

Til:

- Helsedirektoratet



Oslo, 17. september 2020

Ref.: 226/20/MJS/ph

## Nasjonal veileder for vanedannende legemidler

- Psykologforeningen mener det er positivt med en nasjonal veileder for hvordan pasienter som bruker vanedannende legemidler skal møtes
- Vi mener det er særlig positivt at veilederen oppfordrer til tverrfaglig behandling av disse pasientene
- Det er bra at veilederen peker på ikke-medikamentelle tiltak, men vi savner en tydeligere konkretisering av hvordan slike tiltak kan være en støtte og et reelt alternativ for denne gruppen. Dette får veilederen i stor grad likevel til å fremstå som en rettleder for legers forskrivning.
- Vi mener ikke-medikamentelle tiltak bør fremheves i nesten alle kapitel, som støttetiltak eller alternativ til vanedannende legemidler. Vi foreslår en inndeling av kapitel 1 for å gjøre dette lett tilgjengelig og tydelig.
- Vi peker også på noen uklarheter i teksten og for enkelte ansvarsområder i veilederen

Psykologforeningen mener det er positivt at det kommer en samlet nasjonal veileder for vanedannende legemidler. Selv om det først og fremst framstår som en veileder for fastlegers arbeid med denne pasientgruppen, pålegges også deler av spesialisthelsetjenesten ansvars- og arbeidsoppgaver. Psykologer bør være en faggruppe som involveres i dette.

Veilederen er kortfattet, lett tilgjengelig og i hovedsak presis. Det er bra. Enkelte steder i utkastet er det likevel uklart hvem som har ansvar (hvem har ansvar for pasienter som bruker mer enn 100 mg opioidekvivalenter per døgn?), og det framkommer ikke absolutte grenser for hva man tenker er forsvarlig øvre dosering av opioider.

Vi synes det er spesielt positivt at det settes søkelys på tverrfaglig arbeid med disse pasientene. Spesielt de med stort forbruk av opioider (fastlege, tverrfaglig smerteklinikk og TSB).

Psykologforeningen har ikke forutsetninger for direkte å kommentere de medisinskfaglige elementene i veilederen, derfor vil vi i hovedsak sette søkelys på der vi mener psykologfag med fordel kan tas inn i det tverrfaglige arbeidet.

Den største innvendingen fra vårt ståsted er at veilederen åpner med et kapittel om alternativer til vanedannende legemidler – dette er bra – men dette er kort og lite konkret. Om veilederen er ment som en veileder for det tverrfaglige arbeidet med disse pasientene bør dette kapitlet konkretiseres og utvides. Ikke-medikamentelle tiltak ved seponering bør også vektlegges.

Flere faggrupper, også legene selv, kan utføre ikke-medikamentelle tiltak og bør ha det i sitt utvalg av verktøy i møte med denne pasientgruppen. Det legges i dag økende vekt på ikke-medikamentell lindring av somatiske og psykiske plager så dette er et stort område som bør omtales mer presis og direkte.

### **Kap. 1: Alternativer til vanedannende legemidler – Ikke-medikamentelle tiltak**

I kapitel 1, alternativ til vanedannende legemidler, heter det at «Før oppstart av et vanedannende legemiddel bør lege i samarbeid med pasient vurdere alternativer til vanedannende legemidler og eventuelt forsøke disse først», og det presiseres videre at «Lege bør ha kunnskap om og oppmerksomhet på andre behandlingsalternativer ved søvnevansker, langvarige angst- og smertetilstander, særlig når den akutte tilstanden forventes å kunne bli langvarige.». De tre tilnærmingene som nevnes er motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi eller fysikalsk behandling.

*Vi mener at ikke-medikamentelle tiltak som hovedregel alltid bør være som tillegg til medikamentell behandling. I en del tilfeller kan ikke-medikamentell behandling komme i stedet for legemidler. Virksomme ikke-medikamentelle tiltak er dokumentert både i forhold til ulike former for langvarige smerter, angsttilstander og de fleste søvnevansker. Vi får inntrykk av at man har tatt hensyn til dette i veilederen, men vi savner presisering av hvordan dette kan gjøres. Vi mener også det med fordel kunne vises til ikke-medikamentelle tiltak i teksten i de fleste kapitlene.*

Praktisk kan dette gjøres ved at kapitel 1 deles i tre nye selvstendige kapitler, konkret:

- Ikke-medikamentelle tiltak ved angst
- Ikke-medikamentelle tiltak ved søvnevansker
- Ikke-medikamentelle tiltak ved smerter

Og at det ulike steder i veilederen linkes til dette.

### **Eksempel:**

Ved akutte og langvarige smertetilstander er det utviklet en rekke tiltak for lindring av plage og smerte – bl.a.:

- Lindring av smerte ved å påvirke forventninger.
  - o Jfr. betydelig forskning på placebo og nocebo i forhold til smerter.
- Lindring av smerte ved å påvirke opplevelse av kontroll.
  - o Jfr. forskning knyttet til verstefallstenking («catastraophizing») og smerte.
- Lindring av smerte ved distraksjon/avledning.
  - o Jfr. forskning knyttet direkte til distraksjonsteknikker.
- Lindring av smerte ved avspenning.
  - o Jfr. forskning knyttet til hypnose og prosedyresmerte, mindfulness/avspenning/hypnose ved akutt- og langvarig smerte.

I tillegg til disse i hovedsak psykologiske tilnærmingene vil fysioterapeuter kunne supplere med tiltak som aktivitet/bevegelse, TENS, berøring osv. Også sykepleiere kan bidra med ulike ikke-medikamentelle tiltak som brukes spesielt ved akutt smerte.

De samme strategiene kan brukes ved langvarig smerte, men her kommer også mer omfattende tiltak i tillegg, som handler om tilegning av mestringsferdigheter, kognitiv-atferdsterapi mv., motivering til aktivitet, endring av livsstilsfaktorer osv.

Tilsvarende kan det vises til tiltak i forhold til både angst og søvnvansker, som bør være prøvd ut forut for eller i tillegg til medikamentelle tiltak.

## **Kap. 2: Oppstart med vanedannende legemidler**

Under overskriftene

- Benzodiazepiner og -lignende ved søvnvansker
- Benzodiazepiner ved angsttilstander
- Opioider ved akutte smerter

bør det første listede være å prøve ikke-medikamentelle tiltak, og lenkes til kapittel 1. Det bør også alltid være på plass en plan for hvordan og når medikamentell behandling skal avsluttes som inkluderer hvilke ikke-medikamentelle tiltak som kan være aktuelle.

## **Kap. 4: Iatrogen avhengighetssyndrom**

At mange personer med langvarig bruk av avhengighetsskapende legemidler har startet bruk etter foreskriving av leger, er et viktig perspektiv – derved tydeliggjøres at det ligger et ansvar hos den som har startet behandlingen, eventuelt i samarbeid med den som kontinuerer behandlingen.

## **Kap. 5: Avslutning og nedtrapping**

I forbindelse med avslutning og nedtrapping vil god bruk av ikke-medikamentelle tiltak kunne bidra til høyere «suksessrate». I mange tilfeller kan en se på det som en overgang til fortsatt behandling, men med andre metoder som ikke inkluderer vanedannende medikament.

Kapitlet burde tydeliggjøre dette og lenke til kapittel 1, og referere andre relevante kilder. Ofte vil det være så likt en avrusing at det kan være relevant å koble inn ulike rustjenester, da ikke bare TSB.

## **Kap. 8: Benzodiazepiner og -lignende**

I brødteksten står det om behandling av søvnvansker, men dette handler vel også om behandling av angst.

## **Kap. 9: Opioider**

I dette kapitlet står det etter «Hvis de sterke smertene vedvarer, skal lege foreta en grundigere vurdering om ...» *a) smertene skyldes forsinket vevstilheling, smertefulle komplikasjoner eller lignende, b) det er et begynnende avhengighetssyndrom.*

Alternativet b) kommer frem flere steder. Vi vil påpeke at langvarig bruk av avhengighetsskapende analgetika ikke alltid handler om enten smerte *eller* rus og avhengighet per se. Vikarierende bruk av

opioider for å dempe psykisk og eventuelt annet kroppslig ubehag enn smerte kan være en driver for enkelte pasienter. Derfor er det viktig at legen også foretar en grundig vurdering om bruk av analgetika bidrar til å dempe angst, uro eller avhjelpe depresjon, og i tilfelle sørge for at det blir satt inn passende medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak i forhold til dette.

I forbindelse med fortsatt bruk av opioider bør det presiseres at det skal vurderes om ikke-medikamentelle tiltak kan bidra til å redusere dosen eller til å legge til rette for seponering.

I **kapittel 9.4 og 9.5** omtales bl.a. bruk av større doser opioider, og hvem som har ansvar for dette. På s. 22, nederst, heter det at «Hvis lege etter samråd med pasient likevel beslutter å trappe opioid-dosen videre opp og pasienten angir sterke smerter ved 100 mg OMEQ per døgn bør lege søke hjelp fra en tverrfaglig smerteklinikk. Den tverrfaglige smerteklinikken bør ~~etableret~~ ha forpliktende samarbeid med tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).»

Det er bra at man ønsker å kople inn både tverrfaglig innsats og samarbeid mellom rusmedisin og smerteklinikk. Formuleringen her virker likevel uforpliktende. I neste kapittel (**9.5**) står at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for behandling av pasienter som bruker over 100 mg OMEQ per døgn. Det er viktig at veilederen er klar på hvor ansvaret skal ligge, ved hvilke doser, og at det er kapasitet til å følge opp de pasientene som omtales. Også ved bruk av høye doser bør det alltid vurderes om ikke medikamentelle støttetiltak kan bidra til å stabilisere eller senke doseringen.

Vennlig hilsen  
Norsk psykologforening



Håkon Skard  
President