
Opioider på blå resept

INVITERT KOMMENTAR

FRODE EDVARDBSEN

frode.edvardsen@stolav.no

Frode Edvardsen er fastlege i Trondheim og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han arbeider ved et laboratorium som utfører analyser av legemidler og rusmidler i biologisk materiale.

Stadig flere pasienter får forskrevet høye doser opioider fra sin fastlege. Vi bør diskutere hvordan vi kan snu denne utviklingen og hvordan vi kan redusere risikoen for overdoser på legemidler fra vår reseptblokk.

Pedersen og medarbeidere presenterer nå i Tidsskriftet en studie av forbruket av opioider i Norge i perioden 2011–19 (1). Det var flere pasienter som fikk utskrevet vedvarende høye doser opioider i slutten av perioden, enn i begynnelsen. Andelen som fikk medikamentene på blå resept, økte også. Andelen som samtidig hadde et vedvarende forbruk av benzodiazepiner og z-hypnotika, gikk imidlertid ned.

Forfatterne beskriver en utvikling som leger med ulike roller har tatt del i. Flere pasienter forskrives høye opioiddoser på vedvarende basis, med bakgrunn i langvarige, ikke-maligne smerter. Dette skjer ofte på tross av faglige anbefalinger (2). Resultatene fra studien er svært relevante for norske allmennleger, som i stor grad følger opp den daglige forskrivingen av opioider, benzodiazepiner og z-hypnotika.

«Resultatene fra studien er svært relevante for norske allmennleger»

Historisk sett har de faglige anbefalingene for behandling av langvarige, ikke-maligne smerter vært ulike, mens pasientene våre er de samme. I 2019 lanserte Regionalt legemiddelinformasjonsenter (RELIS) en undervisningskampanje – KUPP – for norske allmennleger om opioider. Dette skjedde samtidig som

opioidepidemien i USA ble allment kjent etter at et stort farmasiselskap fikk en milliardbot (3, 4). Oppmerksomhet rundt problemet er bra, blant annet fordi det betyr at også mange pasienter kjenner til farene ved langvarig inntak av opioider. Det kan være gunstig når fordelene og ulempene med behandling skal avveies i samarbeid.

Data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) forteller oss at om lag 30 % av den voksne befolkningen i Trøndelag har langvarige, ikke-maligne smerter (5). Selv om opioidbehandling ikke er en god løsning på sikt, kan enkeltpasienters ønske om umiddelbar lindring være vanskelig å stå imot, selv for den mest pedagogiske kliniker. Ikke minst kan den yrkesetiske forpliktelsen til å hjelpe ved kroniske, sterke smerter føles prekær. Mange vil også påstå at det har skjedd en forskyving av maktforholdet mellom lege og pasient. Dette kan gjøre det vanskeligere å avslå forespørsler om forskrivning av medikamenter. Alternative behandlingstilbud til medikamenter finnes, men har begrenset dokumentasjon på effekten, og tilgjengeligheten er også variabel. Hvor lang er vente- og reisetiden for din pasient for å få time hos psykomotorisk fysioterapeut?

«Enkeltpasienters ønske om umiddelbar lindring kan være vanskelig å stå imot, selv for den mest pedagogiske kliniker»

Det har vært en økning i antallet og andelen av overdosedødsfall der opioider som inngår i reseptpliktige legemidler, er hovedårsaken (6). Jeg tror fastleger i mange tilfeller har en magefølelse på hvilke smertepasienter som kan være i risikozonen for overforbruk og feilbruk av opioider, eller som supplerer med legemidler og rusmidler med andre kilder enn vår reseptblokk, for eksempel alkohol. Alkohol er et lovlig rusmiddel, og ens forbruk kan forsvares som en privatsak, men det er også assosiert med depresjon, skader og en rekke somatiske tilstander (7). Pasienter blir sjelden spurt om sitt alkoholbruk når de er i kontakt med helsevesenet. Eldre pasienter spørres også sjeldnere enn yngre pasienter (8). Kanskje burde vi bake inn, og med det normalisere, en dialog om alkoholvaner med våre pasienter, også i situasjoner hvor det forskrives opioider? Der det virker klinisk relevant, kan man forsvare bruk av rusmiddelprøver etter legetimen. Påvisning av fosfatidyletanol (PEth) i moderate konsentrasjoner (0,03–0,3 umol/L) bekrefter alkoholinntak (9), og det kan være en fin anledning til å kartlegge pasientens alkoholvaner og -konsum ytterligere. Dersom din pasient får forskrevet oksykodon, men legemidlet ikke vises i en rusprøve av høy kvalitet, kan dette endre hele bildet av pasienten du har foran deg.

Parallell forskrivning av opioider og benzodiazepiner eller z-hypnotika var relativt mindre vanlig i slutten av studieperioden enn i 2011, viser Pedersen og medarbeideres studie. Det kunne vært interessant å undersøke om endringer i førerkortforskriften i studieperioden medvirket til endret forskrivning i norsk allmenntidmedisin, eksempelvis av kombinasjonen kodein/paracetamol og benzodiazepiner.

«Etiske avveininger, medikamentvalg og spørsmål om dosering må på fastlegekontoret ende i konkrete beslutninger»

Pedersen og medarbeideres studie bygger på gårdagens tallmateriale. Det er viktig med nyere data for å kunne følge utviklingen videre. Dersom blåreseptordningen er en driver for økt opioidforbruk, bør man diskutere hvordan man på bedre vis kan balansere pasientens legemiddelutgifter mot pasientens helserisiko. Pasienter med komplekse symptombilder, ofte ledsaget av kroniske smerter, får oppfølging hos fastlegen. Etiske avveininger, medikamentvalg og spørsmål om dosering må på fastlegekontoret ende i konkrete beslutninger. Stilt overfor pasienter med sammensatte problemstillinger og vedvarende forbruk av høye opioiddoser, trenger fastlegen gode arbeidsverktøy, herunder tilgang til relevant ekspertise for diskusjon og støtte når ingen tiltak er optimale.

REFERENCES

1. Pedersen L, Borchrevink P, Skurtveit SO et al. Vedvarende høyt forbruk av opioider og andre vanedannende medikamenter. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0179. [CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler. 8. Opioider. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/opioider#ved-ordnering-av-opioider-i-behandling-av-smertetilstander-som-ikke-skyldes-aktiv-og-progredierende-kreftsykdom-bor-den-avgrenses-til-sterke-akutte-smertetilstander> Lest 28.3.2025.
3. Relis. Riktigere bruk av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter. <https://relis.no/artikler/kampanjer/riktigere-bruk-av-opioider-ved-langvarige-ikke-maligne-smerter> Lest 28.3.2025.
4. Bergløff CB, Stefansen A. Farmasi-gigant i USA dømt etter opioid-epidemi. NRK 26.9.2019. <https://www.nrk.no/urix/farmasi-gigant-i-usa-domt-etter-opioid-epidemi-1.14674872> Lest 28.3.2025.
5. Fredheim OMS, Mahic M, Skurtveit S et al. Chronic pain and use of opioids: a population-based pharmacoepidemiological study from the Norwegian prescription database and the Nord-Trøndelag health study. Pain 2014; 155: 1213–21. [PubMed][CrossRef]
6. FHI. Narkotikautløste dødsfall 2023. <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/?term=> Lest 28.3.2025.
7. Rehm J, Rovira P, Llamosas-Falcón L et al. Dose-Response Relationships between Levels of Alcohol Use and Risks of Mortality or Disease, for All People, by Age, Sex, and Specific Risk Factors. Nutrients 2021; 13: 2652. [PubMed][CrossRef]

8. 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. [PubMed][CrossRef]

9. Helander A, Hansson T. Alkoholmarkören fosfatidyletanol (PEth) – så bedöms testresultatet. *Lakartidningen* 2023; 120: 23029. [PubMed]

Publisert: 21. april 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0223

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.