

**Svar på høringsutkast Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet:**

**Høringsinnspill aug-21 fra legegruppen i avd. for TSB Møre og Romsdal**

**Vedr 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 (s. 3-18)**

Innspill til anbefalingen:

- Svært mye av arbeidsoppgaver legges på legene i LAR herunder oppgaver som hittil har vært utført av tverrfaglige behandlere. Kartlegging av rusbruk herunder de ulike midler, mengder, varighet og omfang av disse ivaretas vanligvis av tverrfaglige behandlere i TSB og det bør de også kunne gjøre som del av kartlegging ihht LAR.

Det gjelder også blant annet kartlegginger i forbindelse med skifte av substitusjonslegemiddel, doseendringer og utleveringsordninger.

- Det er bra at leger i større grad involveres i både utredning og behandling av pasienter i TSB med mer direkte pasientkontakt. Men selv om lege i LAR står for den endelige vurderingen av medisinske forhold, bør avgjørelsen om LAR forankres i et LAR-team og der det er LAR-teamets beslutning som formidles videre. Det å entydig vektlegge at alt av beslutninger som potensielt er lite «populære» hos pasienten er forankret hos lege i LAR, vil bidra til et unødvendig press mot de legene som jobber i LAR. Det vil være svært uheldig dersom en ny retningslinje bidrar negativt til dette. Det vil dessuten kunne undergrave tverrfagligheten som særpreger og frontes av TSB.

Innspill til praktisk:

- Under kartlegging av pasientens bruk av opioider må det kunne kreves urinprøver dersom dette er vurdert nødvendig. Det må også kunne forventes at supplerende opplysninger og dokumentasjon som er vurdert å være av betydning for den diagnostiske vurderingen blir tillatt innhentet.

- Det står at pasienter med tidligere diagnostisert opioidavhengighet vurderes for LAR selv om det er over ett år siden sist bruk av opioider. Dette er for uklart og bør spesifiseres ytterligere spesielt siden det er snakk om potensielt livslang behandling. Menes det maksimalt litt over ett år siden sist bruk eller er det snakk om opioidbruk som ligger halvannet til flere år tilbake i tid? Gjelder det også ved første gangs henvisning til LAR?

- Vedr annen individuelt tilpasset behandling i TSB herunder «*Substitusjonslegemiddel (fortrinnsvis buprenorfin) rekvireres med gradvis dosereduksjon, der varigheten er tidsavgrenset inntil maksimalt 12 måneder og målet er avslutning av bruk av opioider*». Det bør presiseres at for de fleste hvor dette kan være aktuelt vil det ikke være nødvendig med en tidsramme opp mot 12 måneder. Dessuten er det en fordel med et visst samsvar med anbefalingene i Nasjonal faglig veileder vanedannende medikamenter – rekvirering og forsvarlighet. En ting er poliklinisk nedtrapping av allerede forskrevne opioider med en tydelig nedtrappingsplan og seponeringsdato men noe annet er en nystartet forskrivning av buprenorfin for deretter utføre planlagt nedtrapping. Det er heller ikke spesifisert hva som bør være

rammene rundt en slik ordning for å sikre forsvarligheten eksempelvis daglig observerte inntak og ingen bruk av rusmidler eller illegalt anskaffede vanedannende medikamenter.

**Vedr Buprenorfin og metadon anbefales som substitusjonslegemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ved utilstrekkelig effekt eller alvorlige bivirkninger bør langtidsvirkende morfin eller levometadon vurderes (s. 19-34)**

Innspill til anbefalingen:

- Det skrives at beslutningen om valg av substitusjonslegemiddel og legemiddelform til pasienter i LAR treffes av lege i TSB, i samråd med pasienten og etter en individuell og helhetlig vurdering. Det er ikke usannsynlig at det en del ganger kan være uenighet mellom pasient og lege i valg av substitusjonslegemiddel. Det bør ytterligere spesifiseres hvem som har endelig avgjørelse. I somatikken og medisinen for øvrig er det ikke vanlig at det er pasienten som bestemmer medikament og dose, og det er for øvrig ingen motsetning mellom dette og pasientmedbestemmelse. Pasienten får generelt grundig informasjon og endog råd ut fra en medisinsk helhetsvurdering og kan deretter beslutte om de ønsker å starte med det som er anbefalt eller ikke og eventuelt velge mellom de alternativer som er vurdert indisert. Personer med pågående opioidavhengighet, som ved andre rusmiddelavhengigheter, vil ofte være i en tilstand med reduserte eksekutiv-/frontallappsfunksjoner hvor det å ta til seg helhetsinformasjon, reflektere/prosessere denne informasjonen og derav gjøre veloverveide valg med hensyn til en fremtidig gevinst er vanskelig. Mange kan være i en setting der det sentrale er umiddelbar behovstilfredstillelse noe som jo er en del av selve sykdommen og der dette ikke usannsynlig også kan påvirke ønsker/valg rundt medikament og dose. I dette bildet er det særlig viktig at lege vurderer hvilke(t) substitusjonsmedikament som er mest egnet/indisert ut fra hva som vil være til det beste for pasienten.

- Vedrørende bytte til levometadon eller langtidsvirkende morfin og hva som menes med alvorlig bivirkning er andre kulepunkt alt for vagt og skjønnsmessig; «bivirkninger som ikke er forbigående, men som vedvarer og gir pasienten nedsatt livskvalitet eller redusert mulighet for å nå sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå». Dette må spesifiseres ytterligere, ikke minst hvilke av de som medisinsk sett er alvorlige. Det er viktig at begrepet «alvorlig bivirkning» ikke utvannes. Første kulepunkt med presisering av alvorlig bivirkning i betydningen risiko for helseskade eller død, for eksempel forlenget QTc ved bruk av metadon, er tilstrekkelig tydelig.

Innspill til praktisk:

- Vedr momenter i kartleggingen av pasientens erfaringer herunder «*andre effekter og funksjoner ved substitusjonslegemiddelet (f.eks. reduksjon eller forsterking av symptom på psykisk lidelse, om og hvordan ulike substitusjonslegemidler påvirker tanker, følelser og hukommelse for vanskelige eller traumatiske erfaringer)*». Hva er grunnen til at nettopp dette er fremhevet? Det kan ikke ses å være vist til vitenskapelige holdepunkt for at de ulike substitusjonslegemidlene kan ha ulik påvirkning på tanker, følelser og hukommelse opp mot akkurat vanskelige eller traumatiske erfaringer. Hvordan skal i så fall det forklares?

Innspill til begrunnelse:

- «*Morfintabletter med 12 timers virkningstid er tilgjengelig for bruk som substitusjonslegemiddel ved opioidavhengighet, men brukes da utenom ordinær indikasjon (off label). Morfintabletter med 24-timers virkningstid er ikke tilgjengelig for bruk i Norge.*»

Det er betenkelig at en retningslinje legger opp til «off label» - bruk. Er dette i tråd med andre

retningslinjer på det medisinske området? Det mangler dessuten en spesifisering av at det i så fall ikke er en forventning om at leger i LAR skal forskrive medikamenter utenom ordinær indikasjon da innholdet i en retningslinje nettopp er retningsgivende.

Det mangler dessuten en nærmere begrunnelse for nevnte medikamentvalg tatt i betraktning følgende som er anført på s. 23; «I systematiske oversikter finner man ikke holdepunkter for å si at langtidsvirkende morfin eller levometadon har annen eller bedre behandlingseffekt enn metadon eller buprenorfin, verken på retensjon i behandling, bruk av illegalt ervervede legemidler, pasienttilfredshet eller rapporterte bivirkninger.»

- Vi savner mer fokus på Naltrekson depotinjeksjon som et medikamentvalg det jobbes aktivt for å få ordinært tilgjengelig som legemiddel i LAR i Norge. Det er spesielt at et legemiddel som har vist god dokumentert effekt og tolerabilitet, med utgangspunkt i grundig forskning, får så liten plass sammenlignet med mange anbefalinger som har et betraktelig «tynnere» forskningsgrunnlag.

- Vi savner dessuten fremheving av buprenorfin depotinjeksjon (Buvidal) som førstevalg, ikke minst når buprenorfin er vurdert mest egnet, og medfølgende beskrivelse av bakgrunnen for dette (mer stabil serumkonsentrasjon med de fordeler det gir, mer frihet i hverdagen ihht medikament-inntak, mindre «trykk» fra rusmiljøet, hindre lekkasje). Dersom tablettformular velges, bør det fortsatt være kombinasjonspreparat med naloxon som førstevalg og der monopreparat buprenorfin sublingvaltabletter bør ha en tydelig begrunnelse samt forutsette rusfrihet eller økte kontroller/rammer ved utlevering. Erfaringsmessig er det fortsatt en betydelig andel av nyhenviste til LAR (i hvert fall i Møre og Romsdal) som oppgir illegalt anskaffet Subutex/buprenorfin som det opioid de er avhengig av.

**Vedr Opptrapping på buprenorfin eller metadon i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan gjøres poliklinisk eller i døgnenhet. Poliklinisk opptrapping på metadon forutsetter etablering og etterlevelse av særlige rutiner for å redusere risikoen for overdose (s. 34-45)**

Innspill til anbefalingen:

- Med bakgrunn i økt risiko for død de første 4 ukene på metadon sammenlignet med videre behandling, bør det fortsatt være en generell anbefaling om opptrapping på metadon i døgninstitusjon men med mulighet for poliklinisk opptrapping såfremt forholdene/rammene ligger til rette for det. Poliklinisk opptrapping på metadon bør være noe de enkelte LAR-poliklinikkene selv må få vurdere om de har rammene til og ikke minst om de ut fra en individuell vurdering kan anbefale det til de aktuelle pasientene. Det er flere praktiske problemstillinger opp mot poliklinisk opptrapping av metadon; Det er relativt få LAR-poliklinikker og pasienter vil kunne ha vansker (geografisk, transport, tiden det tar, helsemessig/annet) med å komme seg til poliklinikken på daglig basis, ressursmessig vil lege i LAR ha lite mulighet til å reise ut i distriktene/periferien.

- Det kan også stilles spørsmål ved om en pasient i aktiv rus vil være i en forfatning til å kunne ta inn over seg risikoen ved en poliklinisk opptrapping av metadon fremfor de trygge rammer som sikres ved en innleggelse.

Innspill til praktisk:

- Vedrørende «Hos pasienter som er avhengig av benzodiazepiner og i behov av opptrapping under opphold i døgnenhet, men som ikke ønsker avrusning fra slik bruk, vurderes behandling med en stabiliserende dose benzodiazepin (oksazepam, diazepam) under oppholdet»; Dette er uheldig da det legges opp til en forventning om å få forskrevet benzodiazepin ut fra pasientens ønske om å ikke avruskes fra det. Hvorvidt pasienter skal få sitt rusmiddel det vil si benzodiazepin under hele innleggelsen i stedet

for å avruses fra det på linje med øvrige rusmidler kan ikke være opp til pasienten å avgjøre, og særlig tatt i betraktning at pasienten nettopp har en avhengighet til benzodiazepin(er). En gradvis nedtrapping av benzodiazepin der dette er medisinsk vurdert som en del av avrusningen blir noe annet. Vi ser ingen grunn til å legge om praksis på dette området, ikke minst siden det ikke foreligger noe vitenskapelig grunnlag som tilsier noe annet. Når det er vanskelig å få pasienten avruset fra benzodiazepin(er) under en innleggelse, blir det ikke mindre utfordrende etter en utskrivelse. Erfaringsmessig vil forskrivning under en innleggelse også legge føringer for en forskrivningspraksis ambulant.

- Ved både poliklinisk opptrapping av buprenorfin og opptrapping under opphold i døgnet er det, foruten 30 minutter observasjon etter første dose, lagt opp til kun 5 minutter observasjon etter økende doseringer, noe vi synes er alt for lite i en opptrappingsfase. Når Cmax for buprenorfin etter inntak av sublingvaltabletter nås etter 90 min, blir 5 minutter observasjonstid for kort tid.

- Ved opptrapping på buprenorfin depotinjeksjon med en ukes virkning er det forslått 16 mg subkutan depotinjeksjon samme dag som innledende dose 2-4 mg sublingvaltabletter. Dette tilsvarer 10-14 mg buprenorfin første døgn noe som er vesentlig høyere enn startdose buprenorfin ved ordinær opptrapping. Vi savner en spesifisering og begrunnelse for dette.

### **Vedr Vedlikeholdsdose av substitusjonslegemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør innstilles individuelt, og justeres ved behov (s. 45-57)**

Innspill til anbefalingen:

- Det står følgende «*Serumkonsentrasjonsmåling av metadon kan vurderes i tillegg ved risiko for legemiddelinteraksjoner, ved nyre- eller leversvikt, eller ved mistanke om særlig rask eller særlig langsom omsetning av metadon*». I disse tilfellene er det vel anbefalt og ikke bare et «kan» i henhold til serumkonsentrasjonsbestemmelse. Tatt i betraktning at det også er inter-individuelle variasjoner i serumkonsentrasjon av metadon som ikke nødvendigvis handler om unormalt rask eller langsom omsetning, kan serumkonsentrasjonsbestemmelse også være et nyttig hjelpemiddel generelt i avklaring av under- eller overdosering av metadon.

- Vurdering av økning eller reduksjon av vedlikeholdsdose i et forløp bør ikke kunne legges til allmennlege ved delegert ansvar da det er flere spesielle forhold rundt LAR-medikamenter. Blant annet kan overdosering av substitusjonsmedikamenter mistolkes som underdosering, bivirkninger kan mistolkes som abstinenssymptomer (ikke ubetydelig overlapp mellom opioidabstinenssymptomer og medikamentrelaterte symptomer), videre har metadon eksponentiell dose-/effekt-kurve. Disse forhold krever erfaring og spesialistkompetanse således at doseendringer av substitusjonsmedikamenter bør gå via lege i LAR og ikke besluttes direkte fra fastlege/allmennlege.

Innspill til praktisk:

- I vurdering av behov for å øke eller redusere vedlikeholdsdosen er det mange punkter som fint kan gjennomføres av tverrfaglig behandler. Lege i LAR må naturligvis inn i vurderingen og ta endelig beslutning om eventuell doseendring men det er mange punkter i kartleggingen som kan utføres av tverrfaglig behandler i dialog med lege.

**Vedr 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 (s. 57-69)**

Innspill til anbefalingen:

- Det er bra at hovedanbefalingen er skifte under opphold i døgnenhet, det gir betydelig bedre rammer og oversikt.

Innspill til praktisk:

- Kun 5 min observasjonstid ved økte doser i opptrapping av buprenorfin er for kort tid med tanke på observasjon av tolerabilitet.

- Hvorvidt opptrappingen avsluttes ved lavere dose enn 80 mg metadon bør være etter en helhetsvurdering og ikke kun ut fra pasientens formidlede opplevelse. Eksempelvis når pasienten fremstår trett/sedert (der andre årsaker er utelukket) men samtidig angir å ikke oppleve tilstrekkelig effekt. Dette vil også bidra til individuell dosevurdering.

**Vedr 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 (s. 69-77)**

Innspill til anbefalingen og praktisk:

- Anbefalingen legger til rette for en forutsigbar nedtrapping under trygge rammer for de pasienter som ønsker dette. Bistand fra lege er naturlig i denne prosessen, samtidig kan tverrfaglig behandler med støtte fra lege stå for mye av kartleggingen og den fortløpende kontakten i denne prosessen.

**Vedr 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 (s. 77- 85)**

Innspill til anbefalingen:

Det bør fortsatt kunne stilles krav om urinprøver utover de situasjoner som er opplistet (økning ta-med-hjem doser, samtidig behandling med andre vanedannende legemidler og begrunnet bekymring for tilbakefall eller manglende inntak substitusjonslegemiddel ved fortsatt forskrivning). Ordet «begrunnet» vil kunne bli for vagt og uklart.

Erfaringsmessig er det ikke uvanlig at tilbakefall til bruk av rusmidler avdekkes ved urinprøver, jamfør at det er varierende hvor åpen pasienter er om sin bruk av rusmidler. Ved avdekking av tilbakefall kan egnede behandlingsmessige tiltak snarlig settes inn også med tanke på økt overdosefare ved kombinasjon av LAR-medikament og rusmidler inkludert vanedannende legemidler. Ved spørsmål om evt bivirkninger eller manglende effekt av dosering/medikament vil det også være nyttig å kunne se tilbake på urinprøvesvar med tanke på hvorvidt pasienten har vært rusfri i aktuelle periode for sine plager. Opioidavhengighet er en kronisk sykdom og det er ikke urimelig at behandling av denne som andre kroniske tilstander krever undersøkelse av biologisk materiale ved jevne mellomrom. Et alternativ til urinprøve (hvor urinprøve ikke lar seg gjennomføre) vil kunne være blodprøve eller spyttprøve evt

supplert med hårprøve. Ved urinprøver vil rusfrihet kunne dokumenteres og med økende varighet av rusfrihet kan man gå over til stikkprøver. Dersom hensyn til verdighet og diskresjon ved avleggelse ikke er ivaretatt, bør man heller sikre rutiner som ivaretar nettopp dette.

- Hos pasienter i LAR med kjent samtidig rusmisbruk uten ønske om rusfrihet og som allerede er på såkalt «trygg lavdose» av substitusjonsmedikament, vil jevnlig urinprøver ha mindre for seg.

Innspill til praktisk:

- Vi mener det fortsatt bør være et minimums antall av urin-stikkprøver i året etter 12 mnd rusfrihet som et hjelpemiddel til å oppdage eventuelt tilbakefall, noe som også er aktuelt opp mot førerkort, og bekreftelse av at forskrevne medikament fortsatt inntas, sistnevnte ikke minst av hensyn til tredjepart. Substitusjonsmidler i LAR er potensielt dødelige for de som ikke er tilvent slike midler/dosenivå og en visshet i form av dokumentasjon på at substitusjonsmidlet fortsatt inntas av den som får det forskrevet og ikke videreformidles til andre er sentralt.

- Ansvaret for kartlegging av pasientens bruk av rusmidler og vanedannende legemidler bør ligge til tverrfaglig behandler så lenge pasienten følges av spesialisthelsetjenesten, og der lege involveres ved behov. Det er ikke nødvendig at dette alltid må ivaretas av lege.

**Vedr Individuell utleveringsordning for substitusjonslegemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør besluttet etter vurdering av pasientens rusmestring, behov i rehabilitering og risiko for at legemiddelet blir tilgjengelig for tredjepart (s. 86- 98)**

Innspill til anbefalingen:

- De innledningsvise punktene under kartlegging og vurdering (av pasientens eventuelle bruk av rusmidler og vanedannende legemidler, risiko for feilbruk, individuelle behov ved valg og tilrettelegging av utleveringsordning, mulighet for trygg oppbevaring av substitusjonslegemiddel og risiko for lekkasje) kan ivaretas av tverrfaglig behandler der lege involveres ved behov med eventuelt påfølgende egen samtale med pasienten. Disse punktene er også noe som det tas stilling til ved jevne mellomrom i et behandlingsforløp og som tverrfaglig behandler kan bringe videre inn i tverrfaglig LAR-team (hvor lege er tilstede) for beslutning.

- Etter oppstart og oppnådd vedlikeholdsdose av substitusjonsmedikament i LAR er det foreslått kun 3-5 uker med inntak under påsyn før ny vurdering av henteordning gjøres, dette mener vi er alt for kort tid til å kunne forvente tilstrekkelig stabilisering for egenadministrering av doser. Pasienten er fortsatt i en sårbar fase for tilbakefall til rusmiddelbruk og/eller eventuelt inntak av substitusjonsmedikament på en måte som ikke er i tråd med forordningen. Vi ser ikke at det forskningsmessig er grunnlag for å endre dagens praksis med 3 måneders stabiliseringsfase med observerte inntak før endring av henteordning vurderes.

- Ved omfattende og avhengighetspreget bruk av rusmidler bør pasienten ha daglig observerte inntak for å redusere risiko for ikke-forordnet bruk, overdosefare og/eller lekkasje til tredjepart. Ved bruk av forskrevne benzodiazepiner vil det ved observert inntak av LAR-medikament kun 1-3 dager pr uke være uoversiktlig og for få observasjoner av pasienten ihht eventuell påvirkningsgrad av rusmidler eller fra eventuelt illegal supplering av benzodiazepin(er). Erfaringsmessig har flesteparten av de LAR-pasienter som får forskrevet benzodiazepiner en kjent avhengighet til sedativa/hypnotika og vil være sårbare for «trigging» av sug/craving etter rusmidler.

- Henteordning med inntak av substitusjonsmiddel under påsyn sjeldnere enn 1 dag pr uke mener vi også klart er for tidlig etter kun ett års rusfrihet. Dette har etter det vi forstår hittil vært praktisert først etter mange års stabil rusfrihet hvor det i tillegg har vært nødvendig av hensyn til jobb/utdanning. Når det samtidig er svært vanskelig å forutsi og få kjennskap til hvilke pasienter i LAR som selger eller deler sitt substitusjonsmedikament med andre (lekkasje), og det videre ikke trenger ha sammenheng med grad av rusmestring (jamfør s. 91), må hensynet til tredjepart og samfunnsansvaret her veie tyngst. Vi vet at det distribueres LAR-medikamenter til det illegale markedet i en viss grad og noen må det sann sett stamme fra. Det er også vanskelig å se at det for de fleste pasienter i LAR vil være en alt for stor inngripen i hverdagen å ha ukentlig henteordning.

- Vi undrer oss også til formuleringen «fravær av skadelig og/eller avhengighetspreget bruk av rusmidler» da dette raskt kan tolkes av både pasienter og andre som at illegale rusmidler eller illegalt anskaffede vanedannende medikamenter kan brukes i et visst omfang sammen med substitusjonsmedikamentet og der pasienten fortsatt kan ha observert inntak kun 1 dag i uka eller sjeldnere.

Innspill til praktisk:

- Informasjonspunktene i henhold til trygg oppbevaring av substitusjonslegemiddel og lekkasje kan gis av tverrfaglig behandler med bistand fra lege ved behov. Det er bra at denne informasjonen er anbefalt gjentatt regelmessig men tverrfaglig personale som har et behandleransvar for pasienten forventes å kunne ivareta dette.

### **Vedr Ved avhengighet til benzodiazepiner hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) anbefales psykososial behandling og nedtrapping av benzodiazepiner (s. 98- 108)**

Innspill til anbefalingen:

- En anbefaling om nedtrapping og psykososial behandling med mål om avsluttet bruk av benzodiazepiner støttes.

-Forslaget om vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner uten plan om nedtrapping er problematisk av flere grunner. Mange pasienter i LAR har underliggende psykiske lidelser og benzodiazepiner er for de aller fleste praktiske formål ikke anbefalt behandlingstiltak i henhold til de respektive retningslinjer. LAR-pasienter bør på lik linje som andre pasienter med psykiske lidelser få utredning og dokumenterte behandlingstiltak rettet mot de spesifikke lidelsene fremfor en vedvarende benzodiazepinbruk som ikke har effekt på den underliggende sykdommen i seg selv og som samtidig holder ved like en avhengighet av benzodiazepiner. Tatt i betraktning det man vet om skadelige konsekvenser av både (mis-)bruk og avhengighet av benzodiazepiner (reduert psykomotorisk og kognitiv funksjon, rusopplevelse med svekket stabiliserende effekt av substitusjonslegemiddelet og avhengighetsreaksjoner), overdosefaren det medfører og ikke minst mangel på forskningsmessig støtte for vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner, er det betenkelig at en nasjonal retningslinje legger opp til dette som en løsning. Det er heller ikke utenkelig at vissheten om vedvarende benzodiazepin-forskrivning som en mulighet vil kunne påvirke motivasjonen hos pasienten for å ta imot annen hjelp for sin benzodiazepinavhengighet. En økning av andelen LAR-pasienter som får forskrevet benzodiazepin(er) er heller ikke ensbetydende med at dette er en god løsning da den økte forskrivningen kan ha mange forklaringer.

Innspill til praktisk:

- Med «vissheten» om muligheten for en vedvarende forskrivning av benzodiazepiner med støtte i en retningslinje, vil ønske om benzodiazepin(er) ikke usannsynlig bli et stadig tilbakevendende tema med den tid og ressurser det krever. Det bør foreligge en sterk begrunnelse for å forskrive lavdose benzodiazepin til en i LAR, og type benzodiazepin bør i så fall være av en lavpotent type som for eksempel oksazepam eventuelt unntaksvis diazepam.

- En tidsavgrenset og kortvarig bruk av lavpotent benzodiazepin med en klar årsak, hensikt, nedtrappingsplan og seponeringsdato kan vurderes individuelt i enkelttilfeller.

### **Vedr Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør gis helhetlig og koordinert rehabilitering gjennom hele forløpet og med høy grad av brukermedvirkning (s. 108-117)**

Innspill til anbefalingen og praktisk:

- Rehabiliteringsfokuset og samhandlingen i LAR er svært viktig og aktuelle anbefaling støtter opp under dette.

#### **Andre tilbakemeldinger/generelt:**

- Mange av oppgavene som i dette høringsutkastet er anbefalt utført av lege har hittil vært utført av tverrfaglige behandlere med behandlingsansvar for LAR-pasienter. Det er bra at leger i større grad involveres i både utredning og behandling av pasienter i TSB med mer direkte pasientkontakt. Samtidig er det viktig og hensiktsmessig at de oppgaver som legges til lege faktisk nødvendiggjør dette og ikke kan ivaretas av andre faggrupper. Flere oppgaver og hyppigere fortløpende vurderinger lagt til lege i LAR krever tilførsel av legeressurser til LAR/TSB-poliklinikkene. Det er bekymringsfullt dersom de økte oppgavene ikke følges av økt antall legestillinger i poliklinikkene. Det å jobbe med pasienter i LAR er tidkrevende og det krever tilstrekkelig med ressurser av flere faggrupper, ikke minst i ordinære TSB-poliklinikker som i tillegg til LAR også har generelle polikliniske arbeidsoppgaver i TSB.

- Vi registrerer at tverrfagligheten i LAR fremstår mer underordnet i forslaget til ny retningslinje. Det er svært mye nyttig informasjon og drøftinger som fremkommer i tverrfaglige LAR-team og viktigheten av felles vurderinger bør ikke underkjennes. Det er mange kompliserte og sammensatte avgjørelser i LAR og selv om lege tar endelig beslutning i medisinske spørsmål, er det en støtte å formidle vurderinger/beslutninger forankret i et felles LAR-team fremfor at det er en enkeltperson (les leges) avgjørelse.

-Statusundersøkelsen viser også at kun 5% var misfornøyde eller mente behandlingen i LAR ikke var vellykket, dette er et lavt tall. Spørsmålet blir da hvorfor det legges opp til såpass omfattende endringer i den nye retningslinjen.

- En økt vektlegging av lege som den som står for svært mange avgjørelser og gjerne beslutninger av mindre populær karakter, vil ikke usannsynlig medføre økt risiko for å bli sett på som «skyteskive» for mye av misnøye med vurderinger gjort i LAR. I kjølvannet av dette kan leger i LAR bli mer utsatt for trusler og vold (trusler er definisjonsmessig vold) noe som i seg selv vil være svært uheldig og dertil vil kunne påvirke rekrutteringen av leger til LAR-poliklinikker.

- Mindre grad av kontroll og høyere tilpasninger basert på pasientenes ønsker vil kunne gå på bekostning av forsvarlighet av behandlingen med substitusjonsmedikament i LAR. Det vil kunne øke faren for lekkasje med de konsekvenser det gir for tredjeperson. Det kan tilføyes at de fleste som henvises for



vurdering av LAR i Møre og Romsdal oppgir en avhengighet på medikamenter/preparater som brukes som substitusjonsmedikament i LAR, og ikke de klassiske morfinpreparater og heroin. Videre har mange av pasientene som henvises til LAR et blandingsmisbruk fremfor en primær opioidavhengighet med den overdosefare det medfører ved kombinasjon av substitusjonsmedikament med dempende rusmidler og/eller vanedannende medikamenter. Som en del av sykdommen vil avhengighetssyndrom i seg selv kunne påvirke/styre de valg pasientene tar, og det er følgelig viktig å ikke slippe for mye opp i de rammene som sikrer forsvarlighet.

- Vi savner mer fokus på Naltrekson depotinjeksjon som et medikamentvalg det jobbes aktivt for å få ordinært tilgjengelig som legemiddel i LAR i Norge. Det er spesielt at et legemiddel som har vist god dokumentert effekt og tolerabilitet, med utgangspunkt i grundig forskning, får så liten plass sammenlignet med mange anbefalinger som har et betraktelig «tynnere» forskningsgrunnlag.

Med vennlig hilsen

Legegruppen ved avd. for TSB, Helse Møre og Romsdal