

Høringsinnspill til «Revidert nasjonal faglig retningslinje for behandling ved opioidavhengighet.

Saksnummer: 21/16077

Dato: 05.09.2021

Høringen kommer fra: Nasjonal kompetansetjeneste

Avsender: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)

Navn: Solveig Brekke Skard

E-post: solveig.brekke.skard@sykehuset-innlandet.no

Overordnet vurdering:

Overordnet: NKROP støtter innretningen på revidert retningslinje med vekt på økt fokus på brukermedvirkning og dialog.

Begrunnelse/ vurdering: Det er NKROPs oppfatning at LAR i Norge under nåværende retningslinje fra 2010 har vært et godt behandlingstiltak for opioidavhengige med en i hovedsak bra balanse mellom tiltak for å få pasienter inn i LAR-behandling og beholde dem i LAR og tiltak for å sikre forsvarlig sikkerhet i behandlingen. Slik NKROP vurderer utkastet, vil denne hovedinnretningen i LAR-behandlingen opprettholdes gjennom dette utkastet samtidig som utkastet legger opp til en del justeringer. Nedenfor vil vi kommentere noen av disse justeringene.

Økt vekt på dialog og brukermedvirkning og at pasientenes egne ønsker skal tillegges stor vekt.

Overordnet og relaterer til alle anbefalinger. Dette er vektlagt gjennom hele utkastet samtidig som det framgår helt klart at det er LAR-lege (lege i spesialisthelsetjenesten) som fatter beslutningene etter samråd med pasienten (som f. eks. valg av LAR-legemiddel, innsetting av kontroll-tiltak som urinprøver, hvorvidt det er grunnlag for å forskrive benzodiazepiner med mer).

Begrunnelse/ vurdering: NKROP støtter den økte vektleggingen av brukermedvirkning i LAR. Vår oppfatning er at utkastet legger opp til økt og reell brukermedvirkning, men ikke til brukerstyring. Vi vurderer at vektleggingen av brukermedvirkning er i tråd med rådende føringer og helselovgivning og at det er god balanse mellom brukermedvirkning og behandlingsapparatets ansvar for at behandlingen er forsvarlig.

ANBEALING 1. Pasienter med opioidavhengighet bør vurderes for legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

«Kostander til innkjøp av substitusjonslegemidler som brukes ved poliklinisk nedtrapping utenfor LAR, dekkes av pasienten selv.»

NKROP anbefaler at det gis økonomisk støtte til slik nedtrapping, i alle fall i en startfase.

Begrunnelse/ vurdering vedr. betaling av utgifter til medikamenter og utleveringskostnader ved apotek for personer som ønsker langs nedtrapping av opioider uten å være i LAR (et behandlingalternativ som ligner på nedtrapping og avslutning av LAR-medisiner av LAR):

I LAR dekkes alle utgifter til LAR-medikamentet og kostnader knyttet til utlevering av dette (apoteker, kommunale tjenester) av LAR eller kommune, pasienten betaler ingen ting selv. Når pasienten skal

motta de samme opioidene over noen lengre tid utenfor LAR, vil dette føre til store kostnader for pasientene. Dersom nedtrappingen går over flere måneder (noe som vil være sannsynlig og ønskelig og vil øke sannsynligheten for vellykket nedtrapping), vil dette sannsynligvis dreie seg om kostnader på flere tusen kroner. Dette vil ikke dekkes av LAR ettersom pasienten ikke ønsker LAR-behandling og inklusjon i LAR. Etter vår mening bør disse utgiftene dekkes av det offentlige på en annen måte enn gjennom LAR, f. eks. ved at de tas inn i blåresept-ordningen. Sykdommen (opioidavhengighet, problembruk av opioider) er av samme alvorlighetsgrad som andre sykdommer der den medikamentelle behandlingen dekkes på blåresept.

Vedr. nedtrapping

Det som står om nedtrapping, er dårlig tilpasset avrusning med sikte på opioidfri behandling i døgninstitusjon. Det bør være aktuelt å beskrive raskere nedtrapping i avrusingsavdeling ved planlagt langtidsbehandling i døgninstitusjon.

Forebygging av overdose ved opioidfrihet og sårbarhet for overdoser:

«selv etter en kort periode uten opioider, tåler du bare en dose som tilsvarer det man vil bruke for folk som aldri har bruket opioider. Selv halv dose av det du brukte tidligere, vil etter en kort periode uten opioider kunne være nok til å få en alvorlig, kanskje livstruende, overdose».

NKROP mener en bør vurdere å gi en mer presis beskrivelse av hvilken dose som kan tåles.

Anbefalingen vedr. avrusning, bør endres til flg.:

«Ved avrusning i forkant av planlagt innleggelse i døgnenhet, bør innleggelsen i døgnenheten alltid finne sted umiddelbart (ved dirkede overføring...) etter avsluttet avrusning siden avrusning alene medfører stor risiko for tilbakefall til opioidbruk og avhengighet og i ytterste konsekvens overdosedødsfall.»

Anbefaling 2: Valg av LAR-legemiddel.

Begrunnelse/ vurdering:

NKROP støtter at det formelle hierarkiet ("førstevalg") mellom buprenorfin og metadon som LAR-legemiddel oppheves og at disse medikamentene/virkestoffene likestilles. Vi støtter at valg av legemiddel gjøres på grunnlag av en konkret individuell helhetlig vurdering av hvilket middel som er best egnet for den enkelte pasient, der pasientens egen preferanse, men også hensynet til tredjepart (fare for lekkasje av medikamentet) vektlegges. Dette vil også gjøre det enklere for pasientene å få innvilget bytte av medikament.

I tillegg foreslår NKROP følgende tillegg vedrørende valget mellom buprenorfin og metadon som førstevalg: «Lav alder og relativ kort varighet av opioidavhengighet taler for bruk av buprenorfin. Det samme gjelder hvis pasienten på sikt kan ønske månedlig injeksjonsbehandling som alternativ til daglig inntak.»

Langtidsvirkende oral morfin som LAR-legemiddel. Utkastet åpner for at langtidsvirkende morfintabletter kan brukes som LAR-medikament på spesielle indikasjoner, inkl. 12-timersvarianten

Commented [KBK1]: Dette er kanskje bare delvis relevant for denne retningslinjen!

Commented [IS2]: Enig med Knut i at dette kanskje ikke veldig relevant for denne retningslinjen, men gjennom andre veiledere og normerende dokumenter, bl.a. gjennom "overdosestrategien" som Hdir har drevet i flere år, er det understreket viktigheten av å informere om at etter opphør av opioider over noe (ganske kort tid – en til få uker) tåler en pasient ikke høyere doser av opioider enn personer som ikke har brukt opioider, dvs. at de ikke vil tåle mer enn det de gjorde første gang de brukte opioider. Det er særlig ved medikamentfri behandling av opioidavhengige i institusjon og ved/etter langsom nedtrapping til seponering av opioider i eller utenfor LAR, at det er viktig å formidle dette **veldig tydelig** til pasientene.

som er registrert i Norge som smertemedisin (Dolcontin/Malfin). Slik har det også vært praktisert i deler av LAR-Norge tidligere, men i lite omfang og i enkelte helseforetak ikke eller nesten ikke. Dersom utkastet går gjennom, vil dette bli en mulighet som kan vurderes, i alle HF.

Begrunnelse/ vurdering: Det er viktig at langtidsvirkende morfin blir tilgjengelig, på spesielle indikasjoner. NKROP støtter det, men vil påpeke at bruk av 12-timers morfin (Dolcontin/Malfin) utenfor godkjent norsk indikasjon ("off label") er mindre gunstig enn å bruke 24-timers tablett (Substitol med flere) med agonist-behandling som indikasjon. Slike medikamenter er ikke registrert i Norge, og det bør fra myndighetenes side legges vekt på å få disse medikamentene registrert for LAR i Norge. Dette må imidlertid ikke forhindre at 12-timers morfin kan brukes som LAR-medikament på spesielle indikasjoner. I dag brukes morfin i svært liten grad som LAR-medikament, og en mer omfattende økning bør forutsette registrering av 24-timers tablett med LAR som indikasjon i Norge.

Myndighetene bør snarlig ta et nytt initiativ til å få overnevnte medikamenter registrert i Norge.

Anbefaling 3: Opptopping på buprenorfin eller metadon i LAR kan gjøres poliklinisk eller i døgneheter.

Det bør poengteres at det er svært viktig at man utviser stort skjønn knyttet til beslutningen om pasientens opptopping skal gjennomføres poliklinisk eller i døgneheter, spesielt med tanke på personer med alvorlige psykiske lidelser. Anbefalingen bør inneholde en vurdering av om det er hensiktsmessig at pasienten skal legges inn på for eksempel enheter for avrusning eller lignende eller om annen enhet er mer egnet.

Begrunnelse/vurdering:

En har erfaring med at illegale rusmidler ofte er tilgjengelig på avrusnings-/ avgiftningsenheter. Dette kan representere en stor utfordring for enkelte pasienter og være en situasjon de bør skjermes fra.

Anbefaling 9: Behandling av benzodiazepin-avhengighet hos LAR-pasienter og mulighet for vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner i LAR.

Utkastet er tydelig på at hovedanbefalingen er at benzodiazepin-avhengige bør hjelpes til nedtrapping og avslutning av bruk av benzodiazepiner, noe vi støtter og som er i tråd med dagens retningslinje. Det er imidlertid nytt at det åpnes for unntak ved at "*Pasienter som fortsatt er avhengige av benzodiazepiner etter gjentatte forsøk med nedtrapping og psykososial behandling kan vurderes for vedlikeholdsbehandling. Målet er å redusere risiko forbundet med bruk av illegale benzodiazepiner og øke pasientens livskvalitet og funksjonsnivå.*"

Begrunnelse/ vurdering:

NKROP støtter dette og understreker at det er den ansvarlige lege, som ut fra en helhetlig vurdering der samråd med pasient inngår (altså brukermedvirkning, ikke brukerstyring), fatter evt. beslutning om vedlikeholdsbehandling. Vi anser at dette kan hjelpe til med å skille mellom "rimelig" og ikke-rimelig" forskrivning av benzodiazepiner i LAR.

Tilleggskommentar:

Enhetlig bruk av språk:

« risiko» bør brukes gjennomgående i hele dokumentet. Ordet « sjanse» bør ikke brukes

Ordet «sjanse» brukes (også) i betydningen «risiko» i flg. avsnitt under anbefaling 1. *«Hos pasienter som ønsker avrusning fra opioider vurderes i tillegg - - - -iverksettes. Betydelig forsiktighet utvises ved vurdering av avrusning uten direkte overføring til behandling i døgnhet, siden avrusning alene medfører stor **sjanse** for tilbakefall.*

Alle andre steder brukes «risiko» i dette dokumentet.