

Høringssvar fra Foreningen Tryggere Ruspolitikk – Ny nasjonal retningslinje for behandling av opioidavhengighet (LAR)

Foreningen Tryggere Ruspolitikk er en landsdekkende ideell medlemsorganisasjon som jobber for ruspolitikk basert på skadeforebygging og menneskerettigheter. Vi takker for muligheten til å avgi høringsuttalelse til de foreslåtte endringene i LAR-retningslinjene.

De foreslåtte endringene er jevnt over gode og et skritt i riktig retning, selv om vi gjerne skulle ha sett at de gikk lengre på enkelte punkter. Vi håper videre at også forskriften og loven vil revideres i nær fremtid, slik at nødvendige strukturelle endringer gjøres i LAR-systemet og substitusjonsbehandling av flere typer rusmiddelavhengighet blir mulig.

Vi vil innledningsvis knytte noen generelle merknader til hvordan LAR-retningslinjene i dag forstås og praktiseres, samt påpeke problemer ved denne forståelsen og praksisen som de nye retningslinjene burde adressere i større grad. Dernest vil vi kommentere noen utvalgte anbefalinger i utkastet til nye retningslinjer som vi mener bør revurderes.

1. Generelle merknader

1.1 Retningslinjer som begrensninger:

Vi opplever at LAR-retningslinjene i større grad enn andre helsefaglige retningslinjer oppfattes som normerende og *begrensende* for hvilken behandling som gis. Mens vi ser verdien av retningsgivende normer for hvilken behandling pasientene tilbys som et utgangspunkt, forut for individuell vurdering, opplever vi at mange LAR-behandlere heller ser retningslinjene som en "smal sti" de aller helst bør unngå å avvike fra.

Da dette er en trussel mot pasientenes rett til individuelt tilpasset behandling, bør de nye retningslinjene i større grad presisere at LARs primære forpliktelse er overfor *pasientene* som rettighetshavere – ikke overfor tilsynsmyndighetene.

1.2 Vektlegging av tredjepartshensyn:

Vi opplever videre at dagens LAR-ordning i for stor grad vektlegger faren for videreformidling av medikamenter, selv når ingen konkrete forhold gir grunnlag for dette i den enkelte sak. Generaliserende betraktninger om at en pasientgruppe ofte selger eller gir sine medikamenter videre til andre, kan neppe tillegges mer vekt for LAR-pasienter enn for ADHD-pasienter – uten at sistnevnte underlegges tilsvarende restriktive regimer.

Pasienter bør derfor antas å ha behov for medisinen sin selv, og faren for videresalg bør først og fremst begrenses ved å sørge for at pasientene får medikamenter de faktisk ønsker å bruke, snarere enn ved å møte alle pasientene med mistillit og mistenkeliggjøring. En slik holdningsendring bør etter vårt syn komme til uttrykk i de nye retningslinjene.

1.3 Misforstått forsvarlighetskrav:

Enkelte LAR-behandlere synes i dag å operere med en definisjon av kravet til forsvarlig behandling som hensyntar risikoen ved behandlingen, men ikke risikoen ved å *unnlate* å gi

den. Vi kjenner til at LAR-pasienter er blitt truet med utskriving under henvisning til forsvarlighetskravet, samtidig som det i vedtaket advares om at utskriving vil være skadelig.

Retningslinjene bør derfor tydeliggjøre at forsvarlighetskravet ikke er til for å la behandlere slippe å ha ansvar for vanskelige pasienter, men for å verne pasientene mot uforsvarlig behandling – hvilket inkluderer forsømmelse av å yte helsehjelp som pasientene har krav på.

1.4 Skjult tvang:

Enkelte LAR-behandlere truer i dag pasientene sine med utskriving, nedtrapping eller tap av essensielle medikamenter for at pasientene skal samarbeide om bestemte kontrolltiltak. Da dette kan karakteriseres som tvang, bør retningslinjene minne om at det ved alle kontrolltiltak stilles krav til nødvendighet og forholdsmessighet etter EMK, og at vilkårene for bruk av tvang i helselovgivningen aldri kan omgås ved å true pasienter til “frivillighet”.

Det bør òg understrekes at trusler om utskriving eller tvungen nedtrapping i ytterste konsekvens kan forfølges rettslig som trusler eller tvang i henhold til straffelovens bestemmelser om dette, eventuelt grov overtredelse dersom pasientene anses forsvarsløse.

2. Til de konkrete anbefalingene

2.1 Valg av medikament:

I utkastet til nye retningslinjer heter det at “mulighet for etablering av en forsvarlig utleveringsordning hensyntas i vurderingen” ved valg av medikament. Vi mener det her i det minste bør presiseres at vurderingen av henteordningens forsvarlighet må ta utgangspunkt i den enkelte pasients situasjon. Pasienter bør under ingen omstendigheter avspises med dårligere medikamenter kun fordi disse lar seg administrere én gang i døgnet eller antas å ha mindre gjensalgverdi.

Vi registrerer i denne forbindelse at det av utkastet fremgår at fravær av QTc-forlengelse er bedre dokumentert for morfin enn for levometadon. Pasienter med QTc-problematikk bør da i våre øyne få tilbud om morfin før levometadon, med mindre konkrete forhold i den enkelte sak tilsier at morfin er uforsvarlig som medikamentvalg.

2.2 Opptrapping og medisinbytte:

I utkastet anbefales det at opptrapping på metadon skjer enten poliklinisk eller i døgninstitusjon, mens det ikke åpnes for poliklinisk opptrapping på morfin. Likeledes anbefales at bytte mellom buprenorfin og metadon kan skje under poliklinisk oppfølging, men ikke bytte til morfin.

Vi stiller oss uforstående til at samme fleksibilitet ikke anbefales ved overgang til morfin. I utkastet påpekes det at morfin ikke er forbundet med samme risiko for akkumulering som metadon, og at faren for ufullstendig krysstoleranse mellom metadon og morfin er lav. Det er da lite som tilsier et stort overvåkingsbehov. Dersom 12 timers virketid anses problematisk, kan pasienten eventuelt bes møte to ganger per dag i opptrappingsfasen. Vi antar døg at de fleste pasienter uten problemer kan ta med seg én ekstra tablett for dagen.

2.3 Urinprøver:

Utkastet til nye retningslinjer åpner i våre øyne i for stor grad for at behandlere fortsatt skal kunne kreve urinprøver av pasientene. Dette tiltaket kan ikke forsvares som evidensbasert, og det gir heller ikke den pålitelige oversikten over pasientens stoffbruk som blir hevdet, da blant annet GHB vanskelig fanges opp.

Vi reagerer også på påstanden i utkastet om at urinprøver kan brukes til å sikre forsvarlig behandling, da dette kan gi behandlere inntrykk av at manglende samtykke til urinprøvetaking gjør behandlingen uforsvarlig og gir rettslig grunnlag for utskriving – hvilket åpenbart ikke er tilfelle.

Videre reagerer vi på anbefalingen om urinprøver ved samtidig forskriving av flere medikamenttyper, da det ikke bør være anledning til å iverksette slike inngripende kontrolltiltak rent skjematisk. Vi stiller oss særlig uforstående til denne anbefalingen der det kun er snakk om samtidig forskriving av for eksempel sentralstimulerende og buprenorfin.

2.4 Benzodiazepiner:

Vi reagerer videre på utkastets generelle anbefaling om gjentatte forsøk på nedtrapping før stabiliserende behandling med benzodiazepiner. En slik anbefaling bør etter vårt syn utelukkende gjelde for personer med kortvarig benzodiazepinavhengighet, mens personer som kan sannsynliggjøre lengre tids avhengighet, bør kunne få velge stabilisering.

Vi viser til at forskningen gjort av Weizman et al. tyder på at nedtrapping har vesentlig dårligere effekt blant pasienter med etablert avhengighet, også når disse har valgt nedtrapping selv. Vi mener videre at forskningen som finner forhøyet overdoserisiko ved rekvirering av benzodiazepiner i tillegg til opioider, som det vises til i utkastet, er irrelevant idet den sammenlikner med pasienter som ikke er avhengige av benzodiazepiner. For pasienter med etablert benzodiazepinavhengighet vil alternativet til lovlig rekvirering av benzodiazepiner heller være (mer overdosefarlig) illegal anskaffelse enn avholdenhet.

For øvrig mener vi at retningslinjene tydelig bør kommunisere at pasientens egen preferanse skal vektlegges i valget mellom oksazepam og andre benzodiazepiner. At oksazepam er hyppig forskrevet, men lite omsatt illegalt, kan indikere at det er uønsket av mange brukere – i hvilket tilfelle behandlingsretensjonen kan lide dersom det favoriseres av behandlere.

Oslo, 5. september 2021

Dagfinn Hessen Paust
Fagansvarlig