

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:	Vår ref: HSAK202100167	Dato: 15-08-2021
-------------	------------------------	------------------

Revidert nasjonal faglig retningslinje for behandling ved opioidavhengighet

Legeforeningen ved fagstyret takker for anledningen til å gi høringsinnspill på Helsedirektoratets reviderte nasjonal faglig retningslinje for behandling ved opioidavhengighet.

Generelt

De reviderte retningslinjene fremstår helhetlige og kunnskapsbaserte. Hensikten, å videre normalisere og integrere LAR i helsetjenesten, sørge for at pasienter i LAR får et helhetlig behandlingstilbud, samt å bidra til at behandlingstilbudet som gis, så langt mulig, er det samme i hele landet, kommer klart frem i formuleringer. Det er svært positivt at forskning og det medisinskfaglige vektlegges. Dette er en fornuftig videreutvikling av LAR-retningslinjene. Det er lagt stor vekt på brukermedvirkning, og det er også tydelig dreining av fokus fra kontroll til dialog og observasjon. Dette fremstår overveiende godt begrunnet, og forankret i grunnleggende prinsipper for annen behandling.

Utformingen av retningslinjen med grundig sammendrag, og vurdering til slutt med fordeler og ulemper, verdigrunnlag og ressurs hensyn, er klar og tydelig. Bakgrunn for anbefalingene og beskrivelse av foreliggende litteratur kunne med fordel ha vært plassert i eget vedlegg. Vi savner en kortversjon med oversikt over de punktene som er særlig relevante for fastleger. Veilederen er grundig og detaljrik og kan være omfattende å sette seg inn i for fastleger som har svært mange veiledere og retningslinjer å forholde seg til. Det ville være nyttig om det ble laget en kortversjon med de punktene som er særlig relevante for fastlegen.

Overordnet

Alkohol nevnes i mange sammenhenger som ett av flere rusmidler. Det mangler spesifikke råd og anbefalinger ved alkoholmisbruk. En del LAR-pasienter øker alkoholforbruket når de slutter med andre rusmidler, kanskje særlig fordi det bidrar til demping av abstinenssymptomer på kvelden. Mange eldre LAR-pasienter har allerede leverskade fra kronisk hepatitt C-infeksjon, og de vil være ekstra sårbare ved økt alkoholinntak. LAR-pasienter har også en større risiko for å utvikle et uheldig høyt forbruk, basert på tidligere rusmiddelbruk og erfaringer. I tillegg er alkohol, som lovlig rusmiddel, en del av normaliteten. Med redusert kontrollhyppighet og økt normalisering, vil mange oppleve alkohol i ulike sammenhenger som en naturlig del av en dette. LAR-pasientens forhold til

alkohol bør være en viktig del av oppfølgingen i ulike faser, og med dialog og observasjon som hovedstrategier. Dette vil også kunne bidra til at pasienten kan ha et mer reflektert forhold til egen sårbarhet og egne livsvalg, i takt med økt normalisering.

Somatisk helse, levekår og livsvaner for øvrig er lite omtalt. Pakkeforløp psykisk helse og rus med veileder for somatisk helse og levevaner har medvirket til en helt nødvendig økt oppmerksomhet om dette. Pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse opplever helsetap på mange områder, og flere studier de siste årene har vist at disse pasientene dør flere år tidligere enn resten av befolkningen. En stor del av overdødeligheten skyldes kroppslig sykdom som det finnes behandlingsmuligheter for, særlig hjerte- og karsykdom, kreft og lungesykdommer.

Denne bekymringsfulle situasjonen dannet grunnlaget for at Legeforeningens faglandsråd i 2019 vedtok en resolusjon om å intensivere arbeidet for at pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse skal få bedre oppfølging av sin kroppslige helse: «*Resolusjon om å redusere overdødelighet av somatisk sykdom blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse*»

<https://www.legeforening.no/contentassets/d3e07362e5b14115af1aec6da79947f6/resolusjonen-2019.pdf>

I LAR øker gjennomsnittsalderen for hvert år, og aldrende LAR-pasienter har flere og mer sammensatte somatiske lidelser. Nytt HelseAtlas om somatisk helse (kreft, KOLS, hjerte- og karsykdommer, diabetes) hos pasienter med rus- og psykiske lidelser (publiseres til høsten, mangler derfor foreløpig referanse) viser at pasienter bl.a. i LAR har høyere forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester enn normalbefolkningen med samme somatiske lidelse. På tross av dette har de markert kortere levealder, og de har også flere somatiske sykdommer enn normalbefolkningen. Den økte behandlingsaktiviteten kompenseres altså ikke for den økte sykkeligheten. LAR-pasienter (og andre med rus- og/eller psykisk lidelse) har i liten grad har fått del i eller nyttiggjort seg de store endringene i levevaner som normalbefolkningen har gjennomgått siste 20-30 år (røykeslutt, kosthold, trening, søvn). Pasienter i LAR er, som påpekt i retningslinjen, i behandling i mange år, ofte tiår. Pasientenes levekår (boforhold, økonomi, arbeid, nettverk, osv.) og levevaner (som i stor grad er avhengig av levekår) bør være en sentral del av rehabiliteringen gjennom hele forløpet. Hjerte- og karsykdommer, KOLS, kreft osv. er ikke bare tilgjengelige for alle nivåer av forebygging, men også for tidlig behandling ved påvist sykdom.

“Rusomsorgen” er et fag som tradisjonelt ikke har vært en del av spesialisthelsetjenesten. Selv om svært mye har skjedd siden første rusreform, er det fortsatt store forskjeller i TSB-tilbudet til pasienter nasjonalt. Det poengteres i de reviderte retningslinjene at det er nødvendig å stille diagnose og vurdere kost/nytte før LAR tilbys, at legen i det tverrfaglige teamet har både ansvar og myndighet i denne vurderingen, og at dette er en kvalitetssikring av behandlingen.

Legeforeningen foreslår derfor at det i formuleringene i retningslinjene forutsettes at legen skal ha spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin eller være i spesialiseringsforløp i rus- og avhengighetsmedisin, nettopp med den hensikt å oppnå, i den grad det er mulig, helhetlig og fortrinnsvis lik behandling over hele landet.

Det må understrekes at det er avgjørende at pasienter som ønsker LAR, får tilbud om en helhetlig og tverrfaglig tilnærming til behandling også av underliggende problemer, og til rehabilitering. Pasienter formidler regelmessig at "den medikamentelle behandlingen alene ikke hjelper mot grunnene til at man begynte å ruse seg".

Om anbefalingene

Vedrørende selve valget av legemiddel til vedlikeholdsbehandling er det et dilemma at det ikke er flere godkjente legemidler å velge mellom, da bivirkninger utvilsomt er en utfordring.

Retningslinjen peker på metadon og buprenorfin som førstevalg, med mulighet for levometadon eller «slow-release morfin» som alternativ. Dette framstår fornuftig, men kan være krevende å følge opp hvis det oppfattes som i realiteten et fritt valg mellom alle disse.

I veilederen står det også: *«Med alvorlig bivirkning menes bivirkninger som ikke er forbigående, men som vedvarer og gir pasienten nedsatt livskvalitet eller redusert mulighet for å nå sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå»*. Hva menes med "optimale mestrings- og funksjonsnivå"? Det er stort rom for subjektiv tolkning og vil i praksis kunne gjøre det krevende å faglig begrunne avslag på en pasients ønske om å bytte til levometadon eller langtidsvirkende morfin. Legeforeningen mener dette må spesifiseres ytterligere.

Retningslinjene er tydelige på at pasienter med samtidig avhengighet av benzodiazepiner anbefales psykososial behandling og nedtrapping av benzodiazepiner, eventuelt dersom dette ikke lykkes etter gjentatte forsøk, at pasienten kan vurderes for vedlikeholdsbehandling også med benzodiazepiner. Dette med mål om å redusere risiko for bruk av illegale benzodiazepiner og øke pasientens livskvalitet og funksjonsnivå. Legeforeningen mener at det bør presiseres at pasientene bør vurderes ved spesialist eller LIS i rus- og avhengighetsmedisin, og at vurderingsgrunnlaget for samtidig behandling med opiater og benzodiazepiner, må fremkomme tydelig av journal.

Retningslinjene bruker både begrepet 'fastlege' og begrepet 'allmennlege'. Det er uklart om dette er et bevisst valg, eller tilfeldig. Fastlege brukes primært i retningslinjen om benzodiazepiner og retningslinjen om tverrfaglig samarbeid. Dette er anbefalinger hvor fastlegen er særlig sentral, men i de øvrige anbefalingene brukes allmennlege, ikke fastlege.

Redusert bruk av urinprøver og mer vekt på god dialog og systematisk observasjon framstår også som en fornuftig endring. Dette vil tas imot med takk av mange fastleger og LAR-pasienter, og kan bidra til mer oppmerksomhet på helse og rehabilitering og mindre oppmerksomhet på kontroll. Særlig for pasienter som følges opp primært hos fastlege er det sentralt at fastlegen har god støtte fra LAR-legen, og at det tverrfaglige samarbeidet fungerer.

Beskrivelse av opptrapping, dosejustering og medikamentbytte virker fornuftig.

Et oppdatert kapittel om behandling med benzodiazepiner hos LAR-pasienter imøteses positivt av Legeforeningen. Rekvirering av benzodiazepiner for nedtrapping eller vedlikeholdsbehandling er ansett som forskrivning "off label", som betyr at legemidlene rekvireres på annen medisinsk indikasjon enn det er markedsføringstillatelse for. Retningslinjen gir ingen føringer på om det bør

være lege i TSB eller allmennlege som er ansvarlig. BZD-nedtrapping eller vedlikeholdsbehandling for LAR-pasienter må skje i samråd med lege i spesialisthelsetjenesten. Dette kommer frem i en lenke til apotekforskriften under avsnittet om rettslige forhold, og må nedfelles i klartekst i veilederen.

Noen allmennleger opplever at lege i TSB utøver press på allmennlegen om å stå som rekvirent for benzodiazepiner der det skal gjennomføres nedtrapping. Årsakene til dette synes uklare, men eksempler på begrunnelse kan være praktiske forhold rundt reseptrevirering og tilgjengelighet.

Anbefalinger for kartlegging av bruk av rusmidler og vanedannende legemidler fremstår vesentlig uforandret fra tidligere. Det bemerkes som konstruktivt at positive konsekvenser for pasienten av urinprøvetaking er beskrevet.

Helhetlig og koordinert oppfølging gjennom hele forløpet med høy grad av brukermedvirkning er viktig, og en helt nødvendig forutsetning for de andre punktene. Dette er også en god ramme for bedret helse generelt, inkludert bedre levevaner og adekvate tiltak for somatisk helse. Fastlegen er helt sentral i dette.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør

Anne Ringnes
Spesialrådgiver