

Deres ref.: 26/7851

Vår ref: HSAK202600616

Dato: 18-06-2026

Legeforeningens høringsinnspill - Utkast til nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler

Legeforeningen viser til Helsedirektoratets høringsutkast til nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler (2026), som ved publisering vil erstatte nasjonal veileder for vanedannende legemidler (2021).

Vi takker for muligheten til å komme med innspill. Oversendt høringsinnspill har vært behandlet i Legeforeningens fagstyre.

Etter avtale med Helsedirektoratet oversender Legeforeningen skriftlig høringsinnspill på vanlig måte og ikke ved besvarelse av nettbasert spørreskjema (Forms).

Under vil vi innledningsvis komme med noen overordnede kommentarer og generelle betraktninger til veilederen. Deretter vil vi gå systematisk gjennom i henhold til innspillpunkter (2 - 13), som adressert i Forms.

Overordnet kommentar

Generelle betraktninger

Legeforeningen støtter bruk av uttrykket «avhengighetsskapende legemidler» fremfor det tidligere brukte "vanedannende legemidler", da det fremstår både mer presist mtp. disse legemidlenes egenskaper samt tydeligere kommuniserer risikopotensialet ved bruk.

Vi vurderer utkastet til nasjonal veileder for som et viktig og godt bidrag til trygg og riktig bruk av avhengighetsskapende legemidler. Veilederen har en viktig funksjon ved å sikre restriktiv og forsvarlig bruk av reseptpliktige legemidler (i reseptgruppe A og B) med rus- og avhengighetspotensiale, for derigjennom å bidra til å forebygge risikofylt og skadelig bruk og forhindre overdoser og/eller iatrogen avhengighetssyndrom. Samtidig er det viktig at veilederen ikke er til hinder for at pasienter får behandling med avhengighetsskapende legemidler, såfremt dette er faglig begrunnet.

Av den grunn er det av betydning at veilederen ikke underkommuniserer at langvarig/ regelmessig bruk av avhengighetsskapende legemidler i noen situasjoner kan være den beste behandling, og at noen pasienter vil ha vanskelig for å nyttiggjøre seg andre behandlingsmetoder. Det er viktig at veilederen ikke bidrar til mistenkeliggjøring og stigmatisering av pasienter som står på faglig begrunnet langtidsbruk av avhengighetsskapende legemidler. For å understøtte faglig begrunnet og individuelt tilpasset bruk av avhengighetsskapende legemidler, er det Legeforeningens vurdering at veilederen i større grad bør åpne opp for skjønsmessige vurderinger ved forskrivning til pasienter, gitt føringer om at relevant legespesialist i spesialisthelsetjenesten bidrar i vurderingen og beslutningen begrunnes i pasientens journal.

Vi er positive til at forebygging av skade gjennom å vurdere andre behandlingsalternativer vektlegges som første og viktigste tiltak. Det er imidlertid utfordrende å skulle vurdere behandlingsalternativer til avhengighetsskapende legemidler dersom ikke pasientens tilstand er avklart og aktuelle legemidler med "positiv" indikasjon for tilstanden er identifisert. For Legeforeningen fremstår det noe merkelig at veilederen "hopper bukk" over det aller første, grunnleggende spørsmålet om indikasjon for behandling. Av den grunn mener vi at veilederen innledningsvis (og ikke i slutten av dokumentet) bør definere begrepet avhengighetsskapende legemidler, hvilke medikamentgrupper som omfattes av begrepet samt hvilke indikasjoner de aktuelle legemidlene har. En mulig løsning er å innta denne informasjonen i eget underavsnitt til avsnittet *Praktisk informasjon* under veilederens første anbefaling om vurdering av behandlingsalternativer.

Nærmere om veilederens språk og struktur

Vi ser det som positivt at antall anbefalinger er redusert (fra 19 til 9) og at veilederen som helhet har et kortere format enn tidligere veiledere. Det er gjort en betydelig forenkling og oppstramming av anbefalingene og påfølgende utdypende tekst. Selv om brukervennligheten og lesbarheten er styrket i ny veileder, er det behov for å jobbe videre med språklig presisering og større bevissthet mht. begrepsbruk, samt dokumentets oppbygging og struktur. Veilederen foreslås ytterligere forkortet og innholdsmessig mer fortettet.

Språket fremstår generelt som lite presist, f.eks. er ord som «metode», «tilvenning» og «akutte tilstander» nevnt flere ganger uten nærmere spesifisering. Det veksles på å bruke begrep som behandlingsalternativ og behandlingsmetode, og begrepene ordinering, rekvirering og forskrivning brukes om hverandre, og det er uklart hvorfor de ulike begrepene må tas inn og om det er noe konkret formål med dette.

Veilederen består av fire kapitler der de tre første kapitlene inneholder ulikt antall anbefalinger, hhv. kap. 1 - en anbefaling (om behandlingsalternativer), kap. 2 – fire anbefalinger (om trygg bruk av avhengighetsskapende legemidler), kap. 3 – fire anbefalinger (om ansvar og roller). Vi mener at veilederen med fordel kunne ha nummerert anbefalingene for å gjøre kapittelinnndelingen med tilhørende anbefalinger mer oversiktlig og mer åpenbar.

Det fremgår av Helsedirektoratets høringsbrev at veilederen har strukturert de ni anbefalingene rundt seks hovedprinsipper. I veilederen fremstår anbefalingene som underavsnitt til kapitlene uten å være tydelig forankret til disse prinsippene. Det er Legeforeningens oppfatning at det hadde vært nyttig om veilederen beskriver prinsippene som ligger bak de restrukturerte anbefalingene og hvordan veilederens oppbygging (kapitler med anbefalinger) reflekterer de omtalte (seks) hovedprinsippene.

Når det gjelder utdypende tekst til anbefalingene, er det fortsatt områder under *Praktisk informasjon* der teksten er for omfattende. Enkelte av underoverskriftene stemmer ikke overens med innholdet i avsnittene. Flere steder er lenkene listet opp i tilsynelatende tilfeldig rekkefølge. Referansene avspeiler ikke alltid relevant litteratur, og referansene er skjevt fordelt mellom medikamentgruppene med langt flere referanser for opioider enn for de øvrige avhengighetsskapende legemidlene. Dersom veilederen primært har fokus på benzodiazepiner og opioider, bør dette komme klart frem i veilederen.

Veilederen kunne med fordel ha differensiert mer mellom ulike medikamentgrupper og legemidler, særlig mellom legemidler med ulik indikasjon og ulik risikopotensiale.

Øvrige innspill av generell karakter

I kapittel 4 *Om veilederen* kommer det frem at målgruppen for veilederen er utvidet fra leger og tannleger til også å omfatte apotekfarmasøyter og virksomhetsledere med ansvar for legemiddelhåndtering i helse- og omsorgstjenesten. Legeforeningen mener det er positivt og viktig at veilederen understreker fastlegens nøkkelrolle som sentral koordinator og hovedansvarlig for trygg forskrivning av avhengighetsskapende legemidler. I den forbindelse er det viktig at veilederen i tilstrekkelig grad blir gjort kjent for leger som arbeider utenfor fastlegeordningen, samt hos tannleger og i apotek.

Risikoen ved samtidig bruk av flere avhengighetsskapende legemidler er tydelig kommunisert i veilederen. Veilederen dekker relativt ukomplisert behandling og nedtrapping på en fin måte, men den gir i mindre grad støtte ved mer komplekse pasientforløp. Et eksempel er sambruk av opioider og benzodiazepiner, som er relativt vanlig, men som veilederen i liten grad adresserer. Når anbefalingene i veilederen ikke fører frem for de mer kompliserte pasientene, henvises det til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – uten at det utdypes nærmere hvordan problemstillingen kan håndteres der.

Veilederen ivaretar i begrenset grad barne- og ungdomsperspektivet. Selv om det fremkommer at det skal utvises særskilt tilbakeholdenhet ved forskrivning til personer under 18 år, er det få konkrete føringer for klinisk praksis i denne pasientgruppen. En tydeligere integrering av barneperspektivet vil styrke veilederens kvalitet og relevans, og bidra til tryggere og mer kunnskapsbasert behandling av barn og ungdom.

Svar på spesifikke spørsmål

Legeforeningen har valgt å ikke sammenstille et omforent/felles innspill for alle spørsmålene som adresseres i Forms utover hva som er besvart i det generelle, overordnede kapitlet over.

Innspillene er lagt til vedlegg og er merket med hvilken av Legeforeningens høringsintans som har gitt innspillet. Dette for at det skal bli enklere å innhente utdypende forklaring på innspillet, skulle det være et behov for det.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
avdelingsdirektør

Anita Lyngstadaas
spesialrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg

Innspill knyttet til Kap. 1 – Vurdering av behandlingsalternativer

*Innspillpunkt 2: Innspill til anbefalingen **Lege bør vurdere andre behandlingsmetoder før avhengighetsskapende legemidler (anbefaling 1)***

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Avsnittet *Praktisk informasjon* gir ulike eksempler på andre behandlingsmetoder, men disse fremstår løsrevne og vilkårlige uten at det er etablert en kontekst for hva de skal behandle. Det nevnes videre tre spesifikke områder – søvn, angst og smerte – som nok i stor grad er årsak til bruk av avhengighetsskapende legemidler. Vi savner imidlertid en litt mer generell betraktning om hvilke tilstander som kan utløse bruk av avhengighetsskapende legemidler, samt noen betraktninger rundt mer diffuse problemstillinger som erfaringsmessig ofte også medfører mer diffuse forskrivningsforløp.
- *Psykoedukasjon* bør nevnes som et alternativ til avhengighetsskapende legemidler.

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF)

- Siden oppstart av behandling bør skje i regi av spesialisthelsetjenesten, bør veilederen kommentere forskrivning av avhengighetsskapende legemidler (til barn og unge) hos leger i privat praksis.
- Betydelig økt forskrivning av sentralstimulerende legemidler (til barn og unge) de siste årene bør omtales. Veilederen bør tematisere behov for foreldrenes ansvar for oppbevaring av A/B-preparater i hjemmet, og hvordan leger skal håndtere mistanke om videresalg eller videredeling av slike medikamenter.

Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

- Følgende tillegg foreslås etter første avsnitt i anbefalingen:
 - *Noen pasienter vil ha vanskelig for å nyttiggjøre seg andre behandlingsmetoder. Slike vansker bør erkjennes, men er i seg selv ikke god grunn for fast bruk av avhengighetsskapende legemidler. (Samme innspill som NFKF.)*

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Det fremkommer ikke at disse legemidlene også gir stor nytteverdi for korttidsbehandling av akutte tilstander, verken i overskrift og tekst. Foreslår at anbefalingen endres til (endring i fet skrift):
Lege bør vurdere andre behandlingsmetoder før avhengighetsskapende legemidler **gis som langtidsbehandling.**
- Noen pasienter vil ha vanskelig for å nyttiggjøre seg andre behandlingsmetoder. Slike vanskeligheter bør erkjennes, men er i seg selv ikke god grunn for fast bruk av avhengighetsskapende legemidler. (Samme innspill som NFA.)

Norsk forening for smertemedisin (NFSM)

- Eksempler på ikke-medikamentell lavterskeltilbud bør inkludere *psikomotorisk fysioterapi*. Psykomotorisk fysioterapi foreslås tilføyet etter fysikalsk behandling ("fysikalsk behandling inklusiv psykomotorisk fysioterapi") i avsnittet *Praktisk informasjon*. Begrunnelse: Gitt omfanget av langvarig smerte i befolkningen og begrenset kapasitet ved tverrfaglige smerteklinikker, er det ønskelig med presentasjon av lavterskeltilbud, som frisklivssentraler og fysikalsk behandling inklusive psykomotorisk fysioterapi, som naturlige tiltak før henvisning til spesialisthelsetjenesten også i avsnittet *Smerteproblematikk*.

Innspill knyttet til Kap. 2 – Trygg bruk av avhengighetsskapende legemidler

Innspillpunkt 3: Innspill til anbefalingen **Lege skal ved oppstart av behandling med avhengighetsskapende legemidler sikre forsvarlig bruk og riktig behandlingsvarighet (anbefaling 2)**

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Inkonsistent ordbruk: "Riktig behandlingsvarighet" vs. "forventet behandlingstid"
- Problemstillingen samtidig bruk av benzodiazepiner og opioider burde vært adressert.

Norsk psykiatrisk forening (Npf)

- Veilederen bør i større grad differensiere mellom medikamentertyper og legemidler med ulik indikasjon. Eksempelvis bør benzodiazepiner/sedativa og opiater behandles separat. Videre bør LAR behandles separat fra sentralstimulerende midler, pregabalin og cannabinoider. Dette gjelder også sentralstimulerende legemidler som brukt i terapeutiske doser har lav risiko for fysiologisk avhengighet, hvilket gjør seponering i mindre grad et problem.

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF)

- Det er positivt at veilederen omtaler behov for særskilt varsomhet ved forskrivning av avhengighetsskapende legemidler til barn (pasienter/personer under 18 år, med presisering av at slik forskrivning som hovedregel bør skje i spesialisthelsetjenesten med tydelig behandlingsplan med overføring til videre oppfølging hos fastlege). (Innspill relevant også for anbefaling 3 om behandlingsplan.)

Norsk barnelegeforening (NBF)

- Det gis støtte til at oppstart og oppfølging av behandling med avhengighetsskapende legemidler hos barn og unge som hovedregel bør skje i spesialisthelsetjenesten, eller i samråd med denne. (Innspill relevant også for anbefaling 3 om behandlingsplan, se også NBUPF over.)
- Veilederen ivaretar i begrenset grad barne- og ungdomsperspektivet. Selv om det fremkommer at det skal utvises særskilt tilbakeholdenhet ved forskrivning til personer under 18 år, er det få konkrete føringer for klinisk praksis i denne pasientgruppen. En tydeligere integrering av barneperspektivet vil styrke veilederens kvalitet og relevans, og bidra til tryggere og mer kunnskapsbasert behandling av barn og ungdom. (Se også innspill i "overordnet" kapittel over.)

Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

- Følgende setning foreslås tatt med etter andre avsnitt i anbefalingen:
 - *Regelmessig bruk av avhengighetsskapende legemidler kan være riktig også for enkelte andre pasienter. Vurderingen bør drøftes med relevant legespesialist i spesialisthelsetjenesten og beslutningen begrunnes i pasientens journal.*

Begrunnelse: Det gis støtte til at veilederen legger opp til at langvarig forskrivning av avhengighetsskapende legemidler bør være restriktiv. Samtidig vil det forekomme situasjoner hvor helhetlig skjønn tilsier at dette er den beste behandlingen. Veilederen eksemplifiserer med legemiddelassistert rehabilitering og sentralstimulerende behandling ved hyperkinetiske forstyrrelser. Det foreslås å ta med en setning som åpner litt bredere opp for slike skjønnsvurderinger.

- Forslag til noen endringer i kulepunktlisten etter "Ved rekvirering av avhengighetsskapende legemidler bør lege" (s. 6) - endring i kulepunkt merket med fet skrift:
 - sjekke **opplysninger** i Kjernejournal **eller Sentral forskrivningsmodul (SFM)** for gyldige og historiske resepter for oversikt over pasientens legemiddelbruk

- rekvirere kun nødvendig antall tabletter, **primært ved bruk av minstepakning**, og vurdere om det er hensiktsmessig å benytte anbrudd av pakningen hos apotek
- Forslag om også å tilføye to nye kulepunkter i samme liste:
 - **opplyse at pasienten selv har ansvar for å ta medisinen som anbefalt, og ikke i høyere dose enn forskrevet**
 - **opplyse at pasienten ikke kan forvente erstattet resept ved tap av medisin eller ny resept tidligere enn avtalt ved bruk ut over legens anbefalte dosering**
- Veilederen anbefaler å kartlegge pasientens bruk av alkohol, andre rusmidler og andre avhengighetsskapende legemidler. Det foreslås at man også i teksten (og ikke bare i lenkesamlingen) viser til relevante kartleggingsverktøy som CAGE, AUDIT, DUDIT og at veilederen også kommer inn på bruk av prøver som PEth eller rusmiddelanalyser i urin som ledd i slik kartlegging. Vi oppfordrer også direktoratet til å vurdere om «rusogvold.no» er mest hensiktsmessige adresse å lenke til for kartleggingsverktøy når det finnes nettsteder med mer nøytrale navn som har oversikt over de samme kartleggingsverktøyene. (Se også innspill fra NFKF.)

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Forslag om å endre ordlyden i anbefalingen til
 - *Lege skal ved oppstart av behandling med avhengighetsskapende legemidler sikre riktig behandlingsvarighet*

Begrunnelse: Det foreslås å fjerne "forsvarlig bruk" da dette er lite presist.
- Punktene som står listet under benzodiazepiner (s. 7) fremstår lite gjennomtenkte og mangler dokumentasjon.
- Under opioider bør det legges til et punkt om at en del pasienter forventes å ha redusert eller manglende effekt av kodein og tramadol på grunn av lav eller manglende enzymaktivitet av CYP2D6. For pasienter som mener å ha liten eller ingen effekt av disse legemidlene bør det derfor gjøres farmakogenetisk analyse av CYP2D6 som ledd i vurdering av evt. overforbruk.
- Hva er begrunnelsen for å sette grense ved 65 år (s. 9)?
- Avsnittet om postoperative pasienter (s. 9) foreslås fjernet da det sier seg selv og ikke kan sies å gi nytteverdi.
- I stedet for kulepunktet med henvisning til nhi.no (s. 10, siste kulepunkt), foreslås en direkte lenke til førerkortveilederen kap. 14: [Midler som kan påvirke kjøreevnen \(§§ 35–37\) - Helsedirektoratet](#)
- Under *Praktisk informasjon* er det angitt at bl.a. følgende vurdering vil bidra til god ivaretagelse av pasienten: "kartlegge pasientens bruk av alkohol, andre rusmidler og andre avhengighetsskapende legemidler". Dette punktet burde vært konkretisert og utdypet hvordan slik kartlegging bør skje, f.eks. med følgende forslag
 - *kartlegge pasientens bruk av alkohol, andre rusmidler og andre avhengighetsskapende legemidler, for eksempel ved hjelp av validerte kartleggingsskjema og rusmiddelanalyser i blod, urin eller spytt. Farmakologisk avdeling ved sykehus i regionen kan rådføres ved spørsmål om rusmiddeltesting*

Under "Lenker og verktøy" foreslås at det bør ligge en lenke til et nettsted hvor man kan lese om alkoholmarkører og annen rusmiddeltesting.

Vi foreslår at en lenke direkte til aktuelle screeningverktøy, for eksempel til AUDIT-C på Helsebiblioteket ([AUDIT-C - Helsebiblioteket](#)). (Se også innspill fra NFA.)

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA)

- Fint at veilederen skriver særskilt om personer over 65 år. (Samme innspill som NFSM.)
- Innspill til tekst om *Særskilt aktsomhet* (s. 8): Forsvarlig rekvirering av vanedannende legemidler forutsetter at du som lege har mulighet til å skaffe deg full oversikt over



pasientens totale tilgang på legeforskrivne medikamenter. Hvis en pasient nekter en lege innsyn i kjernejournal og/eller reseptformidleren kan det være direkte uforsvarlig å rekvirere vanedannende legemidler som man da ikke kjenner totalomfanget av/vesentlige helseopplysninger man går glipp av. Hvis noe skjer i en slik situasjon, vil legen stå med ansvaret. Dette kan tydeliggjøres bedre. Anbefalingen burde heller vært

- å ikke rekvirere avhengighetsskapende legemidler til pasienter som nekter legen innsyn i kjernejournal eller reseptformidler

Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin (Nfas)

- Støtter at veilederen løfter frem særskilt aktsomhet hos personer over 65 år. (Samme innspill som NFKP.)
- Støtter at veilederen tydelig omtaler risikoen for samtidig bruk av flere avhengighetsskapende legemidler.
- Etterlyser en klarere prosedyre for bruk av "behovsmedisin". Forskrivning og bruk av avhengighetsskapende legemidler «ved behov» uten tydelig ramme er en vanlig og trolig sentral vei inn i langvarig og etter hvert fast bruk av avhengighetsskapende legemidler.
- Hyppig bruk av behovsmedisin bør utløse ny legefaglig vurdering. Dersom et legemiddel ordinert «ved behov» brukes daglig eller tilnærmet daglig, bør behandlingen enten avsluttes, trappes ned eller omgjøres til en tidsavgrenset fast behandling med tydelig indikasjon, behandlingsmål og evalueringsplan.
- For institusjoner bør virksomheten ha rutiner for regelmessig gjennomgang av behovsordinasjoner av avhengighetsskapende legemidler, inkludert oversikt over faktisk administrert bruk. Slik oversikt bør inngå i legemiddelgjennomgang og være tilgjengelig for behandlende lege.

Norsk forening for smertemedisin (NFSM)

- Det kan med fordel skrives eksplisitt at opioider ikke bør brukes ved primære smertetilstander.¹ Det bør også unngås ved akutte, uspesifikke smertetilstander som rygg- og nakkesmerter.² I praksis møter imidlertid leger regelmessig pasienter med allerede etablert langvarig opioidbehandling utenfor anbefalt indikasjon. Det savnes noen retningslinjer for pragmatisk, men forsvarlig og faglig fundert håndtering av dette, f.eks. en anbefaling i tråd med NICE guidelines for kronisk smerte (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>), pkt. 1.2.11:
«If a person with chronic primary pain is already taking any of the medicines in recommendation 1.2.10, review the prescribing as part of shared decision making:
 - *explain the lack of evidence for these medicines for chronic primary pain and*
 - *agree a shared plan for continuing safely if they report benefit at a safe dose and few harms or explain the risks of continuing if they report little benefit or significant harm, and encourage and support them to reduce and stop the medicine if possible.»*⁽³⁾
- I avsnittet om sentralstimulerende legemidler og cannabinoider under *Praktisk informasjon, Rekvirering* står det: «Rekvirering av cannabinoider som inneholder mer enn 1 % THC kan bare gjøres av lege i spesialisthelstjenesten, og selve rekvireringen kan ikke overføres til fastlege». Dette er ikke helt korrekt. Ifg. Forskrift om rekvirering av forbudt narkotikum og

¹ Hauser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchser E, Casale R, et al. European* clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. Eur J Pain. 2021;25(5):949–68.

² Jones CMP, Day RO, Koes BW, Latimer J, Maher CG, McLachlan AJ, et al. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo controlled trial. Lancet. 2023;402(10398):304–12.

³ Carville S, Constanti M, Kosky N, Stannard C, Wilkinson C, Guideline C. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: summary of NICE guidance. BMJ. 2021;373:n895.

bestemte legemidler til humanmedisinsk bruk § 3-2 har alle leger med rett til å rekvirere legemidler i reseptgruppe A rett til å rekvirere cannabisholdige legemidler med markedsføringstillatelse i Norge (i praksis Sativex®) for smerteformål, «off label» hvis indikasjonen ikke er spastisitet grunnet multipel sklerose.

Innspillpunkt 4: Innspill til anbefalingen Ved videreføring av behandling med avhengighetsskapende legemidler utover forventet behandlingstid skal lege utarbeide en behandlingsplan (anbefaling 3)

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Inkonsistent ordbruk: «Riktig behandlingsvarighet» vs. «forventet behandlingstid».
- For behandling med sentralstimulerende legemidler, cannabinoider etc. anbefales det å gjøre ny vurdering etter fire uker. Dette fremstår både svært spesifikt og samtidig generalisert for en samling svært forskjellige legemidler med vidt forskjellig indikasjon og bruksområder. Tilsvarende gis det ingen spesifikke anbefalinger om tidspunkt for ny vurdering ved behandling med opioider eller benzodiazepiner, til tross for at man her vet mer om hvor tidlig avhengighet kan oppstå.
- Problemstillingen samtidig bruk av benzodiazepiner og opioider burde vært adressert idet sambruk av disse to medikamentene er relativt vanlig. (Veilederen omtaler økende overdosedødsfall ved vedvarende bruk av høye doser opioider og høy forekomst av samtidig bruk av benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende midler i relasjon til ordinering og rekvirering av nalokson, Legeforeningens presisering).

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF) /Norsk barnelegeforening (NBF)

- Det gis støtte til at oppfølging av behandling med avhengighetsskapende legemidler hos barn og unge som hovedregel bør skje i spesialisthelsetjenesten, eller i samråd med denne (utdypende tekst omtaler ikke barn og unge særskilt).

Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

- Vedr. behandlingsplan ved videreføring av avhengighetsskapende legemidler ut over forventet behandlingstid: Det vil relativt ofte kunne oppstå situasjoner – kanskje særlig knyttet til postoperativ smertebehandling – hvor en nøyaktig forventet behandlingstid er vanskelig å fastsette, men hvor samlet behandlingstid med avhengighetsskapende legemidler likevel er relativt kort og uten behov for en så omfattende dokumentasjon av behandlingsplan som veilederen legger opp til.

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Intermitterende bruk av legemidler beskrives på en uklar og upresis måte.
- Forkortelsen OMEQ benyttes uten at denne er definert eller forklart (s. 11). Videre står angitt 100 OMEQ som en slags grense for hva en fastlege kan rekvirere, noe som lett kan misforstås, og at opptil denne dosen er uproblematisk.
- Før hver forskrivning bør lege vurdere om det er nødvendig med en ny medisinsk vurdering i form av fysisk eller digital konsultasjon.

Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin (NFSM)

- Støtter at veilederen tydelig omtaler risikoen for samtidig bruk av flere avhengighetsskapende legemidler.

Innspillpunkt 5: Innspill til anbefalingen Ved langvarig bruk av avhengighetsskapende legemidler skal lege vurdere nedtrapping og vurdere om det foreligger avhengighetssyndrom (anbefaling 4)

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Gjentakelse av samme verb i ulike leddsetninger unngås vanligvis i norsk språk, og det bør vurderes om «avhengighet» i stedet for «avhengighetssyndrom» er mer lesbart i en slik setting.
- Det første avsnittet kan leses som at de fleste pasienter som har brukt benzodiazepiner eller opioider i over to uker bør ha nedtrapping over tid for å unngå alvorlige abstinensreaksjoner. Det anbefales noe mer nyansering av avsnittet. Senere under *Avslutte behandling* (s. 17) for hhv. benzodiazepiner og opioider brukes fire ukers brukstid som anbefaling for når man bør vurdere en nedtrapping over tid.
- Det bemerkes også at mens det for opioider er nevnt at nedtrapping kan gjøres over 2-3 mnd., savnes tilsvarende notis for benzodiazepiner. Dette er uheldig, da vi vet av erfaring at benzodiazepin-nedtrapping ofte krever enda lengre tid enn opioid-nedtrapping.
 - *Når varigheten har oversteget et år, kan det være aktuelt å bruke tolv uker som utgangspunkt for medisinsk forsvarlig nedtrapping av benzodiazepiner eller z-hypnotika. For opioider som er brukt over lang tid, kan seks uker være et utgangspunkt, men dette varierer fra pasient til pasient.*

<https://trappned.no>

- Det savnes mer fokus på overdoserisiko, som kun er kort nevnt i en bisetning om at innleggelse og stabilisering til et dosenivå som ikke medfører overdoserisiko unntaksvis kan være nødvendig. Hele poenget med økt overdoserisiko etter nedtrapping/seponering er økt toleranse og en pasient som tyr til samme dose som før nedtrappingen, det være seg pga. økte smerter eller russug. Hva er et trygt dosenivå?
- Punktene *Manglende pasientsamarbeid* og *Avtale med fast apotek for utlevering* er viktige, og det hadde vært ønskelig med mer utfyllende tekst her. Å kun henvise til at fastleger kan søke veiledning hos TSB blir for lettvinnt. Hva gjør man når en pasient ikke aksepterer nedtrapping og seponering, til tross for forsøk på motiverende intervju og gjentatte fine nedtrappingsplaner?
- Og selv om man som lege kan bestemme at en resept kun kan utleveres fra et bestemt apotek – hvilket ansvar har apoteket for å opprettholde avtalen i andre enden? Og hvilke verktøy har vi for å sikre en slik dialog mellom lege og farmasøyt?

Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

- Under avsnittet *Vurdering av avhengighetssyndrom* foreslås at man før setningen "Ved tegn på iatrogen avhengighetssyndrom..." (s. 16) skal legge til følgende setning:
 - *Gjentatte forespørsler om resept på avhengighetsskapende legemidler bør vekke legens nysgjerrighet om pasientens bruk av slike legemidler, alkohol og andre rusmidler.*

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Setningen "...tilvenning til legemidlene, med økt toleranse og abstinensstilstand...." (s. 15) fremstår uklar og presis.
- Forslag om å fjerne nederste avsnitt s. 16 da det vil virke mot sin hensikt f.eks. å bytte ut zopiklon med diazepam som ledd i en nedtrappingsplan.
- Tallpunkt nr. 8 (s. 18) trenger forklaring – foreslår ny ordlyd
 - *Vurdere blodprøver for å måle serumkonsentrasjoner av det aktuelle virkestoffet.* (Se også innspill fra NFSM.)
- Foreslår å legge til lenke under "Øvrige ressurser" s. 19
 - *Oversikt over analysetilbud for ev. serumkonsentrasjonsmålinger*
<https://farmakologiportalen.no/>.

- Gjentatte forespørsler om resept på avhengighetsskapende legemidler bør vekke legens nysgjerrighet på pasientens bruk av andre rusmidler og legemidler, herunder alkohol (lovlig) og rusmidler fra andre kilder (ikke-lovlige).

Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin (NFSM)

- Støtter at nedtrapping skal være individuelt tilpasset. Dette er avgjørende for å unngå brå seponering, abstinensreaksjoner, forverring av symptomer og tap av tillit mellom pasient og behandler.

Norsk forening for smertemedisin (NFSM)

- Diagnosen avhengighetssyndrom presenteres med diagnostiske kriterier. Dette er positivt, da begreper som «overforbruk», «skadelig bruk», «avhengighet», «misbruk» og «avhengighetssyndrom» brukes nokså uryddig i både muntlig og skriftlig kommunikasjon i helsetjenesten.
- Foreslår at det bør gjøres enda tydeligere i veilederen at bistand fra spesialisthelsetjenesten, spesielt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), oftest er nødvendig ved mistanke om opioidavhengighetssyndrom, som har høy dødelighet.
- I avsnittet *Praktisk informasjon* omtales terapeutisk legemiddelmonitorering som en mulighet ved gjennomføring av nedtrapping med benzodiazepiner, benzodiazepinlignende legemidler og opioider i poliklinikk eller hos fastlege (tallpunkt nr. 8 s. 18). Vi savner en forklaring av begrepet, som vi antar at ikke alle er fortrolig med. (Se innspill fra NFKF.)

Innspillpunkt 6: Innspill til anbefalingen Lege bør ikke ordinere avhengighetsskapende legemidler til eget bruk, egen familie eller andre i nær relasjon til en selv (anbefaling 5)

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Er det siste leddet «til en selv» i anbefalingen nødvendig? I teksten under brukes «andre i nær relasjon» og «andre i nær relasjon til en selv» om hverandre.
- Det kan diskuteres om det burde brukes rekvirering i anbefalingen i stedet for ordinering, da denne problemstillingen sannsynligvis er mindre aktuell for inneliggende pasienter. (Se også anbefaling 6 og 7.)
- Det kan stilles spørsmål tegn ved om det er grunnlag for å bruke "skal" i 6/9 anbefalinger, spesielt når punktet om å ikke forskrive disse legemidlene til seg selv, familie eller nære relasjoner kun er satt opp med "bør".

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA)

- Fint at veilederen skriver særskilt om legers forskrivning til seg selv og sine nærmeste.
- Bra med informasjon om lege-for-legeordningen og støttekollegaordningen i veilederen.
- Burde veilederen/anbefalingen også si noe om alle legers forskrivningsrett inkludert B - preparater, også utenfor EPJ? (Se også innspill fra LSA under anbefaling 7.)

Innspill knyttet til Kap. 3 – Ansvar og roller

Innspillpunkt 7: Innspill til anbefalingen Fastlege skal ha hovedansvaret for ordinering og rekvirering av avhengighetsskapende legemidler til sine listeinnbyggere utenfor institusjon (anbefaling 6)

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Ordinering vs. rekvirering. Reseptforskrivning er rekvirering, ikke ordinering. Det blir dermed både feil og unødvendig å ha med ordinere i tillegg til rekvirere (gjelder også anbefaling 7). Det kan også diskuteres om det burde brukes rekvirering i stedet for ordinering i punkt 5, da denne problemstillingen sannsynligvis er mindre aktuell for inneliggende pasienter.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandtering/ordinering-rekvirering-legemiddelinformasjon-og-oppfolging-av-legemiddelbehandling--5-7-og-10/ordinering-og-rekvirering>

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Foreslår å fjerne "innføringen av" nederst s. 21 i omtale av PLL, siden en slik formulering vil bidra til at veilederen tidligere fremstår utdatert.
- Hvordan skal Helsedirektoratet klare å implementere den nye veilederen slik at innholdet i denne anbefalingen blir tilstrekkelig kjent blant kolleger på legevakt, i spesialistpraksis, på sykehus og blant tannleger?

Innspillpunkt 8: Innspill til anbefalingen *Annen lege enn fastlege skal kun ordinere og rekvirere den mengden avhengighetsskapende legemidler på resept som er nødvendig frem til fornyet vurdering hos fastlege (anbefaling 7)*

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Ordinering vs. rekvirering. Reseptforskrivning er rekvirering, ikke ordinering. Det blir dermed både feil og unødvendig å ha med ordinere i tillegg til rekvirere (gjelder også anbefaling 6). Det kan også diskuteres om det burde brukes rekvirering i stedet for ordinering i punkt 5, da denne problemstillingen sannsynligvis er mindre aktuell for inneliggende pasienter.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandtering/ordinering-rekvirering-legemiddelinformasjon-og-oppfolging-av-legemiddelbehandling--5-7-og-10/ordinering-og-rekvirering>
- Formuleringen «frem til fornyet vurdering hos fastlege» er svært vag. Betyr det frem til første arbeidsdag og mulighet for øh-time ved fastlegekontor, neste avtalte konsultasjon hos fastlege, eller et ikke uttalt «rimelig tidsvindu»? Fastleger har varierende tilgjengelighet, og formuleringen blir derfor uten forståelig innhold. Et bedre mål kunne være minstepakning for det aktuelle legemiddelet.

Leger i samfunnsvitenskapelig arbeid (LSA)

- Burde veilederen/anbefalingen også si noe om alle legers forskrivningsrett inkludert B - preparater, også utenfor EPJ? F.eks. at leger ved idrettsarrangementer vil kunne ha behov for å skrive ut noen få Paralgin forte. (Se også innspill fra LSA til anbefaling 5.)

Innspillpunkt 9: Innspill til anbefalingen *Apotekfarmasøyt skal konferere med rekvirerende lege før avhengighetsskapende legemidler utleveres dersom vedkommende vurderer det som sannsynlig at legemiddelet vil bli misbrukt (anbefaling 8)*

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Denne anbefalingen kan med fordel forenkles
 - *Apotekfarmasøyt bør varsle rekvirerende lege ved sterk mistanke om at legemiddelet vil bli misbrukt.*
- I praksis vil det være vanskelig for en farmasøyt å kontakte rekvirerende lege før utlevering av resept, og normeringen «skal» synes å være uforholdsmessig sterk med mindre det er snakk om fare for liv. Varsling av rekvirerende lege på bekymring for videresalg eller kombinasjon med rusmiddelbruk er imidlertid velkomment, da det vil kunne påvirke beslutningsgrunnlaget for fremtidige forskrivninger.
- Det som imidlertid savnes når det gjelder samarbeid mellom forskrivende lege og apotek er punktet som nevnes under anbefaling 4 om avtale med apotek om fast utlevering (s. 18). Hvordan sikre dialog mellom forskrivende lege og apotek, og hva er apotekenes ansvar mtp. å følge rekvirerende leges bestemmelser knyttet til utlevering? Dette gjelder knyttet til både

delutlevering, skillet mellom antall pakninger og reiterering, samt utleveringer overskridende reseptens innhold.

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Foreslår at anbefalingen fjernes fra veilederen siden anbefalingen fremstår unødvendig dersom de øvrige punktene i veilederen er fulgt. Apotekansatte gjør allerede en stor innsats for å sikre forsvarlig utlevering og bruk. Vi mener at en slik anbefaling ville gitt økt belastning på apotekansatte og på fastlege uten at det gir nytteverdi svarende til innsatsen. Dessuten mener vi at anbefalingen kan medføre at pasienter unødvendig mistenkeliggjøres og leder til økt stigmatisering.
- Hvordan skal Helsedirektoratet implementere den nye veilederen slik at innholdet i denne anbefalingen blir tilstrekkelig kjent blant de ansatte i alle landets apotek?

*Innspillpunkt 10: Innspill til anbefalingen **Virksomheter i helsetjenesten har særskilt ansvar for å sørge for forsvarlig pasientbehandling med avhengighetsskapende legemidler***
Ingen innspill? (anbefaling 9)

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

- Formuleringen "har ansvar for" forstås som sidestilt med eller sterkere enn «skal ha ansvar for». Er dette korrekt forstått?

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- Foreslår at anbefalingen også fjernes fra veilederen da det som står strengt tatt ikke er en anbefaling og innholdet i avsnittet ikke gir konkret nytteverdi.

Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin (NFSM)

Det er særlig viktig at sykehjem og øvrig kommunale helse- og omsorgstjenester har gode rutiner for samarbeid, informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom involverte aktører. Det anbefales at veilederen konkretisere hva virksomhetens ansvar innebærer for sykehjem og hjemmetjeneste der disse har ansvar for legemiddelhåndtering. Dette bør blant annet omfatte rutiner for hvordan sykepleiere og annet helsepersonell melder fra til lege ved økende bruk, manglende effekt, bivirkninger, fall, forvirring, sedasjon eller andre tegn på uheldig legemiddelbruk. Veilederen bør derfor tydeliggjøre at forsvarlig bruk av avhengighetsskapende legemidler i slike tjenester er et felles klinisk og organisatorisk ansvar, ikke bare et individuelt rekvireringsansvar.

- Fastlegens ansvar for listeinnbyggere utenfor institusjon er tydelig omtalt i veilederen, men sykehjemslegens rolle bør fremgå klarere. For pasienter i sykehjem vil det ofte være sykehjemslege som har det løpende medisinskfaglige ansvaret for ordinering, videreføring, evaluering og nedtrapping av avhengighetsskapende legemidler. Det anbefales derfor at veilederen tydeliggjør sykehjemslegens rolle i samarbeid med virksomheten, sykepleiere, øvrig helsepersonell, pasient og pårørende. Dette vil gjøre veilederen mer praktisk anvendbar i kommunale institusjoner.

*Innspillpunkt 11: **Legger veilederen opp til en hensiktsmessig ansvarsfordeling for rekvirering av avhengighetsskapende legemidler mellom fastlege og andre leger?***

- Legeforeningen vurderer at ansvar og roller er godt tydeliggjort i veilederen.

*Innspillpunkt 12: **Viktige forutsetninger for at veilederen skal bidra til å forebygge og redusere bruk av avhengighetsskapende legemidler som ikke er faglig begrunnet***

- Legeforeningen vurderer det viktig at ny veileder distribueres og blir gjort kjent for relevante fagmiljø.

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- System for implementering: det farmakologiske miljøet kan bidra med metodikk for å endre forskrivningspraksis (Academic Detailing)

Innspillpunkt 13: Andre generelle tilbakemeldinger til veilederen

- Legeforeningen vurderer at veilederen har en svært ulik og omfattende målgruppe, som trolig har ulike behov for informasjon. Det er viktig at Helsedirektoratet lager en implementeringsplan for den nye veilederen som sikrer at anbefalingene blir tilstrekkelig kjent for alle som inngår i målgruppen.

Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF)

- I kap. 4 *Om veilederen* under *Omfang og avgrensning* (s. 26) foreslås det presiserert at hovedfokus i denne veilederen er på benzodiazepiner og opioider.
- Avsnittet om habilitet (s. 30) fremstår unødvendig i veilederen siden det ikke gir relevant informasjon. Avsnittet foreslås forkortet til kun et minimum eller fjernet.

Det vises for øvrig til innspill under *Overordnet kommentar* i høringsingssvaret over.