

## Hørings svar fra Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN)

Vi foreslår å endre navnet på dette behandlingstilbudet. Vi synes det ikke bør kalles legemiddelassistert rehabilitering, men substitusjonsbehandling. Eller medisinsk behandling ved alvorlig avhengighet. Det at personer har alvorlige rusproblemer og trenger substitusjonsbehandling, betyr implisitt at de har behov for og krav på det som kalles rehabilitering. Substitusjonsbehandling er først og fremst en livreddende og helsefremmende medisinsk behandling.

Stabiliseringen som den legale tilgangen på avhengighetsmedisin gir, og muligheten til å slippe å oppsøke illegale markeder og bli kriminalisert, er de viktigste suksessfaktorene ved substitusjonsbehandling slik vi ser det. Det var kanskje ikke intensjonen i utgangspunktet, men når det står i navnet på tilbudet at det er medisinassistert rehabilitering så bidrar det, etter vår oppfatning, til at det forventes av pasienten en viss type motivasjon og en viss avstandstaking fra rusmiddelbruk som ikke nødvendigvis samsvarer med pasientens ønsker og behov. Det fører til en moralisme som er grunnlagt i en forståelse om at å være i rehabilitering for rusrelaterte problemer betyr at man skal være rusfri og underlagt andres tillitsvekkende og nedverdiggende kontroll. Med det perspektivet til grunn, er det visse ting som forventes og kreves av ruspatienten for at vedkommende skal kunne få motta "rehabiliteringstilbud", som vi ikke ser at er i samsvar med viktigheten av eller forsvarligheten ved substitusjonstilbudet og hvordan det bør utformes.

Som eksempel har vi gjennom mange år sett at pasienter i LAR som har fått lave doser med milde benzodiazepiner, på den bakgrunn har fått hyppigere henteordninger og urinprøvetakninger som premiss for å motta medisinen. Altså når tilbud om både opioidsubstitusjon og benzodiazepiner samtidig har vært det som har gitt størst grad av velvære og best effekt mot fortsatt illegal bruk av rusmidler, altså mest forsvarlig, så har det likevel blitt innført urimelige kontrolltiltak som i lengden har blitt opplevd som vingeklipping av pasientene. Som krenkende frihetsberøvelse i forvaring.

Også en del LAR-pasienter som bruker cannabis, har blitt utsatt for intensivert kontrollvirksomhet selv om cannabis ikke gjør denne medisineringsen mindre forsvarlig. Rusmestring er så mangt.

Den generelle kontrollvirksomheten med overvåkede urinprøver uten spesifikt grunnlag er vi sterkt imot. Dersom det skal kreves urinprøver bør det foreligge en særskilt risiko for helseskader eller dødsfall ved videre substitusjonsbehandling eller en spesifikk årsak knyttet til samarbeidsproblemer med pasient, til grunn for å kreve slike uterapeutiske og tillitsdrepene kroppsvæskeprøver. Pasienter har opplevd å få halvert dose metadon grunnet manglende urinprøver, denne praksisen anser vi for å være uforsvarlig. Sånt forsterker risikoen for helseskade og dødsfall.

### Behandling ved opioidavhengighet

**Pasienter med opioidavhengighet bør vurderes for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). LAR bør tilbys når det etter en helhetlig vurdering er den behandlingsmetoden som gir best nytte for pasienten**

#### Sterk anbefaling

1.

Dette er en veldig god og omfattende anbefaling. Når det gjelder ansvaret for kartlegging av varighet og omfang av opioidavhengighet for vurdering for substitusjonsbehandling, mener vi

dette ansvaret like gjerne kan innehas av en fastlege som av en lege i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). TSB har uansett ansvar for å sende fastlege informasjon om løpende og tidligere behandlingsopphold eller tidligere forsøk med legemiddelassistert rehabilitering. Alt skal stå i pasientens journal. Og diagnosekriteriene er tilgjengelig for fastlegene. Dette er ikke ment til forringelse for TSB, men som et forsvarlig supplement. Vi mener også at substitusjonsbehandling med buprenorfin ikke nødvendigvis må være via TSB, men en behandling man bør kunne få hos fastlegen.

Nå som det er vedtatt på Stortinget at det skal opprettes forsøk med og forskning på substitusjonsbehandling også for andre alvorlige avhengigheter, tenker vi det er lurt å vurdere om det perspektivet bør med i denne retningslinjen før den ferdigstilles. Kanskje bør det endres fra retningslinje for opioidavhengighet til retningslinje for substitusjonsbehandling ved alvorlige avhengigheter og således gis en åpning for en eventuell felles retningslinje.

Når det gjelder det med andre alvorlige avhengigheter, synes vi at kriteriene for diagnostisering av opioidavhengighet er for svake. Vi ønsker ikke på noen måte at det skal bli vanskeligere for opiatavhengige å få stilt diagnosen, men våre erfaringer er at et mindretall av de som anses som vanskeligstilte injiserende stoffbrukere egentlig er avhengige av opioider. Majoriteten, mener vi, har andre avhengigheter som spiller sterkere inn, altså en sterkere trang til å bruke enten sentralstimulerende eller benzodiazepiner. At de har ihvertfall en av de to sistnevnte kategoriene som hovedstoff.

Men sentralstimulerende er veldig vanskelig å få tak i uten å måtte oppsøke det illegale markedet og risikere å bli kriminalisert. Typisk for å få det legalt er at man må være dokumentert rusfri i tre måneder og så helst være på institusjon i noen måneder med dokumentert rusfrihet til, imens man utredes for en eventuell adhd.

Også benzodiazepiner er vanskelig å få tak i legalt for mennesker med rusavhengighet, for det skal i beste fall trappes ned på med en gang.

De færreste med en alvorlig avhengighet, eller injiserende og vanskeligstilte stoffbrukere, bruker kun opioider, eller kun sentralstimulerende eller kun benzodiazepiner. De fleste er hva man kaller kombinasjonsbrukere.

Folk som er avhengige av sentralstimulerende tar ofte benzodiazepiner eller opioider for å komme ned igjen, særlig bruken av opioider kan i slike tilfeller føre til overdose.

I denne populasjonen er det mange som er i kontakt med lavterskelapparat, leger, TSB, kriminalomsorgen mm, som alle forsøker å "hjelp" dem ut av bruken av illegale substanser. Én av de alvorlige avhengighetene kan substitueres og da får man pasientrettigheter, rett til rehabilitering og apparatet får gjenvunnet tro på dem. Dette bidrar til at folk med alvorlig avhengighet, vanskeligstilte stoffbrukere som egentlig har sentralstimulerende eller benzodiazepiner som hovedstoff lett kan tilbys, og takke ja til, opioidsubstitusjon.

Da må tre diagnosekriterier ha inntruffet i løpet av det foregående året.

1. Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen. (Det kan godt en som er avhengig av sentralstimulerende eller benzodiazepiner, og ikke får tak i dette legalt, ha hatt i løpet av et år)
2. Problemer med å kontrollere substansinntaket. (Det kan godt en som er avhengig av sentralstimulerende eller benzodiazepiner, og ikke får tak i dette legalt, ha hatt i løpet av et år)
3. Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller til å komme seg etter bruken. (Det kan godt en som er avhengig av

sentralstimulerende eller benzodiazepiner, og ikke får tak i dette legalt, ha hatt i løpet av et år)

Vi mener dette er grunnlaget for at en del med alvorlig rusavhengighet, men som egentlig, og ihvertfall først og fremst, har en alvorlig avhengighet til sentralstimulerende eller benzodiazepiner, havner i opioidsubstitusjon. Kriteriene er ikke dekkende for å konkludere om det faktisk er opioidene som er hovedstoffet, den substanskategorien vedkommende egentlig har en alvorlig avhengighet til. Dette medfører at noen blir påført en alvorlig avhengighet som de ikke hadde i utgangspunktet og det kan gi dårligere resultater fordi det egentlig er feil medisin for å dempe craving og hindre bruk av ulovlige rusmidler.

## **Buprenorfin og metadon anbefales som substitusjonslegemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ved utilstrekkelig effekt eller alvorlige bivirkninger bør langtidsvirkende morfin eller levometadon vurderes**

### **Sterk anbefaling**

Det er fint å se at det endelig kommer endringer i retningslinjene om valg av legemiddel ved opioidsubstitusjon. Vi er imidlertid usikre på om denne anbefalingen i tilstrekkelig grad likestiller metadon og buprenorfin som førstevalg etter pasientens ønske, med bakgrunn i den praksisen som har rådet i mange år: Den kulturen som er etablert med buprenorfin som førstevalg. Vi synes det bør komme tydeligere frem at metadon er et like egnet medikament som buprenorfin. Og at langtidsvirkende morfin er det. Det er så visst forskjell på medisinene, som fullagonist og partiell agonist med alt det innebærer, men alle bør anses som like egnede etter pasientens ønske og det synes vi bør komme tydeligere frem.

Vi er i utgangspunktet enig i at metadon og buprenorfin kan være de best egnede substitusjonspreparatene for majoriteten av de som trenger substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet. Likevel er det ikke nødvendigvis riktig for den enkelte pasient at de to legemidlene anbefales ved oppstart på generelt grunnlag og at langtidsvirkende morfin og levometadon skal vurderes først etter å ha prøvd metadon og buprenorfin. Det fører til generalisering fremfor individuell tilnærming. For noen, og en betydelig andel, kan oppstart med langtvirkende morfin, inkludert Dolcontin, eller levometadon for så å eventuelt konvertere til metadon eller buprenorfin senere, være avgjørende viktig for å oppnå et godt behandlingsresultat.

Når det gjelder avsnittet om vurderinger i valg av legemiddelform, med punkter om når sublingvaltabletter kan være fordelaktig og når depotinjeksjon kan være fordelaktig, så savner vi et punkt om når metadontabletter kan være fordelaktig. Som når flytende metadon fører til kvalme eller oppkast.

Når det gjelder avsnittet om risiko for feilbruk av substitusjonslegemiddelet, så er vi uenig i vurderingen av at metadon mixtur med høyt væskevolum/lav konsentrasjon reduserer risiko for injeksjon. Våre erfaringer er at det snarere øker helserisikoen ved injeksjon.

## **Opptrapping på buprenorfin eller metadon i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan gjøres**

# **poliklinisk eller i døgnet. Poliklinisk opptrapping på metadon forutsetter etablering og etterlevelse av særlige rutiner for å redusere risikoen for overdose**

## **Svak anbefaling**

Vi konstanterer at dette er en svak anbefaling der ordene kan og foreslår skal brukes og ikke bør og må, likevel så står det at "unntaksvis" opptrapping på langtverkende morfin med 12 timers virkning bør skje under opphold i døgnet. Vi er ikke enig i denne anbefalingen, men foreslår at opptrapping på langtverkende morfin også kan gjennomføres poliklinisk. Det er fint når pasienter tilbys døgnet opphold i forbindelse med opptrapping på legemidler for bistand til å redusere/avslutte bruk av rusmidler, men uheldig om det kreves for at pasienten skal få starte opp med medisinbehandlingen.

Hvis det skulle være slik at det må tas særskilte hensyn overfor noen ved opptrapping av et bestemt medikament, hvorfor anbefales det ikke da at man kan/bør utdele medisinen ved hjemkjøring istedenfor nødvendigvis ved institusjonalisering?

Under praktisk står det: Hos pasienter som er avhengige av benzodiazepiner og i behov av opptrapping under opphold i døgnet, men som ikke ønsker avrusning fra slik bruk, vurderes behandling med en stabiliserende dose benzodiazepin (oxazepam, diazepam) under oppholdet.

Her foreslås å legge til nitrazepam som et egnet benzodiazepin. Og en åpning for vurdering om stabiliserende dose bør fortsette etter oppholdet.

Tabellen for gradvis opptrapping av metadon har en forutsetning om opphold i bruk av heroin eller korttidsverkende morfin i minst 6 timer, morfin depot med 12 timers virkningstid i minst 12 timer, og metadon i minst 24 timer. Vi forstår at det gjelder for buprenorfin, men må dette være en forutsetning for metadon? Det står ikke som en forutsetning for opptrapping av langtverkende morfin.

Opptrappingen er også alt for lang. Det er alt for vanskelig for mange å trappes opp så sakte, det fører til abstinensreaksjoner og alt for langt opphold på klinikk for å trappes opp. Dette bør kunne gjøres mye raskere under forsvarlige forhold. Vi anser det som langt mer forsvarlig å trappe opp langt raskere enn dette.

## **Vedlikeholdsdose av substitusjonslegemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør innstilles individuelt, og justeres ved behov**

### **Sterk anbefaling**

Det står at vedlikeholdsdosen skal innstilles slik at pasienten er uten abstinenser og craving/sug etter opioider, mellom dosene. Det bør stå: Har minst mulig craving/sug etter opioider.

Det står også at vedlikeholdsdosen skal innstilles slik at pasienten er uten sedasjon, eufori. Også her bør det stå: Har minst mulig sedasjon/eufori.

Eller kanskje bør det bare stå: For å oppnå mest mulig velvære og så nært som mulig optimalt funksjonsnivå.

Utfordringene med opplevelser av at Buvidal ikke virker helt fram til neste dosering, bør beskrives nøye og det bør foreslås forskjellige løsninger på utfordringene.

Det står at det ved vedvarende abstinenser eller craving/sug til tross for høy dose buprenorfin bør vurderes skifte til metadon. Her bør det stå at det bør vurderes skifte til metadon eller langtidsvirkende morfin.

Det bør også stå et avsnitt om liknende ved metadon, at det ikke kun dreier seg om å forhøye dosen, men vurderes skifte til langtidsvirkende morfin.

Vi savner veldig at langtidsvirkende morfin, som kan være det beste legemiddelet for en betydelig andel pasienter tas med i anbefalingene. Vi har ingen tro på verken økt brukermedvirkning eller mindre regionale forskjeller når anbefalingene kretser så veldig over buprenorfin og metadon som systemets foretrukne legemidler.

## **Skifte av substitusjonslegemiddel i LAR bør gjøres under opphold i døgnenhet, med gradvis overgang i dose av substitusjonslegemidlene, for å redusere risiko for overdosering og abstinenser**

**Sterk anbefaling**

Ingen innvendinger, utover tilsvarende for opptrapping.

## **Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som etter vurdering sammen med lege ønsker å trappe ned sitt substitusjonslegemiddel, bør tilbys gradvis og langvarig nedtrapping, med tilpasset psykososial oppfølging og rask doseøkning ved behov**

**Sterk anbefaling**

En etterlengtet anbefaling. Vi verdsetter punktet om at det er viktig å kartlegge om pasienten er utsatt for utilbørlig press fra andre og da heller tilby pasienten hjelp til å håndtere og redusere slikt press. Vi er kritiske til at pasienten må dekke kostnadene til innkjøp av legemidler som brukes ved nedtrapping. De bør være innskrevet som pasient til de er fri for medisiner og man ser at det vil vedvare. Da vil det heller ikke være noe som står i veien for at pasienten selv får velge hvilket medikament vedkommende vil trappes ned på. I utkastet står det at nedtrappingen bør skje fortrinnsvis med buprenorfin med gradvis dosereaksjon. Her mangler brukermedvirkningen og buprenorfin blir igjen systemets foretrukne medikament over hodet på pasienten.

## **Kartlegging av bruk av rusmidler og vanedannende legemidler i legemiddelassistert rehabilitering bør**

## **gjøres ved dialog og observasjon av pasienten. Urinprøver bør vurderes som tillegg, ved økning i ta-med-hjem doser og ved behandling med benzodiazepiner**

**Sterk anbefaling**

Vi støtter at kartlegging av rusmidler og vanedannende legemidler ved substitusjonsbehandling først og fremst bør gjøres ved dialog og observasjon av pasienten. Og at krav om urinprøver bør vurderes ved noen tilfeller.

Vi er ikke enig i at samtidig behandling med benzodiazepiner eller sentralstimulerende nødvendigvis gjør at man må vurdere overvåkede urinprøver. Men ved begrunnet bekymring selvsagt.

Vi er heller ikke enig i at det ved økning i ta-med-hjem-doser bør vurderes krav om overvåkede urinprøver, uten begrunnet bekymring.

## **Individuell utleveringsordning for substitusjonslegemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør besluttes etter vurdering av pasientens rusmestring, behov i rehabilitering og risiko for at legemiddelet blir tilgjengelig for tredjepart**

**Sterk anbefaling**

Det står at det bør hensyntas at risiko for overdose kan være høyere ved bruk av metadon som substitusjonslegemiddel, enn ved bruk av buprenorfin. Her er langtidsvirkende morfin utelatt. Det bør inn.

Vi er ikke enig i at man bør ta medisin under oppsyn 1 - 3 dager pr. uke fordi man samtidig får behandling med benzodiazepiner, uten skadelig eller avhengighetspreget bruk av rusmidler.

I all hovedsak synes vi henteordningene er for strenge og kommer til å forbli for strenge med disse anbefalingene.

## **Ved avhengighet til benzodiazepiner hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) anbefales psykososial behandling og nedtrapping av benzodiazepiner**

**Sterk anbefaling**

Vi støtter intensjonen om å tilby psykososial behandling og nedtrapping av benzodiazepiner, men ikke at man nødvendigvis må prøve nedtrapping gjentatte ganger før vedlikeholdsbehandling kan vurderes. Det er fint med mål om nedtrapping, men holdningen om at det nødvendigvis må prøves har ført til at mange LAR-pasienter har blitt nektet hjelp og derfor fått forsterket sin avhengighet og kontakt med det illegale markedet fordi de må skaffe medisinene selv og da får de oftest tak i sterkere varianter.

Det er mye lettere å få motivasjon til å trappe seg ned på benzodiazepiner når man får bestemme selv om, når og på hvilken måte med forskrevne legemidler. Det er heller ikke alle som bør trappes helt ned.

Målet i retningslinjeutkastet er å redusere risiko forbundet med bruk av illegale benzodiazepiner, vi mener kravet om forsøk med nedtrapping snarere øker denne risikoen.

## **Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør gis helhetlig og koordinert rehabilitering gjennom hele forløpet og med høy grad av brukermedvirkning**

**Sterk anbefaling**

Vi synes det bør stå i overskriften at pasienter i substitusjonsbehandling bør tilbys helhetlig og koordinert rehabilitering gjennom forløpet, med høy grad av brukermedvirkning. Ellers verdsetter vi at spørsmålet "Hva er viktig for deg?" skal stilles regelmessig.