

Potensielt vanedannende legemidler på blåresept ved kroniske sterke smerter

BAKGRUNN I forbindelse med omlegging av refusjonsordningen for legemidler ble det fra 2008 innført en ny refusjonskode (-71) som sikrer dekning av utgifter til vanedannende legemidler for pasienter med kroniske, sterke og vanligvis ikke-maligne smerter. Ordningen er hittil ikke blitt evaluert.

MATERIALE OG METODE Vi studerte nasjonale data over refusjoner i henhold til refusjonskode -71 for tidsrommet 2008–11 samt pasientanonymiserte kopier av samtlige innvilgede vedtak i henhold til refusjonskode -71 i Midt-Norge (Sør- og Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal) i 2010. De nær 1 300 pasientenes alder, kjønn, diagnose, omsøkt legemiddel (reseptgruppe A og B samt pregabalin), dose og søkende leges identitet og spesialitet ble registrert.

RESULTATER Helt fra ordningen ble etablert er den blitt brukt i økende omfang. I 2011 benyttet nær 10 000 individer seg av anledningen til refusjon på punkt -71 hvert kvartal. Nasjonalt gjaldt en av tre saker pregabalin, de øvrige hovedsakelig opioider. De omsøkte tilstandene i region Midt-Norge hadde oftest utspring i muskel- og skjelettsystemet eller nervesystemet og var ofte uspesifikke. Behandlingen gikk ikke sjelden på tvers av terapiprinsippene for behandling av kroniske ikke-maligne smerter, og dosene var noen ganger betenkelig høye.

FORTOLKNING Aspekter ved denne delen av refusjonsordningen bør overvåkes kritisk og eventuelt endres.

Blåreseptordningen gir pasienter rett til refusjon av utgifter til nødvendige legemidler ved langvarig sykdom (1). Noen midler er forhåndsgodkjent for refusjon og kan skrives ut direkte på blåresept. Disse omfattes av § 2 i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Andre medikamenter er ikke forhåndsgodkjent og krever en individuell søknad for at utgiftene skal kunne refunderes. Disse omfattes av § 3 i blåreseptforskriften (2).

Refusjonskode -71 ble introdusert i forbindelse med endringer i forskriften 3.3. 2008 og benyttes ved refusjon av utgifter til legemidler mot kroniske sterke smerter. Koden fungerer som en «samlediagnose» for pasienter med hovedsakelig ikke-maligne kroniske smerter, de som under den gamle blåreseptforskriften ofte ikke fikk innvilget refusjon av smertestillende legemidler. For å få forhåndsgodkjent refusjon (§ 2) hjemlet i refusjonskode -71 gjelder generelle blåreseptkriterier (1) i tillegg til spesielle vilkår (vilkår 111) for refusjon (3): Smerteanalyse skal være utført og dokumentert i journal, og det skal brukes et validert verktøy for diagnostikk, vurdering av smertegrad (f.eks. en smerteskala) og evaluering av effekt av legemiddeltiltak.

Ingen vanedannende midler er forhåndsgodkjent ved refusjonskode -71. Det må dermed søkes individuelt om refusjon av slike midler etter § 3a. Det finnes da visse vilkår som må oppfylles i tillegg til de generelle vilkårene under § 2. De viktigste av disse er følgende (4): Hos individer under 75 år må

søknaden være skrevet av spesialist innen sykdommens fagfelt. Hos eldre med et avklart smerteproblem eller ved behandling utover to år kan allmennlege søke etter først å ha konferert med spesialist. Faren for avhengighet skal være vurdert som underordnet pasientens behov for behandling. Det søkes for et spesifikt middel og en spesifikk dosering, men det er ingen begrensninger på maksimal dose. Et vedtak kan gjelde for inntil to år, men ved endring i legemiddelbehandlingen underveis må det søkes på nytt.

Søknadene behandles av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). HELFO kan bruke rådgivende farmasøyer og leger ved behov i vurderingen av sakene, men avgjørelsesmyndigheten er tillagt saksbehandler. Hvis søknaden oppfyller de formelle kravene, skal refusjon i henhold til regelverket innvilges, forutsatt at forhåndsgodkjente midler er forsøkt i tilstrekkelig grad eller det er godt nok begrunnet hvorfor forhåndsgodkjente midler ikke kan benyttes (5). Det ytes da stønad til det preparatet og den dosen som er angitt i søknaden.

Siden refusjon av utgifter etter refusjonskode -71 ikke er knyttet til bestemte diagnoser, åpner det for refusjon for en stor og vagt definert pasientgruppe. Vi ønsket derfor å registrere hvilke pasientgrupper som får refundert potensielt vanedannende smertestillende medikamenter etter refusjonskode -71 ved individuell søknad (§ 3a). Vår primære hensikt var å kartlegge pasientenes alder, kjønn, diagnoser, medikamentvalg og

Marthe Sæther Persheim
Arne Helland
Olav Spigset
Lars Slørdal

lars.slordal@ntnu.no

Institutt for laboratoriemedisin,
barne- og kvinnesykdommer
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
og
Avdeling for klinisk farmakologi
St. Olavs hospital

> Se også side 130

HOVEDBUDSKAP

Etter at refusjonsordningen ble endret i 2008, har antall personer som forskrives opioider eller pregabalin på blåresept for kronisk ikke-malign smerte vokst til ca. 10 000 per kvartal

Det er store variasjoner i antall innvilgede søknader regionene imellom

Diagnosene er ofte uspesifikke

I noen tilfeller forskrives det svært høye doser opioider

dosering, og vi innhentet også informasjon om søkende/ansvarlig lege.

Materiale og metode

Studien er basert på to datasett: HELFOs hovedkontor i Tønsberg utleverte aggregerte nasjonale data over antall individer som kvartalsvis fikk ekspedert resepter på grunnlag av innvilgede søknader hjemlet i refusjonskode -71 fra ordningen ble opprettet i mars 2008 og til og med tredje kvartal 2011. HELFO Midt-Norge (dekker fylkene Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag) bidro med anonymiserte kopier av alle innvilgede søknader om refusjon av preparater i utleveringsgruppe A og B samt pregabalin hjemlet i refusjonskode -71 i Midt-Norge for året 2010. Pregabalin ble inkludert grunnet økende mistanke om at midlet har et misbrukspotensial (6).

Fra de individuelle søknadene ble informasjon om pasientens alder, kjønn og diagnose, hvilket legemiddel og hvilken dosering som ble innvilget samt søkende leges identitet og spesialitet registrert. Noen av diagnosene i søknadene var beskrevet ved hjelp av ICD-10-kodeverket, mens et betydelig antall diagnoser var oppgitt med ICPC-2-koder. For å sammenholde diagnosene ble ICPC-2-kodene gjort om til ICD-10-koder ved hjelp av søkefunksjonen på nettsiden til Kompetansesenter for IT i helse- og sosialtjenesten (7).

For å kunne sammenlikne dosering av opioider på tvers av virkestoff ble de innvilgede dosene omregnet til orale morfinkvivalenter (8).

Data ble registrert og analysert i programene Excel og SPSS.

Studieprotokollen ble forelagt regional etisk komité for Midt-Norge (ref. 2011-1825) og der vurdert som ikke fremleggingspliktig.

Resultater

Nasjonale data

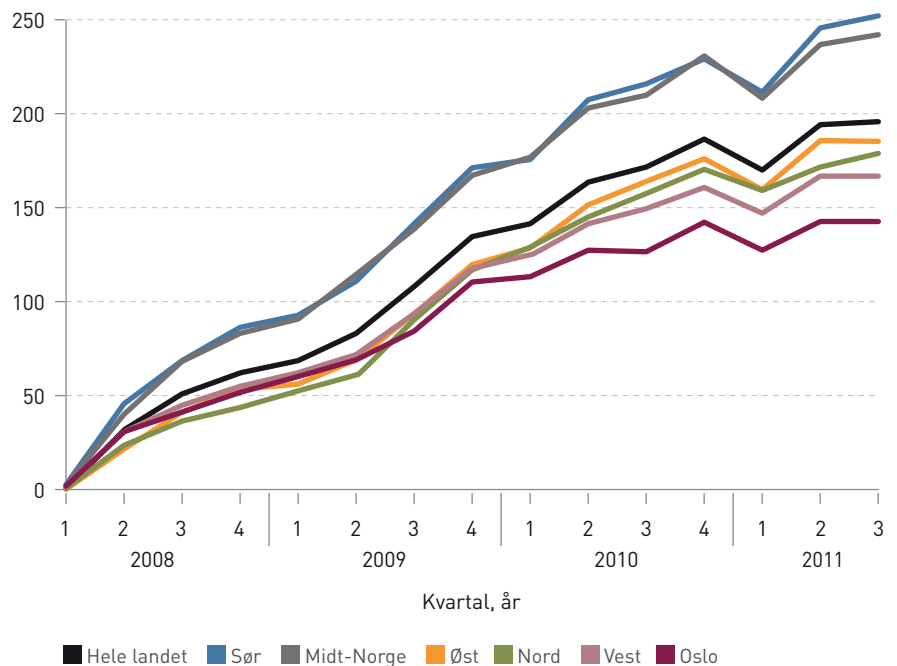
Antall individer per 100 000 innbyggere som benyttet sitt vedtak på refusjonskode -71 til å hente ut medikamenter i utleveringsgruppe A, B og/eller pregabalin i perioden 2008-11 er vist i figur 1. Antallet økte jevnt frem til 2010, deretter har økningen avtatt noe. I tredje kvartal 2011 utgjorde dette 9 661 individer på landsbasis. Det befolkningsjusterte uttaket dette kvartalet var 76% høyere i regionen med høyest legemiddeluttak (Sør) enn i regionen med lavest uttak (Oslo).

Det mest brukte enkeltlegemidlet var pregabalin, som ble hentet ut av 4 499 individer i tredje kvartal 2011. Opioider utgjorde i all hovedsak det resterende forbruket, mens andre legemidler i utleveringsgruppe A og B kun ble brukt av et fåtall. Figur 2 viser antall brukere som hentet ut de ulike legemidlene i opioidgruppen i den aktuelle tidsperioden.

Individuelle data

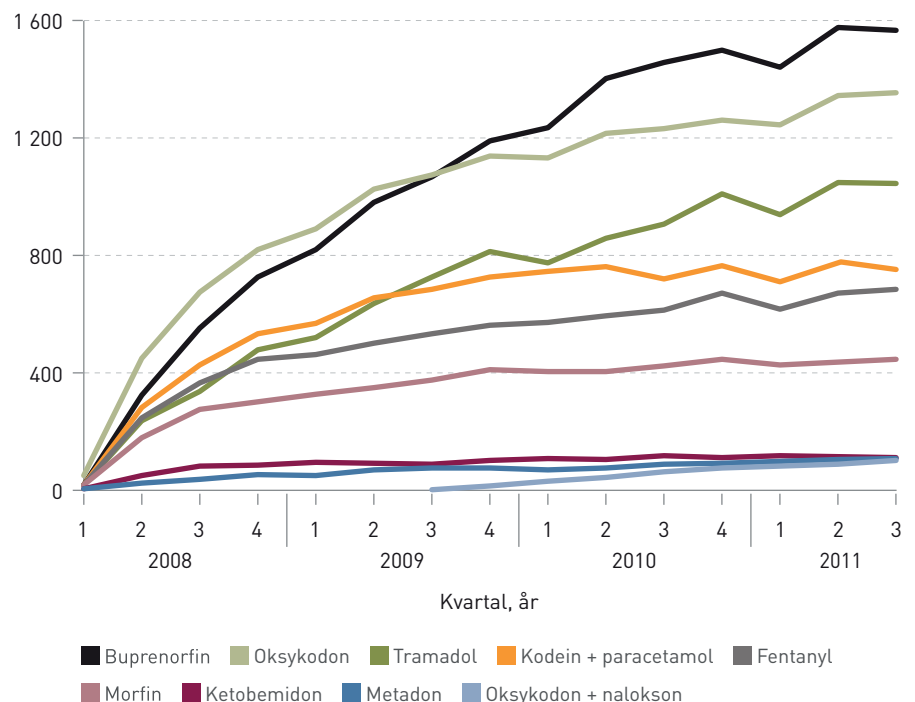
Totalt ble det for 2010 registrert 1 282 innvilgede vedtak i region Midt-Norge. Pasientgruppen besto av 853 kvinner (66,5%) og 428 menn (33,5%) (kjønn fremgikk ikke av

Brukere per 100 000 innbyggere per kvartal



Figur 1 Antall individer per 100 000 innbyggere som hentet ut medikamenter i utleveringsgruppe A og B samt pregabalin på refusjonskode -71, § 3a, per kvartal og landsdel fra første kvartal 2008 til tredje kvartal 2011. Inndelingen følger HELFOs egen regioninndeling: Sør (Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Vestfold, og Buskerud), Øst (Østfold, Akershus, Oppland og Hedmark), Vest (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane), Midt-Norge (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag), Nord (Nordland, Troms og Finnmark) samt Oslo

Brukere per kvartal



Figur 2 Antall brukere på landsbasis som per kvartal hentet ut opioider på refusjonskode -71, § 3a. (Noen av de øvrige virkestoffene i opioidgruppen ble også refundert, men til svært få brukere. Disse er utelatt fra figuren)

Tabell 1 Oversikt over diagnoser hos pasienter som fikk refundert medikamentutgifter etter punkt –71 i region Midt-Norge i 2010, klassifisert etter ICD-10-systemet. De tre største hovedgruppene, samt de undergruppene i disse hovedgruppene som utgjorde mer enn 1 % av det totale antallet diagnoser, er inkludert i tabellen

ICD-10-kode	Diagnose	Antall	[%]
Hovedgruppe M	Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev	1 335	(60,9)
M40–M54	Rygglidelser	438	(20,0)
M00–M25	Leddtildelser	417	(19,0)
M60–M79	Bløtvevssykdommer	283	(12,9)
M80–M94	Bein- og brusklidelser	97	(4,4)
M30–M36	Systemiske bindevevssykdommer	96	(4,4)
Øvrige M-koder		4	(0,2)
Hovedgruppe G	Sykdommer i nervesystemet	267	(12,2)
G60–G64	Polyneuropatier og andre sykdommer i det perifere nervesystemet	93	(4,2)
G50–G59	Sykdommer i nerver, nerverøtter og nervepleksus	81	(3,7)
G35–G37	Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	40	(1,8)
Øvrige G-koder		53	(2,4)
Hovedgruppe R	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn ikke klassifisert annet sted	251	(11,5)
R52	Smerte, ikke klassifisert annet sted	221	(10,1)
Øvrige R-koder		30	(1,4)
Øvrige hovedgrupper		338	(15,4)
Sum		2 191	(100,0)

søknaden i ett tilfelle). Gjennomsnittsalderen var 59,6 år (spredning 2–95 år).

I søknaden var det alt i alt oppgitt 2 182 diagnoser, fordelt på 422 ulike ICD-10-koder. Antall sifre i diagnosekoden, og dermed presisjonsgraden, varierte. I enkeltøkknadene var det oppgitt inntil sju ulike diagnoser. Alt i alt tilhørte 60,9 % av diagnosene ICD-10-gruppe M (muskel- og skjelettsystemet) og 12,2 % ICD-10-gruppe G (nervesystemet), mens 11,5 % av diagnosene tilhørte klassen «symptomer, tegn og kliniske funn som ikke kan klassifiseres annet sted» (ICD-10-gruppe R) (tab 1). Den mest brukte enkeltdiagnosen var «annen kronisk smerte» (R52.2), som var brukt i alt 152 ganger og utgjorde 7,0 % alle benyttede diagnoser og 11,9 % av alle søknader. Deretter fulgte «uspesifisert polyneuropati» (G62.9), «leddsmerte» (M25.5) og «kronisk intraktable smerte» (R52.1). Kreftdiagnoser var oppgitt i under 2 % av det totale antall søknader. Dette skyldes sannsynligvis at kreftpasienter hovedsakelig får dekket sine utgifter etter refusjonskode – 90 (palliativ behandling i livets slutfase), der sterke smertestillende midler er forhåndsgodkjent.

Blant pregabalinsøknadene utgjorde M-diagnoser (muskel- og skjelettsystemet) 38,9 %, mens G-diagnoser (nervesystemet) utgjorde 30,8 %. I denne gruppen hadde 64,8 % diagnoser forenlig med nevropatisk smertekomponent, mens 18,2 % hadde diagnoser som vanligvis ikke assosieres med nevropatiske smerter, som fibromyalgi, migrene, tensjonshodepine, lumbago, ryggsmerte INA, Bekhterevs sykdom, revmatoid artritt, myalgi og osteoporose. I 16,9 % av søknadene var hoveddiagnosen uspesifikk (f.eks. R52 «kronisk smerte») slik at en eventuell nevropatisk komponent ikke fremgikk. I 20 av de innvilgede pregabalinsøknadene (5,2 %) var diagnosen fibromyalgi.

I de 1 282 sakene ble det gjort vedtak om refusjon av utgifter til 1 448 legemidler. I 170 saker (13,3 %) var det innvilget refusjon av mer enn ett legemiddel. Opioider var innvilget i 898 søknader (70,0 %), mens pregabalinn var innvilget i 384 (30,0 %). Det ble innvilget refusjon av inntil fire forskjellige legemidler i ett og samme vedtak. I flere tilfeller var det innvilget refusjon av forskjellige medikamenter med samme virkestoff,

eksempelvis depotformulert og hurtigvirkende oksykodon. Totalt forelå det vedtak om trygderefusjon av 15 ulike virkestoffer. I tillegg til pregabalin dreide det seg om ni opioider i utleveringsgruppe A (buprenorfin, oksykodon, fentanyl, morfin, metadon, ketobemidon, dekstropropoksyfen, petidin og hydromorfon) og tre opioider i utleveringsgruppe B (tramadol, kodein og dihydrokodein). Cannabis (utleveringsgruppe A) og diazepam (utleveringsgruppe B) var innvilget refusjon i ett tilfelle hver.

Majoriteten av opioidsøknadene (n = 722, 80,4 %) gjaldt refusjon av doser på inntil 100 mg orale morfinekvalenter (7) per døgn, og i 98,4 % av tilfellene var døgndosen under 400 mg orale morfinekvalenter. Figur 3 viser dosefordelingen i disse vedtakene. Totalt 14 pasienter (1,6 %) fikk refundert opioiddoser tilsvarende 400 mg orale morfinekvalenter eller mer per døgn. De to høyeste innvilgede opioiddoser tilsvarte 1 170 mg og 1 026 mg morfin per døgn. Hos tre av de 14 pasientene (der det var søkt om 420–540 mg orale morfinekvalenter) var diagnose ikke oppgitt i søknaden, og for flere av de andre var det oppgitt uspesifikke symptomdiagnoser (kausalg, ryggsmerte, kronisk intraktable smerte, annen kronisk smerte).

Allmennpraktikere, anestesiolger, revmatologer, nevrologer og leger ved smerteklinikker var søkende leger i 88,7 % av tilfellene (n = 1 137). Anestesiologer, revmatologer, nevrologer og leger ved smerteklinikker hadde spesialistansvaret i 69,3 % av søknadene (n = 888). For opioidsøknadene fungerte revmatologer og anestesiolger som ansvarlig spesialist i den største andelen av søknadene (hhv. 290 (32,3 %) og 240 (26,7 %) tilfeller). For pregabalinsøknadene var nevrologer ansvarlig spesialist i 118 tilfeller (30,7 %) og anestesiolger i 65 (16,9 %). Åtte enkeltleger var ansvarlig spesialist for totalt 44,6 % av søknadene (n = 572), og tre av disse var ansvarlig spesialist for 30,4 % av søknadene (n = 390).

Diskusjon

Siden regelendringen i 2008 har forskrivningen av legemidler med avhengighetspotensial på blåresept for ikke-maligne kroniske smerter grepet om seg. Økningen har avtatt noe over tid, og reduksjonen i antall brukere ved årsskiftet 2010/2011 kan være uttrykk for redusert behov etter store uttak fra apotek mot slutten av kalenderåret 2010 – altså en «frikorteffekt». Det er store variasjoner i antall innvilgede søknader regionene imellom, noe som kan tyde på at bruken av refusjonskoden ikke er tuftet på enkeltilige terapistrategier eller at HELFOs regelverk praktiseres ulikt i de forskjellige helseregionene. Diagnosene er ofte uspesifikke, og i noen tilfeller forskrives det svært store doser opioider.

Økt forskrivning etter at ordningen ble innført i 2008 viser at den dekker et behov. Det er ut fra foreliggende data ikke mulig å si

om det er en overforskrivning eller en underforskrivning av legemidler med avhengighetspotensial på refusjonskode -71. Indikasjonen for bruk av pregabalin ved smerter er «perifer og sentral nevropatisk smerte hos voksne». Pregabalin forskrives imidlertid i relativt stor utstrekning for tilstander som vanligvis ikke har noen nevropatisk smertekomponent og som faller utenfor indikationsområdet for preparatet, som f.eks. fibromyalgi. Dette er muligens uttrykk for at man så langt som mulig vil forsøke å unngå forskrivning av sterke analgetika til disse pasientene. Den tvilsomme terapeutiske nytten av pregabalin ved fibromyalgi og uspesifikke smertesyndromer er tidligere omtalt i Tidsskriftet (9).

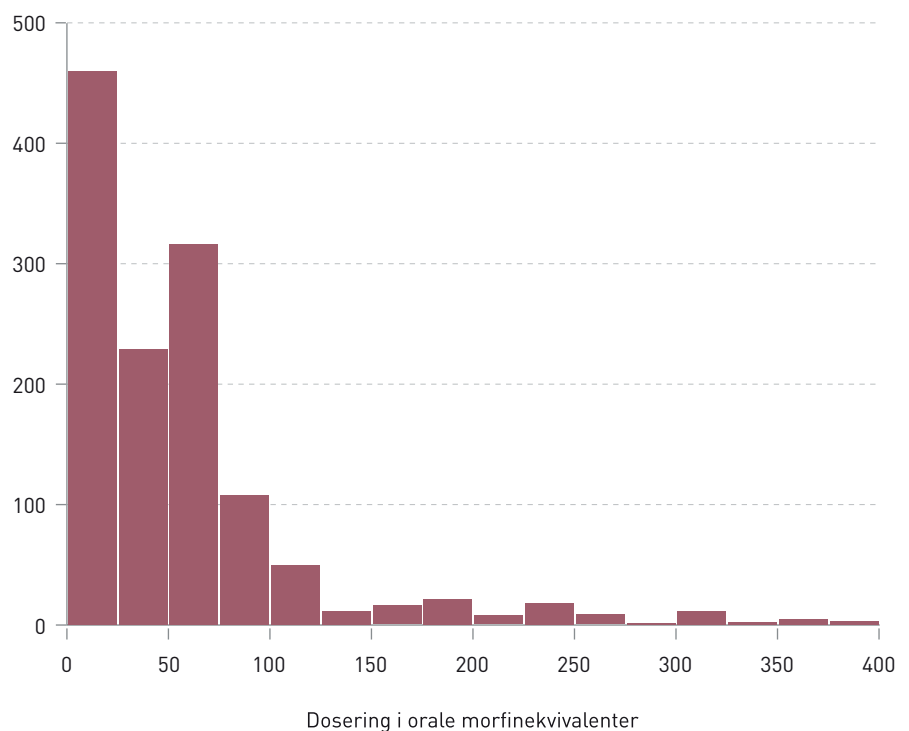
De innvilgede søknadene viste at det er en utbredt bruk av uspesifikke diagnoser, det vil si diagnoser hvor subjektive symptomer er de eneste diagnosekriteriene og objektive funn gjerne er fraværende. Dette kan imidlertid også i noen grad henge sammen med at dagens diagnosesystemer er utilstrekkelige for å kunne gi en god beskrivelse av smertesyndromer (10). Helbredelse oppnås sjelden hos kroniske smertepasienter, og sannsynligheten for at behandlingen blir langvarig er høy. Langvarig bruk av sterke smertestillende midler innebærer en stor fare for avhengighetsinduksjon.

Statens legemiddelverk utga i 2008 terapianbefalingen *Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander* (11). Året etter publiserte Legeforeningen sine *Retningslinjer for smertelindring* (12). Her presiseres det at en del pasientgrupper ikke bør bruke opioider fast, fordi de hos disse virker dårlig og sannsynligvis vil påføre dem tilleggsproblemer. Dette gjelder blant annet pasienter med uklare, generaliserte kroniske smertetilstander og pasienter med kronisk hodepine, for eksempel tensjonshodepine. Vårt materiale inneholder flere eksempler på refusjon av utgifter til opioidbehandling ved tilstander som fibromyalgi, uspesifisert smertesyndrom, myalgi og tensjonshodepine.

Terapianbefalingene (11, 12) angir at pasienter som er avhengige av andre vanedannende legemidler eller vanedannende stoffer ikke bør bruke opioider fast. Også i vilkårene for refusjon etter kode -71 er det angitt at faren for avhengighet skal være vurdert som underordnet pasientens behov for behandling (4). I vårt materiale var det innvilget vedtak om refusjon av oksykodon hos en pasient hvor narkotikaavhengighet var oppgitt som eneste diagnose. En annen pasient hadde fått vedtak om refusjon av utgifter til metadon på bakgrunn av en uspesifikk diagnose, selv om det i søknaden var beskrevet tidligere rusmisbruk og nylig rehabilitering.

Terapianbefalingen fra Statens legemiddelverk sier videre at pasienter som bruker depottabletter eller -plaster ved kronisk ikke-malign smerte ikke bør bruke hurtigvirkende eller korttidsvirkende opioider i tillegg, og at

Antall innvilgede søknader



Figur 3 Opioiddosering i de vedtakene i region Midt-Norge hvor det ble innvilget inntil 400 mg orale morfinekvivalenter per døgn (8). I tillegg hadde 14 pasienter fått innvilget doser på over 400 mg

pasienter som på tross av full dekning med adekvat langtidsvirkende opioid opplever smertetopper, i stedet bør behandles med et tillegg av ikke-opioide analgetika eller ikke-medikamentelle tiltak (11). Nyere forskning har imidlertid gitt holdepunkter for at doseøkninger og bekymringer i tilknytning til opioidbruk oftere opptrer hos pasienter på faste doser enn hos dem som doseres etter behov (13, 14). I vårt materiale var det gjort 121 vedtak om refusjon av utgifter til hurtigvirkende opioider ved kroniske smertetilstander, til tross for at slik bruk ikke er i tråd med norske terapiveiledere (11, 12).

Dosering av opioider byr på mange utfordringer. Det som er riktig dose for én pasient, kan være dødelig dose for en annen. De som bruker denne typen medikamenter over tid, kan oppleve en uttalt toleranseutvikling, med påfølgende doseøkning. Følgelig bruker mange av disse pasientene høye doser. I en del tilfeller er høydosebehandling trolig adekvat og i tråd med pasientens behov, men i andre tilfeller var dosene urovekkelige høye, spesielt sett i lys av pasientens alder og leveutsikter. Det er også sannsynlig at en del bruker høyere doser enn det vi har kunnet påvise, siden de kan ha flere gyldige refusjonsvedtak som løper parallelt hvis det er søkt i flere omganger for ulike midler.

Det finnes ingen øvre grense for hvilke doser som refunderes. Dersom søknaden oppfyller alle kriterier i henhold til regelverket, vil den i de aller fleste tilfeller innvilges med de angitte doseringene. Med tanke på at det er minst risiko for problematisk opioid-

bruk og iatrogen påført misbruk når den daglige dosen er lavest mulig (11, 12), kan man diskutere om det ville vært hensiktsmessig med et øvre tak for hvilke doser som innvilges refusjon. I tillegg til å hindre et overforbruk av medikamenter hos den enkelte kan det også muligens minske risikoen for eventuelt videresalg. I denne sammenhengen må man imidlertid også ha klart for seg at det kan være både velbegrunnet, nødvendig og riktig å gå utover anbefalt preparatvalg og vanlige doser i behandling av pasienter med særlig vanskelige smertesyndromer (15, 16).

Studien viser at noen få leger står for en stor andel av søknadene. Flere av disse er tilknyttet smerteklinikker ved sykehus. Dette er leger med kompetanse på behandling av komplekse smertesyndromer og kunnskap om de ulike medikamentenes virkninger og bivirkninger. Såfremt de er del av et faglig fellesskap, kan det ligge en trygghet i at det er disse legene som er ansvarlige for søknadene. Utfordringer oppstår i større grad i små, private praksiser med færre muligheter til både faglig interaksjon og kvalitetskontroll.

Vår studie har noen svakheter som bør nevnes. Den individuelle delen av studien inkluderte kun innvilgede søknader fra region Midt-Norge i 2010. Hvor mange søknader som ble avslått i samme periode, har vi ikke oversikt over. Vi vet heller ikke om situasjonen har vært stabil over tid eller om den har endret seg siden 2010, eller om denne regionen er representativ for landet som helhet. Selv om det befolkningsjusterte

antallet innvilgede søknader var høyt i region Midt-Norge (fig 1), har vi ingen grunn til å anta at behovet for refusjon av vanedannende, smertestillende midler der skiller seg fra behovet i resten av landet. For å finne årsaken til de store regionale variasjonene i bruken av refusjonskode -71 er ytterligere studier nødvendig.

Studien gir ikke fullstendig informasjon om hvilke kombinasjoner av virkestoffer den enkelte pasient har fått innvilget vedtak på. Dette skyldes at det kan eksistere flere separate vedtak per pasient, og med anonymiserte data hadde vi ingen mulighet til å få oversikt over alle vedtak som kunne gjelde én enkelt-person.

Konklusjon

Refusjon av potensielt vanedannende legemidler etter refusjonskode -71 omfatter ca. 10 000 individer hvert kvartal, og det er store regionale variasjoner. De diagnosene som utløser refusjon er ofte lite spesifikke. Behandlingen ser i noen tilfeller ut til å gå på tvers av terapiprinsippene ved kroniske ikke-maligne smerter, og dosene som forskrives er i visse tilfeller betenkelig høye. Dette kan tyde på at noen aspekter ved refusjonsordningen bør evalueres nærmere og eventuelt endres.

Ole Gard Knutsrød og David Scott Lauritzen ved HELFOs hovedkontor i Tønsberg ga oss tilgang til nasjonale data om bruk av refusjonskode -71. Data fra region Midt-Norge ble fremskaffet med velvillig hjelp fra Jan Osborg ved HELFOs regionkontor i Ørsta. Følgende ansatte ved HELFO Midt-Norge var behjelpelige med datainnsamlingen: Vanja Finseth, Aud Berit Melgård, Eli Solstad, Hilde Rian Mo, Bente O. Kvernberg, Kari B.T. Finvik, Marit Solum Andersen, Audny Brekke, Torill Telset, Trude Rabben, Liv Karin Hage og Johnny Riise. En stor takk til dere alle!

Marthe Sæther Persheim (f. 1984)

er medisinstudent ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arne Helland (f. 1977)

er cand.med. og spesialist i klinisk farmakologi. Han er overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har en lønnet bistilling som rådgivende lege for HELFO Midt-Norge.

Olav Spigset (f. 1963)

er overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital, og professor i klinisk farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Slørdal (f. 1955)

er professor i farmakologi og overlege i bistilling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet/St. Olavs hospital.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har en lønnet bistilling som rådgivende lege for HELFO Midt-Norge og var i perioden 2008-12 medlem av Blåreseptnemnda.

Litteratur

1. Helseøkonomiforvaltningen. Blå resept. <http://helfo.no/helsepersonell/lege/legemidler/Sider/bla-resept.aspx> [15.11.2011].
2. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). FOR 2007-06-28 nr. 814. www.lovdata.no/for/st/ho/ho-20070628-0814.html [15.11.2011].
3. Statens legemiddelverk. Refusjonssøk. www.legemiddelverket.no/custom/templates/Refusjonsliste____67589.aspx#N03AX12_1 [15.11.2011].

4. Helseøkonomiforvaltningen. Dekning av A- og B-preparater på blå resept. <http://helfo.no/helsepersonell/lege/legemidler/Sider/dekning-av-a--og-b-preparater-pa-bla-resept.aspx> [15.11.2011].
5. Vedlegg 1 til § 5-14 – Delegasjonsfullmakt til Helseøkonomiforvaltningen med medikamentliste. www.nav.no/rettskildene/Medikamentliste/Vedlegg+1+til+§+5-14+%28Medikamentlista%29.151877.cms [15.11.2011].
6. Chalabianloo F, Schjøtt J. Pregabalin og misbrukspotensial. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 186-7.
7. FinnKode 2012. Helsedirektoratet. www.finnkode.kith.no/2012 [20.9.2011].
8. Svendsen K, Borchgrevink P, Fredheim O et al. Choosing the unit of measurement counts: the use of oral morphine equivalents in studies of opioid consumption is a useful addition to defined daily doses. Palliat Med 2011; 25: 725-32.
9. Holtedahl R. Tvilsom dokumentasjon av effekten av pregabalin ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1032-6.
10. Rief W, Kaasa S, Jensen R et al. New proposals for the international classification of diseases - 11 revision of pain diagnoses. J Pain 2012; 13: 305-16.
11. Terapi anbefaling: Bruk av opioider ved behandling av langvarige, non-maligne smertetilstander - en oppdatering. Statens legemiddelverk, 2008. www.legemiddelverket.no/upload/Terapi%20anbefaling%20-%20bruk%20av%20opioider.pdf [15.11.2011].
12. Den norske legeforening. Retningslinjer for smertelindring [2009]. http://Legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer_smertebehandling_dnl.pdf [12.10.2012].
13. Ballantyne JC. Opioids around the clock? Pain 2011; 152: 1221-2.
14. Von Korff M, Merrill JO, Rutter CM et al. Time-scheduled vs. pain-contingent opioid dosing in chronic morphine therapy. Pain 2011; 152: 1256-62.
15. Breivik H, Gordh T, Butler S. Keeping an open mind: achieving balance between too liberal and too restrictive prescription of opioids for chronic non-cancer pain: using a two-edged sword. Scandinavian Journal of Pain 2012; 3: 1-4.
16. Watson CP. Chronic non-cancer pain and the long-term efficacy and safety of opioids: some blind men and an elephant? Scandinavian Journal of Pain 2012; 3: 5-13.

Mottatt 25.5. 2012, første revisjon innsendt 16.10. 2012, godkjent 6.11. 2012. Medisinsk redaktør Are Brean.