



HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref:
26/7851

Vår ref:
2026/3311-4

Saksbehandler:
Trine Lise Dyngeland

Dato:
22.06.2026

Høringssvar - Nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler

Universitetssykehuset Nord-Norge takker for muligheten til å gi innspill på høringen om nasjonal veileder for avhengighetsskapende legemidler.

Psykisk helse- og rusklinikken har følgende innspill:

Vi har flere innvendinger til denne og tidligere veiledere. Den mest overordnede er at den – ved å beskrive en «ideal situasjon» – i praksis kan bli et styringsverktøy som tilsynsmyndighetene benytter for å vurdere rekvirenter som arbeider i langt mer komplekse kliniske virkeligheter. Det blir en hammer som skal brukes til å slå på fastleger som ikke oppfører seg «pent» i møte med vanskelige pasienter. Fastleger og andre rekvirenter må ofte gjøre krevende vurderinger i pasientsaker som vanskelig lar seg presse inn i det sporet veilederen skisserer. Dette bidrar etter mitt inntrykk til unødvendig usikkerhet, særlig blant yngre leger, som skal ut i en praksis der problemstillingene ofte er betydelig mer sammensatte enn det retningslinjer gir inntrykk av.

For mange fastleger vil situasjonen være at pasienter har stått i årevis på lavdose benzodiazepiner eller opioider (for eksempel ved artrose). I slike tilfeller fremstår det som lite realistisk å «definere behandlingsvarighet» på forhånd, slik veilederen legger opp til. Erfaring fra TSB tilsier også at slike forløp sjelden lar seg planlegge med presisjon fra første forskrivning. Veilederen fungerer godt som idealmodell for pasienter uten tidligere bruk av vanedannende legemidler, hvor man vurderer en tidsavgrenset oppstart. Problemet er at det sjelden er disse pasientsakene som er krevende å håndtere, eller som innebærer størst risiko. Det heller ikke disse sakene hvor pasienten risikerer iatrogen skade eller som primært havner på bordet til tilsynsmyndighetene.

Konkretisering av innvendinger:

Et av de første prinsippene i veilederen er at legen bør vurdere andre behandlingsmetoder før avhengighetsskapende legemidler. Dette fremstår fornuftig i utgangspunktet. Samtidig listes det opp alternativer som «motiverende intervju», «kognitiv atferdsterapi», «fysikalsk

behandling» og «frisklivstilbud». I akutte situasjoner – som postoperative smerter, traumer, hjerteinfarkt eller nyoppdaget kreft – fremstår disse alternativene som lite relevante, urealistiske og borderline uforsvarlig. I slike tilfeller er opioider nettopp evidensbasert behandling. Det samme gjelder benzodiazepiner i enkelte akutte situasjoner. Det er nærliggende å tolke veilederen slik at den primært sikter til langvarig forskrivning på mer uklare indikasjoner, hvor behovet for føringer er stort. Dette bør imidlertid komme tydeligere frem. Når det ikke gjør det, kan det skape unødig tilbakeholdenhet også der forskrivning er faglig godt begrunnet.

En annen utfordring er at veilederen i liten grad redegjør for det faktiske kunnskapsgrunnlaget knyttet til risiko. Bekymringen synes å være at forskrivning av opioider eller benzodiazepiner i seg selv fører til avhengighet og overdoser, men det gis lite informasjon om hvor stor denne risikoen faktisk er, særlig ved førstegangs forskrivning til pasienter uten tidligere eksponering. Risikoen ved en enkelt resept er gjennomgående lav, og det er godt dokumentert at den i stor grad påvirkes av pasientens risikoprofil og behandlingsforløp over tid, snarere enn selve initieringen.

I denne sammenheng kunne veilederen med fordel ha informert om kjente risikofaktorer og tilgjengelige verktøy for risikovurdering. Eksempelvis finnes validerte instrumenter som Opioid Risk

Tool (NIDA), som kan støtte kliniske vurderinger. Se eksempelvis:

<https://nida.nih.gov/sites/default/files/opioidrisktool.pdf>

Videre foreligger det omfattende meta-analyser som identifiserer sentrale risikofaktorer for opioidoverdose ved forskrivning, blant annet høy dose, samtidig bruk av flere rekvirenter eller apoteker, eksisterende ruslidelse, psykiske lidelser og tidligere overdose.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10593195/#sec26>

Tilsvarende data finnes også for postoperative forløp, hvor varighet av behandling fremstår som en viktigere risikofaktor enn initial forskrivning. Slike nyanser kunne med fordel vært tydeligere formidlet.

<https://www.ovid.com/journals/bmj/abstract/10.1136/bmj.j5790~open-accesspostsurgical-prescriptions-for-opioid-naive?redirectionsource=fulltextview>
<https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e010664>

Mer overordnet sitter man igjen med et dokument som i stor grad gir normative føringer, til dels med juridiske implikasjoner, basert på idealiserte situasjoner. Etter mitt syn burde veilederen i større grad ha vært en faktisk veileder (det er jo tross alt det dokumentet skal være) som gir rekvirenter bedre grunnlag for å håndtere vanskelige kliniske beslutninger, fremfor å bidra til økt usikkerhet.

Avslutningsvis pekes det på formuleringer som «lege skal ved oppstart av behandling sikre forsvarlig bruk og riktig behandlingsvarighet». Tatt bokstavelig er dette et ansvar som i praksis ikke lar seg oppfylle fullt ut. Legen kan informere, veilede og iverksette kontrolltiltak ved tegn til uforsvarlig bruk, men kan ikke fullt ut kontrollere pasientens etterlevelse. En mer presis ansvarsbeskrivelse ville vært hensiktsmessig.

Vennlig hilsen

Eirik Steller
Klinikkleder, Psykisk helse- og rusklinikk

Universitetssykehuset Nord-Norge

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

—