

En lav andel av Norges befolkning får analgetika på blåresept. Pasienter med kronisk ikke-malign smerte får i dag ikke den behandling de har krav på, samtidig som bruken av opioider ikke er adekvat

Behandling av kronisk ikke-malign smerte

I Norge er det, av grunner vi ikke kjenner, høyere forekomst av kronisk moderat til sterk smerte enn i de fleste europeiske land (1). I en studie fra 2006 lå vi desidert høyest. 30 % av nordmennene rapporterte slike smerter, mot bare 12 % i de landene som lå lavest (1). Leddsmerter var vanligst (40 %), deretter kommer muskel- og skjelettsmerter (30 %), smerter etter skader eller operasjon (20 %), hyppig hodepine (10 %), smerter etter nerveskade (4 %) og kreft-smerter (1 %). 24 % av dem med langvarig smerte oppga at den var meget sterk (1).

Før 2008 var det ikke mulig å forskrive smertelindrende medikamenter på blåresept for ikke-malign smerte, unntatt for trigeminus-neuralgi under et eget refusjonspunkt. Vår erfaring er at reglene i noen tilfeller ble omgått ved at både antiepileptika og antidepressiver ble skrevet ut til pasienter med nevropatisk smerte under henholdsvis diagnosen epilepsi og depresjon, selv om dette ikke var korrekt. Spesialister i sekundærhelsetjenesten kunne imidlertid søke refusjon etter § 5-22 på hvit resept for alle relevante typer medikamenter i behandling av kronisk smerte.

Fra 2008 ble det innført en blåreseptordning for kronisk ikke-malign smerte generelt. Dette skulle gjøre medikamentell smertebehandling bedre for pasientene og lettere for legene å administrere. Det ble nå mulig å skrive analgetika på blåresept under eget refusjonspunkt – ICPC/ICD -71 (kroniske, sterke smerter). Imidlertid ble ordningen innført med et meget begrenset utvalg av forhåndsgodkjente preparater etter § 2 (paracetamol, noen typer ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID), amitriptylin, karbamazepin, gabapentin, duloksetin, levomepromazin og capsaicin). Ulike krav i forhold til spesifikke diagnoser for refusjonsberettiget bruk foreligger imidlertid for noen av medikamentene. For alle andre aktuelle smertelindrende medikamenter (også opioider) må spesialist (ikke i allmenmedisin) søke om individuell refusjon etter § 3a til HELFO.

Line Pedersen og medarbeidere oppsummerer i dette nummer av Tidsskriftet erfaringen med denne ordningen (2). Når de konkluderer med at kun 2 % av befolkningen får forskrevet smertelindrende medikamenter på blåresept, er det grunn til å stoppe opp og spørre hvorfor. Årsakene til et åpenbart underforbruk av smertelindrende medikamenter på blåresept kan være mange, og svarene vites ikke. En sannsynlig årsak er at mange går med smerter uten å ha fått en nærmere diagnose. Man kan spørre om alle leger kjenner til ordningen. Det kan også være pasienter som seponerer medikamenter pga. manglende effekt eller intolerable bivirkninger. Et strukturelt problem er det imidlertid at søknader til HELFO ofte blir avvist for andre preparater enn opioider når søknaden ikke er begrunnet med «riktige» argumenter.

La oss ta nevropatisk smerte som eksempel – det feltet vi kjenner best. Behandling av slik smerte er en spesielt stor utfordring. Sammenliknet med pasienter som har ikke-nevropatiske kroniske smertetilstander, angir de med nevropatisk smerte høyere smerteintensitet, mer redusert livskvalitet og dårligere smertelindrende effekt ved behandling (3). Vår erfaring er at det med unntak av alle typer opioider er et meget begrenset utvalg av smertelindrende medikamenter som godkjennes etter søknad (eksempel: for nevropatisk smerte kan man få godkjenning for pregabalin og okskarbazepin). For andre relevante smertelindrende medikamenter gis det oftest avslag, og spesialist kan da prøve å søke delvis refusjon etter § 5-22. Vår erfaring er

at resultatet av den nye blåreseptordningen er at spesialistene bruker mer tid og krefter på søknader til HELFO enn de gjorde tidligere.

Et gjennomgående problem i smertebehandling er feilbruk av opioider. Det er et tankekors at alle typer opioider, enten det er kortidsvirkende eller langtidsvirkende, kan godkjennes uten problemer etter søknad på blåresept (§3a), mens aktuelle antiepileptika/antidepressiver avvises for en mindre, men svært plaget pasientgruppe. Pedersen og medarbeidere viser at innføring av de nye refusjonsreglene for analgetika på ingen måte har løst problemet. Fortsatt brukes det korttidsvirkende opioider, flere typer opioider samtidig, og opioider forskrives sammen med benzodiazepiner, noe som er i strid med norske og internasjonale retningslinjer. Alle disse faktorene gir en betydelig økt risiko for misbruk.

Et viktig poeng i Pedersen og medarbeideres artikkel er den påviste diskrepans mellom antall pasienter med fast opioidbruk (1 % av befolkningen) og antallet som får opioider på blåresept (0,16 %). Det kan være mange årsaker til dette, men sannsynligvis skyldes det en ikke ubetydelig mengde pasienter som ikke henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering av sin smertetilstand (inklusive vurdering av indikasjon for og refusjonsberettigelse for bruk av opioider). Søknad om refusjon av utgifter til opioider bør fortsatt være en oppgave for spesialisthelsetjenesten, men i nært samarbeid med pasientens fastlege.

Det var et viktig fremskritt å få godkjent kronisk smerte som en egen diagnose på lik linje med andre kroniske lidelser med rett til refusjon på blåresept, men vi mener at det er grunn til å evaluere den eksisterende ordning. Per i dag er det slik at staten gir med den ene hånden (medikamenter skal kunne gis til alle med kronisk ikke-malign smerte), men tar med den andre (gjør antallet medikamenter for snevert). Vi er selvsagt ikke for at 30 % av Norges befolkning skal få smertelindrende medikamenter på blåresept, men synes at det skal være en ordning som tilgodeser dem som er vanskeligst å behandle.

Ellen Jørum
ellen.jorum@medisin.uio.no
Torhild Warncke

Ellen Jørum (f. 1954) er dr.med., spesialist i nevrologi og klinisk nevrofysiologi og seksjonsoverlege og professor ved Klinisk nevrofysiologisk seksjon, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er medlem av redaksjonskomiteen til Smertefokus, i regi av Pfizer.

Torhild Warncke (f. 1961) er dr.med., spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har fått reisetilskudd og foredragshonorar fra Pfizer og Eli Lilly.

Litteratur

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
2. Pedersen L, Hansen AB, Svendsen K et al. Analgetika med refusjon ved kroniske smerter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 2489–93.
3. O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 2009; 122 (suppl): S22–32.