benzodiazepiner og z-hypnotika er ikke god behandling mot dette når plagene er langvarige (8). Vi mener derfor dette gir grunn til bekymring.

Om lag hver fjerde pasient i undersøkelsen fikk høyere dose enn 100 OMEQ, altså over grensen i refusjonskriteriene for blå resept. Høy opioid-

dose er bekymringsfullt også i denne selekterte pasientgruppen, siden det ikke er grunn til å tro at høyere opioiddose gir bedre smertelindring over tid, samtidig som vi vet det øker risikoen for overdose og andre bivirkninger (3–5). Det er også uheldig å forskrive mer enn vedtaket gir rom for. På den andre siden er de fleste i undersøkelsen innenfor doseringsgrensen.

Omtrent halvparten av fastlegene var helt eller noe enig i at de hadde god kjennskap til pasientens forhold til alkohol. Det kan bety at de ikke hadde kartlagt dette godt nok, noe som passer med tidligere funn om at det sjelden spørres om alkohol i allmennpraksis (19). Når vi sammenholder dette med den høye andelen pasienter som bruker andre vanedannende midler, gir dette funnet også grunn til bekymring for forsvarligheten av behandling. Det er verdt å merke seg en betydelig kjønnsforskjell, der de mannlige legene i langt større grad anga god kjennskap til pasientens forhold til alkohol. ▶

Opioidkontrakt er knapt brukt, tross anbefalinger om at alle pasienter bør ha en slik skriftlig avtale før oppstart (8, 9).

De færreste av legene angir at antidot er aktuelt hos sin pasient. Samtidig er halvparten av legene helt eller noe enig i nødvendigheten av at pasienten kjenner til risikoen for overdose. Vi tror dette skyldes at nalokson nesepripray primært har vært anbefalt som tiltak for overdoser av illegale opioider. Tiltaket er heller ikke nevnt i veilederen for vanedannende legemidler (8). Det er derfor mindre grunn til å kritisere legene i undersøkelsen for dette. Vi mener likevel dette bør være et aktuelt tiltak ved høye doser og ved samtidig bruk av andre vanedannende legemidler.

Samtidig ser det ut til at holdningene til fastlegene i undersøkelsen er mer i tråd med nasjonal veileder enn hva faktisk forskrivning tyder på. Vi så nemlig et tydelig fall i andelen fastleger som fant den medikamentelle behandlingen hensiktsmessig, både ved samtidig forskrivning av andre vanedannende midler, og ved høye opioiddoser.

Hvorfor forskriver så fastleger opioider når de ikke er enige i at behandlingen er hensiktsmessig? Det kan være at de står i et press fra pasienten om fortsatt forskrivning. Vi ser at mange av fastlegene angir at pasientene er lite interessert i å høre om farer ved opioidbruk, og særlig til å forsøke nedtrapping. Hvis pasienten allerede står på opioider på blå resept, kan det i seg selv være en ekstra barriere for å stoppe eller redusere en forskrivning. Pasienten har fått en rettighet som også kan oppfattes som et godkjenningstempel på at behandlingen er god eller hensiktsmessig. Nasjonal veileder er streng og tydelig ved oppstart av forskrivning av opioider mot langvarige ikke-kreftrelaterte smertetilstander. Vi savner tydeligere råd til fastleger med hensyn til pasienter som allerede har stått på opioider over lengre tid.

Vi tenker at farmasøyter har en viktig rolle i trygg forskrivning av opioider. Det er viktig å påse at dosering blir fulgt i henhold til vedtaket. Farmasøyten skal som en del av farmasøytrollen vurdere om det er et særskilt behov for veiledning av kunde og sørge for at slik veiledning blir gitt (20). Ved utlevering av høye doser opioider, og særlig hvis det også er samtidig bruk av andre vanedannende midler, bør det blant annet informeres om risiko for overdosering og opplyses om at det finnes motgift man kan få på resept av legen.

Styrker og begrensninger

Spørreundersøkelsen kartla mange ulike aspekter av et område det savnes kunnskap om. Ved å ta utgangspunkt i et konkret pasientforløp tror vi svarene er mer forpliktende og nærmere faktisk praksis, enn om vi hadde spurt om hvordan de vanligvis gjør det.

Innhentingen av medikament og dosering av opioider var designet på en måte som gjorde det lett å raskt oppgi rett dose medikament uten at respondentene selv måtte regne om til OMEQ.

Den viktigste svakheten ved undersøkelsen er den lave responsraten. Når vi i tillegg spurte om et konkret pasientforløp fra hver fastlege, gjør det oss mindre sikre på om pasientene er representative for gruppen som får opioider på blå resept.

Aldersfordelingen blant legene i studien samsvarer med snittet for norske fastleger på tidspunkt for undersøkelsen. Legene i studien har en litt høyere andel av menn (57 % mot 53 %), en høyere andel som er spesialister i allmenmedisin (74 % mot 63 %)

og etter alt å dømme lenger listelengde enn 1068 som var gjennomsnittet for fastleger. Klar overvekt av kvinner og muskel- og skjelettlidelser blant pasientene er forenlig med epidemiologiske data.

Det er rimelig å anta at legene i studien sannsynligvis er mer interessert i eller har sterkere meninger om temaet enn de som ikke har besvart undersøkelsen, og da gjerne har et mer bevisst forhold til risikofaktorene vi undersøkte. Det er derfor lite sannsynlig at forskrivningen er mindre forsvarlig hos de som har besvart undersøkelsen, enn de som ikke har svart.

Det er en begrensning ved undersøkelsen at vi ikke har kartlagt dosering av andre vanedannende legemidler. Samtidig er det rimelig å anta at bruken er av en viss utstrekning, når vi vet at andre studier viser at dosen vanedannende midler er høyere når opioiddosen er høy (18, 21).

KONKLUSJON

Ordningen med individuell refusjon av opioider på blå resept mot langvarige smertetilstander er ingen garanti for at pasienten er sikret forsvarlig eller hensiktsmessig medikamentell behandling.

Finansiering

Trond Høibø har fått seks stipendmåneder i støtte fra Allmenmedisinsk forskningsfond, og har vært tilknyttet Allmenmedisinsk forskningsenhet i Bergen med Torgeir Gilje Lid som hovedveileder. Trond Høibø har også fått én stipendmåned i støtte fra Primærmedisinsk forskningsfond – Rogaland. Svetland Skurtveit er del-finansiert av Norges forskningsråd prosjekt 320360.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. Landmark T, Romundstad P, Dale O et al. Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scand J Pain* 2013; 4: 182–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>
2. Nielsen CS. Chronic pain is strongly associated with work disability. *Scand J Pain* 2013; 4: 180–1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.08.002>
3. Els C, Jackson TD, Kunyk D et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 10: CD012509. www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012509.pub2/abstract
4. Els C, Jackson TD, Hagveit R et al. High-dose opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 10: CD012299. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012299.pub2>
5. Chou R, Hartung D, Turner J et al. Opioid Treatments for Chronic Pain. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2020. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556244/ (Lest 14. desember 2022).
6. Kaplovič E, Gomes T, Camacho X et al. Sex Differences in Dose Escalation and Overdose Death during Chronic Opioid Therapy: A Population-Based Cohort Study. *PLoS One* 2015; 10: e0134550. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0134550>
7. Opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter: National klinisk retningslinje. Sundhedsstyrelsen, 2018. <https://play.google.com/store/books/details?id=jikhxQEACAAJ>
8. Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler – nasjonal veileder. Helsedirektoratet, 2021. www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler (Lest 13. januar 2022).
9. Stubhaug A, Breivik H, Granat LP et al. Metodebok

langvarige smertetilstander. Oslo universitetssykehus, 2021. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Regional-kompetansetjeneste-for-smerte/Documents/Metodebok%20langvarige%20smerter%20OUS%20v1.0.pdf>

10. Helsedirektoratet. Opioider 1. Kriterier for refusjon av opioider ved kroniske sterke smerter som ikke skyldes aktiv kreftsykdom. www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til--5-14-legemiddellisten/virkestoffer/opioider-1 (Lest 9. desember 2021).
11. Odsbu I, Handal M, Hjellevik V et al. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.21.0659>
12. Odsbu I, Hjellevik V, Handal M et al. Psykiske lidelser og plager ved vedvarende opioidbruk for langvarige ikke-kreftrelaterte smerter – en registerstudie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. https://tidsskriftet.no/sites/default/files/2024-01/tidsskr_23_0414.pdf
13. Muller AE, Clausen T, Sjøgren P et al. Prescribed opioid analgesic use developments in three Nordic countries, 2006-2017. *Scand J Pain* 2019; 19: 345–53. <http://dx.doi.org/10.1515/sjpain-2018-0307>
14. Folkehelseinstituttet. Narkotikautløste dødsfall 2023. Folkehelseinstituttet, 2023. www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/?term= (Lest 21. februar 2024).
15. Skurtveit S, Handal M, Hjellevik V et al. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelseinstituttet, juni 2021.
16. Helfo. Morfinekvivalenter. [www.helfo.no/lege/blaareseptordningen/omregningstabell-for-opioider-til-orale-morfinekvivalenter-\(OMEQ\)](http://www.helfo.no/lege/blaareseptordningen/omregningstabell-for-opioider-til-orale-morfinekvivalenter-(OMEQ)) (Lest 10. desember 2021).
17. Barke A, Korwisi B, Casser HR et al. Pilot field testing of the chronic pain classification for ICD-11: the results of ecological coding. *BMC Public Health* 2018; 18: 1239. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-6135-9>
18. Odsbu I, Handal M, Hjellevik V et al. Bruk av andre vanedannende legemidler blant opioidbrukere med langvarige smerter. *Nor J Epidemiol* 2021; 29. www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/4045
19. Lid TG, Karlsson N, Thomas K et al. Addressing Patients' Alcohol Consumption-A Population-Based Survey of Patient Experiences. *Int J Public Health* 2021; 66: 1604298. <http://dx.doi.org/10.3389/ijph.2021.1604298>
20. Helsedirektoratet. Ekspedering av legemidler etter resept og rekvisisjon. Helsedirektoratet, 2023. www.helsedirektoratet.no/veiledere/rekvirering-og-utlevering-av-legemidler-m.m/ekspedering-av-legemidler-etter-resept-og-rekvisisjon (Lest 26. februar 2024).
21. Mellbye A, Svendsen K, Borchgrevink PC et al. Concomitant medication among persistent opioid users with chronic non-malignant pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012; 56: 1267–76. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02766.x>

Manuskriptet ble mottatt 9. august 2023, returnert til forfatterne for første revisjon 8. januar 2024 og godkjent 21. august 2024.

Artikkelen er fagfellevurdert. ■