

ProLAR Nett sitt Høringsinnspill til revidert nasjonal retningslinje for behandling ved opioidavhengighet:

Strukturelt:

utformingen av retningslinjen:

Den bør bli mye mer leser- og brukervennlig. Den må organiseres bedre. Den trenger god innholdsfortegnelse. I tillegg kan den med fordel ha faktabokser, hvor det står forklaringer på begreper, tips/ råd til praksis, og kanskje noen eksempler. Vi hadde hatt lyst til at det ligger tre «faner» med «til deg som er pasient/ pårørende», «Til deg som jobber i kommunen» og «Til deg som jobber i Spesialisthelsetjenesten». Håper det kommer en egen mer forenklet utgave til pasienter/ pårørende, som også må være tilgjengelig på flere språk.

**ProLAR Nett ønsker at punkt 10 legges helt øverst som premiss for hele retningslinjen!
Brukerinnflytelsen må inn alt i starten av anbefalingene.**

Vi mener at det burde være en helt egen anbefaling om Brukermedvirkning. I praksis at punkt 10, blir en anbefaling 1 om brukermedvirkning alene, og at samhandling og koordinering, inklusiv brukers medvirkning, da blir et eget punkt 11.

Vi vet at i psykose retningslinjen: «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser», ligger Brukermedvirkning helt øverst.

Link:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/ _attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Det bør komme frem at «rusfrihet» som senere blir brukt i retningslinjen, ikke er kriteriet for inklusjon/behandling i LAR. «Påvirket/Ruspåvirket» er utydelig begrep som brukes, og spesifiseres ikke opp mot om det er skadepotensiale i interaksjon med LAR medikamentet eller ikke. Det kan lett mistolkes opp mot begrepet «rusfri». Det er problematisk.

Craving/sug står mange steder, og det kan oppleves litt utydelig da mange vil oppleve dette over noe tid da substitusjonsmedisinen ikke dekker «behovet for å være rusa», men holder en frisk. Så det kan i teksten fremstå som at ved riktig dose/riktig medikament vil man ikke oppleve noe craving/sug. Det er etter vår erfaring litt misvisende.

Ansvarsgruppe/tverrfaglig team osv bør avklares begrepsmessig og samkjøres med begrepsbruk i sammen om mestring og pakkeforløp TSB bla.

Kan man sette inn tre «bolker» Du som er spesialist, kommune, pasient. Typ: «Ofte stilte spørsmål» med lenke til hvor det finnes i retningslinjen.

Det kan eksempelvis være «bivirkninger», «Hvordan går jeg frem for å bytte medikament», «spesialisthelsetjeneste ansvar» kommunalt ansvar», «Hvordan velges medikament» osv..

Generelt om høringsnotatet

Det som er positivt, er at det er en tydeligere og sterkere brukerstemme, men ikke tydelig nok! Bør fremheves som det første i hver «Anbefaling» uavhengig av styrken i anbefalingen. Viser til proLAR Nett 2021s undersøkelse, at Brukerstemmene ikke føler seg hørt.

Det er til tider et utydelig språk, kunne vært mer tydelighet og samstemthet i innhold.

Det må bli ett tydelig mål å praktisere likt på nasjonalt nivå og ikke etter Overleger/ LIS legene og nye legers frykt for refs. Det er også slik at flere steder kjenner ikke legene deres LAR pasienter, men lener seg på behandleres individuelle formidling / holdninger/kultur- om den enkelte pasient og gruppen som helhet osv... I dag er det for store regionale forskjeller.

Det må komme tydeligere frem at informasjon som gis til forskrivende lege ofte går via en LAR behandler. Dette er problematisk, da det vil farges av behandleres relasjon til pasient, holdning og kompetanse på sammensatte helsebehov.

Anbefalingene bærer preg av å være veldig legemiddel orientert, og der det handler om de andre aspektene av behandlingen, så er dette kun lagt til ved lenker. Vi er redd for at de andre virksomme elementene og R èn i LAR blir for utydelig.

Minoriteter:

I gruppen minoriteter, så kan det være en større utfordring knyttet til et vanskelig språk og begreper som bør forklares. Dette bekymrer oss også i de ulike samhandlingene/kartlegginger mellom lege/ behandler og pasient. Det vil i noen tilfeller være behov for et økt fokus på pårørende, for å sikre at pasienten får hjelp til å forklare/ få støtte av pårørende. Vi vil i den trekke frem at kvinnelig minoriteter er en spesielt sårbar gruppe.

Det bør lages en kort og konsist informasjon om LAR på ulike språk.

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

I teksten bør det komme frem Lege i TSB avklarer pasientens egne ønsker og erfaringer direkte med pasienten, og avveier forventet nytte hos pasienten av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) mot forventet nytte av annen tverrfaglig spesialisert behandling. Beslutningen om å tilby LAR tas av lege i TSB.

Vi er glade for at kommer tydelig frem at pasienten skal medvirke i valg av behandling for opioid avhengighet, og at det kommer frem tydelig at pasienten selv samtaler med lege i TSB i kartleggingen.

Praktisk gjennomføring, slik skal anbefalingen følges:

Vurdering av grad av opioidavhengighet/ Valg av behandlingsmetode i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Formålet med LAR, altså forskriftens ordlyd bør inn allerede her.

Diagnose kriteriene er litt uklare sett i sammenheng med andre indikatorer for oppstart i LAR.

Opioidavhengighet med 3-4? indikasjon for LAR 5-6? Vil person med kriterier med utslag på under 5-6 på diagnosekriteriene, da ikke kunne inkluderes i LAR dersom bruken/ andre punkter på listen er oppfylt? For eksempel høyt skadepotensiale og andre helsemessige faktorer.

Vi er veldig positive til at denne formuleringen er med: *Pasienter med tidligere diagnostisert opioidavhengighet vurderes for LAR selv om det er over ett år siden sist bruk av opioider.*

Annen individuelt tilpasset behandling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

TSB behandling med nedtrapping:

Bruk av kun buprenorfin er uheldig. Det bør vektlegges hva pasienten har brukt tidligere, og erfaringer knyttet til dette.

Vi vet at medlemmer hos oss ofte opplever å bli mistrodd i sine opplevelser av både abstinens symptomer/cravings/sug og bivirkninger.

Vi er glade for at spesifisering av risiko ved utskrivning fra avrusingsenhet med opphold før viderebehandling er tematisert.

(Vi lurer på om det under dette punktet bør linkes opp til veileder for vanedannende medikamenter? (I høringsutkastet der legges det opp til et svært stramt og krevende nedtrappings regime ved nedtrapping av opioider. Bla ved at man ikke skal trappe opp igjen underveis, men da «sluses» videre til TSB dersom behovet for å trappe opp underveis i en nedtrapping). Nedtrappingsplanen i veileder for vanedannende medikamenter, skiller seg i stor grad fra kapittel og ordlyd om stor medbestemmelse og medvirkning i nedtrappingen i denne retningslinjen.

Vi er svært glade for at det står at man kan tilbys medisinsk nedtrapping også utenfor LAR, men i samarbeid med TSB, slik vi tolker det. Vi er glade for at dette kommer frem i teksten at det er mulig å gjøre dette utenfor LAR men ser det som en utfordring at dette fører til en uheldig situasjon med egenbetaling av medikament.

«Pasienten gis informasjon om at kostnader til innkjøp av substitusjonslegemidler som brukes ved poliklinisk nedtrapping utenfor LAR, dekkes av pasienten selv»

Vi er sterkt kritiske til at nedtrapping skal kostes pasienten selv. Det bør kunne inkluderes som et ledd i LAR.

Det vil kunne medføre svært uheldige konsekvenser ved at dette må betales selv, da pasientgruppa har svært ulike forutsetninger for å kunne betale. I ytterste konsekvens vil man risikere at noen velger seg inn i stabilisering i LAR (som egentlig kun ønsker nedtrapping), for så å trappe ned, for å kunne motta helsehjelpen gratis.

På valg av medikament til nedtrapping for opioid avhengighet med substitusjons behandling (ikke inkludering i LAR), ser vi at det er fortrukket og fremhevet bruk av Buprenorfin. Vi mener bestemt at pasientens medvirkning også må gjelde her ved valg av medikament.

Vi er glade for disse spesifiseringene:

Pasienter med opioidavhengighet som ikke lykkes med å avslutte sin bruk av opioider ved nedtrapping eller annen tverrfaglig spesialisert behandling, vurderes på ny for LAR.

Pasienter som ønsker å skifte mellom behandlingsmetoder (f.eks. fra nedtrapping eller behandling uten substitusjonslegemidler, til LAR) vurderes for det.

Substitusjonsbehandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som behandlingsmetode

Vi ønsker at denne teksten legges enda tydeligere inn i teksten tidlig.

Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommende sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.

Vi ønsker også at det legges til at mennesker som ønsker LAR behandling kan ha svært ulike mål med sin behandling, og at det er viktig at det er pasientens egne mål med behandlingen som legges til grunn.

Kunnskapsgrunnlaget for de ulike behandlingsmetodene ved opioidavhengighet

Her vises det til tall der pasienter i LAR stort sett er fornøyd. Brukererfaringer, og erfaringer fra praksisfeltet, (vår brukerundersøkelse, diskusjoner offentlig i sosiale media, nyhetssaker, tilbakemeldinger fra brukere i ulike rådslag, mm.) viser at det er en stor andel pasienter som ikke er fornøyd i LAR. Dette på tross av at en stor andel ser på sin LAR behandling som livreddende og nødvendig.

Pasienter i LAR rapporterer til oss på tross av tallene det er referert til i teksten, at de opplever liten medvirkning.

Foreløpige tall fra vår undersøkelse viser at så mye som 70% av respondentene er enige eller nokså enige i at LAR i altfor stor grad bestemmer over livene deres.

69 % kjenner seg maktesløse overfor LAR.

Vi vil derfor igjen trekke frem viktigheten av brukermedvirkning i alle ledd i behandlingen, og at det å overleve og være fornøyd med å være i LAR (motta livsnødvendige medikamenter), ikke nødvendigvis er ensbetydende med at man er fornøyd MED LAR.

Vi savner at denne kompleksiteten og brukerstemmene ang utfordringene ikke kommer tydelig nok frem. Det bør komme frem at brukernes involvering og tillitt mellom behandler/lege og pasient, er avgjørende for utfallet. Det bør komme frem at det er noen kriterier som må ligge til grunn for at LAR som behandlingsmetode skal kunne oppfylle formålet med LAR forskriften.

Sammendrag anbefalingene er basert på:

Innholdet i helsehjelpen:

Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet; å gi befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Samtidig skal det tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter.

Her har hensynet til pasientens rett til involvering og medbestemmelse blitt degradert til en bi-setning. Vi opplever at lovens bestemmelse er viktig å ha med, da den går inn i kjernen av det som gjør at LAR pasienter ikke opplever like tjenester og å ha like rettigheter.

Vi ønsker setningen «samtidig.....». Her bør setningen være:

Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet; å gi befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, med utgangspunkt i pasientenes ønsker og synspunkter.

1-1.Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Vi anser hva lovens bestemmelser skal fremme, som vel så viktig å minne om i retningslinjen og bør absolutt også med.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Vurdering:

Verdier og preferanser:

Vi kunne ønske oss at det ble tillagt noen setninger om pasientens medvirkning og ønsker inn i avsnittet om verdier.

Avsnitt fra hørings notatet:

Mange pasienter med avhengighet til opioider som søker seg til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) har erfaring fra tidligere behandling (f.eks. LAR, nedtrapping, behandling i døgnenhet) og kan uttrykke spesifikke ønsker om valg av behandlingsmetode, f.eks. LAR eller behandling uten substitusjonslegemiddel i døgnenhet.

Kan det legges til: Det er viktig å avklare pasientens egen målsetting med behandlingen. Det kan variere i fra å hindre overdosedød/alvorlig helseskade, men ikke et ønske om å oppnå «god rusmestring» eller «rusfrihet». For andre kan det handle om akkurat det å oppnå rusfrihet. Derfor er det gjennomgående viktig at den individuelle tilnærmingen til den enkelte pasient tilpasses pasientens til enhver tid gjeldende målsetting med behandlingen.

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

Valg av medikament:

Vi vet at det er mange andre ting enn pasientens ønske som påvirker legemiddelvalg. Eksempelvis økonomi, kultur, behandlerens tro på de ulike medikamentene, menneskelige ressurser og behandlerens kompetanse på å sette depo buvidal mm. (listen kunne vært mye lenger) Dette kunne vært problematisert og poengtert at ikke er grunner for medisinalvalg.

Levo metadon og langtidsvirkende morfin vurderes ved:

Her er det skissert opp hva alvorlig bivirkning tolkes som, men begrepene «craving og sug» blir stående litt i «løse luften»

Er det pasientens egen opplevelse som faller inn under betegnelsen, eller legens vurdering om pasienten snakker sant om «craving/sug».

Vår erfaring er at mange vil oppleve craving og sug ved overgang til LAR medikamenter, mens andre opplever dette i så stor grad at det blir vanskelig å følge behandling/ikke avstå fra annen medikament bruk/rusmidler i en grad som kan være dødelige/skadelige i kombinasjon med forskrevet LAR medikament.

Vi er derfor skeptiske til at begrepet «til tross for høy dose» blir stående noe uklart. Dette vil etter vår erfaring tolkes svært ulikt. Dersom det skal bli stående må det settes opp hva «Høy dose» er. Det vil jo være vanskelig, i og med at dose respons hos den enkelte pasient varierer i stor grad.

Vår erfaring er at nettopp det å kunne få en høy dose av et medikament på sikt kan stabilisere, slik at man kan jobbe med ulike momenter som gjør at angst/nedstemthet/søvn vansker/osv ... som også kan oppleves som «cravings», blir lettere å håndtere og jobbe med.

Vi skulle ønske oss at det skisseres opp hvilke behandlingsmetoder som gis for å støtte pasienten i disse prosessene. Vi vet at mange føler seg alene og mistrodd i samhandlingen med LAR, når det kommer til medikamentvalg og dose valg.

Bivirkninger er også et tema som vi i proLAR Nett ser at er vanskelig for folk å bli trodd på. Dersom det ikke er listet opp som «vanlig bivirkning» i felleskatalogen, så er det vanskelig å bli hørt.

Alvorlighetsgraden av abstinens er også litt misvisende, da det må sees i sammenheng med personens generelle helsetilstand. Det bør og stå noe om at relativt «milde» fysiske bivirkninger, som gir relativt store psykisk tilleggsbelastninger. Det kan være følelses flat, seksuell lyst, svette, legger på seg, vann i kroppen, kvalme osv. Disse kan samlet sett utgjøre en stor helserisiko som dermed samlet sett vil kategoriseres som alvorlig.

Dette er også viktig sett opp mot LAR behandlingens formål.

Begrepet «alvorlig bivirkning», vil i praksis opprettholde det regionale skillet vi i dag har på medikament valg. Hvordan man dokumenterer «en alvorlig bivirkning» varierer i stor grad, og avhenger av om lege/behandler lytter og tar pasienten på alvor i pasientens egne opplevelser.

Bivirkninger som oppgis i samtale med LAR, journalføres heller ikke i stor nok grad. Dette har vi mange eksempler på.

Vi skulle gjerne sett at det settes større krav til spesialisthelsetjenesten til å dokumentere de bivirkninger pasientene forteller om. Når en pasient samtaler med sin LAR konsulent, og forteller om sine bivirkninger bør LAR ha ansvar for å føre dette i journal.

Det bør komme frem tydeligere at det er pasientens opplevde bivirkning som skal vektlegges. Vi mener at det er viktig å nyansere hvor viktig det er med pasientens medvirkning og medbestemmelse, for å lykkes i behandlingen.

«Bivirkninger som ikke er forbigående, men som vedvarer og gir pasienten nedsatt livskvalitet eller reduserer muligheten til å nå sitt optimale mestring- og funksjonsnivå» er en fin setning. Men vi er redd for at den er for «høytsvevende og uklar» til at det vil utjevne forskjellene regionalt. I så måte ser vi ikke at denne formuleringen i seg selv har noe verdi og blir stående litt uten kontekst dersom den ikke linkes opp mot at det forutsetter at man lytter til pasientens egne opplevelser.

Når pasient etter tid på nytt rapporterer at de samme bivirkninger fortsatt er til stede, bør LAR oppfatte dette som en uheldig og vedvarende bivirkning. Det bør da vurderes et nytt legemiddel i behandlingen videre.

Vi opplever at for eksempel Levometadon (mikstur) og metadon tablett brukes i alt for liten grad. Spesialisthelsetjenesten referer ofte til forsvarlighetsprinsippet, og fare for overdosedødsfall som hovedargument. Ett annet argument er fare for lekkasje.

Vi vil påstå at dette ikke medfører riktighet for de aller fleste LAR pasienter i Norge. Mange er sitt ansvar bevisst, og ønsker mest av alt ett medikament de fungerer godt på.

Vi vil derfor foreslå lagt inn i retningslinjen, at terskelen for å kunne benytte levometadon og metadon tablett skal gjøres mye enklere enn pr nå.

Både metadon tablett og levometadon er tilgjengelig og kan benyttes. Vi vil også informere om at metadon tablett er langt billigere enn mikstur.

Videre vil vi anbefale at spesialisthelsetjenesten LAR etablerer bedre rutiner for dialog omkring disse temaene.

proLAR Nett sin undersøkelse av tall som vil bli offentliggjort snart, viser at 37 % altså 1/3 ønsker morfin preparater. Her kan det bli tydeligere at brukers ubehag med medisin og livskvalitet, skal vektlegges.

Vi vet at medisinerer for bivirkninger i seg selv gir mange medlemmer forringet livskvalitet. Ett eksempel er «svettestopper», som hjelper på problemet med mye svetting, men som igjen fører med seg problemer ved at det stanser all produksjon, og også fører til munntørrhet og annet ubehag.

«Mindre alvorlige bivirkninger»- kan for gruppen av LAR pasienter utgjøre en stor risiko i form av vanskelighet med rehabilitering i relasjon, aktivitet, familieliv, jobb og skole, som jo er en viktig del av R, en i LAR. Det bør derfor legges stor vekt på pasientens egne opplevelser av livskvalitet.

Ønsker og en linje om **utilstrekkelig** effekt av metadon (som ikke er nevnt men kun alvorlige bivirkninger er nevnt), hvor sug / craving vedvarer til tross for stabil dose over tid. Da med tanke på bytte til annet ønsket preparat inkl. morfin preparat og evt metadon tabletter, som gir mindre bivirkninger enn flytende metadon.

Det er manglende utprøving av langtidsvirkende morfin i Norge, men det bør komme med at på tross av dette så har erfaring vist at noen kan ha nytte av det. Så langt vi kjenner til, er det i dag kun 1 % av pasientene som mottar morfin behandling i Norge. Etter vårt syn, så er ikke dette utprøvd i tilstrekkelig grad. Vi mener at pasientens ønske må vektlegges tyngre, og at det avfeies for lettvtint i teksten.

Begrunnelsen- sammendrag:

Avsnittet: «Langtidsvirkende morfin og levometadon brukes i mindre grad enn buprenorfin og metadon som substitusjonslegemidler internasjonalt. Det foreligger erfaringer med bruk av langtidsvirkende morfin og levometadon fra Østerrike, Sveits, Tyskland og Nederland (Forsetlund et al., 2020). Det er erfaringer i et begrenset omfang i Norge (Waal et al., 1/2019)»

Her sier de ikke noe om hvilken erfaring som er kommet frem og avfeier det i neste setning med Waal sin undersøkelse på at det er lite forskning i Norge. Vi ønsker at dette utredes på bakgrunn av at mange pasienter oppgir at dette ville være deres foretrukne preparat.

«Et systematisk søk etter forskningslitteratur om erfaringer med substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet fant verken studier om brukeres eller helsepersonells erfaringer med bruk av langtidsvirkende morfin eller levometadon (Steiro et al., 2020). Klinisk erfaring og brukererfaring med bruk av langtidsvirkende morfin og levometadon er derfor også mer begrenset.»

Avsnitt: Her avfeies muligheten for å utrede og prøve ut dette for et betydelig antall pasienter som ønsker det. (37% av 855 informanter i vår brukerundersøkelse.) I dag mottar kun 1% av pasientene nasjonalt, denne behandlingen.

Det er en ordlyd i sammendraget som oppleves å både underslå og undergrave argumentasjon brukt tidligere i anbefalingene.

Under praktisk gjennomføring, punkt Vurdering i valg av legemiddelform,

Her burde det stå metadon tabletter som et alternativ, da vi vet at enkelte har behov av dette. Det er kun Buprenorfin i tablettform som nevnes. Mange avhjelpes bivirkninger ved bruk av metadon i tablettform. Vi vet at det er et økonomisk anliggende, men begrunnes i for stor grad av «forsvarlighetsprinsippet» med tanke på videresalg.

9% av respondentene i Brukerundersøkelsen proLAR Nett oppgir å bruke metadon i tablettform.

Risiko for feilbruk av substitusjonslegemiddelet

«metadon mikstur med høyt væskevolum/lav konsentrasjon kan redusere risiko for injeksjon og overdose sammenliknet med høyere lavt væskevolum/høy konsentrasjon (f.eks. 2 mg/ml vs 5 mg/ml)»

Reduserer muligens fare for overdose, men det reduserer ikke nødvendigvis fare for injisering, uavhengig av mengde mikstur.

Risiko for overdose eller annen alvorlig rusrelatert hendelse:

Litt uklart hva som menes med «alvorlig rusrelatert hendelse»

Dersom forsterkede psykososiale tiltak ikke gir tilstrekkelig reduksjon i risiko og pasienten ikke ønsker et skifte til buprenorfin (f.eks. på grunn av bivirkninger eller utilstrekkelig effekt) gjør lege i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) en individuell avveining av risiko ved avslutning av behandling med metadon og tilbud om buprenorfin, opp mot risiko for frafall fra behandling ved gjennomføring av et slikt skifte mot pasientens vilje.

Dersom det for eksempel menes injeksjon av legemiddel, bør andre legemidler enn buprenorfin også kunne vurderes.

Ett punkt til legges til:

- *Riktig valg av medikament og brukervedvirkning kan hindre feilbruk av medikamentet, og begrense bruk av andre medikamenter/rusmidler som øker fare for pasienten.*

Vår erfaring er at å «tvinge» pasienter over på buprenorfin, vil kunne øke illegalt bruk og videresalg, og sånn sett øke farepotensialet ytterligere.

Det er et punkt vi mener at kan komme tydeligere frem:

Anbefaling dersom pasienten injiserer legemiddelet?

Det bør stå noe om injisering av LAR medikamenter og konsekvenser.

Vi kunne ønske oss at personer som på tross av psykososial støtte og veiledning, sliter med en injeksjons problematikk, får mulighet til å få forskrevet det medikamentet som mulig gir minst skade. Både med tanke på potensiell dødelighet, men også med tanke på å holde pasienten i behandling.

Vi kunne ønske oss injiserbar metadon, eller mulighet for at HAB/ morfin blir tilbudt disse pasientene.

Vi mener at det kan være stor fare ved å trappe ned injiserende brukere fra metadon, for å gi dem buprenorfin uten deres samtykke.

Faren ved utskrivelse eller valg av et medikament uten nytteeffekt øker faren for død. Dette bør komme tydelig frem. Dette vil etter vårt syn kunne stå i kontrast til LARs formål.

Det bør legges stor vekt på å komme i posisjon til å yte riktig og nødvendig helsehjelp, med tanke på den store risikoen det medfører å stå uten et tilbud.

Her har proLAR Nett mye erfaring med «røde» pasienter i Rogaland, der man har jobbet direkte med bruker til bruker for å hindre drop-out.

Vi er redd for at ved å ha denne formuleringen stående, så blir det lett å «innkalle til samtale», pasienten møter ikke, eller leverer ikke prøver ect. Man setter da personen på Buprenorfin etter forsvarlighetsprinsippet, og vurderer deretter at man har «fulgt anbefalingen»

Det står videre:

Ved beslutning om å avslutte behandlingen med metadon og tilby pasienten buprenorfin gir legen informasjon til pasienten om beslutningsgrunnlaget og veiledning om pasientens rett til å påklage beslutningen.

Her bør man gå enda lenger i å legge til rette for at personen kan sende inn klage, dersom man ønsker det. Vi vet av erfaring at pasienter med så problematisk bruk, eller med et så komplisert forhold til LAR at å avslutte en behandling mot pasientens vilje blir aktuell, sjeldent sender skriftlige klager!

Her bør man ha en rutine for hvordan man legger til rette for at folk skal få en reell klagemulighet og bistand til dette.

Under sammendrag

Målet med LAR er at den enkelte pasient kan nå sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå, jf. LAR-forskriften §2.

Klinisk erfaring og brukererfaring viser at for å nå målet er det av grunnleggende betydning at pasientens substitusjonslegemiddel gir god effekt og færrest mulig bivirkninger.

Det er bra at dette står her, men det bør løftes frem i flere deler av dokumentet!

Opptapping på buprenorfin eller metadon i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan gjøres poliklinisk eller i døgnet. Poliklinisk opptapping på metadon forutsetter etablering og etterlevelse av særlige rutiner for å redusere risikoen for overdose

Vi er glade for at «pasientens mål» er presisert i teksten så tidlig under anbefalingen.

«Målet med anbefalingen er at pasienten lykkes med å gjennomføre opptappingen med lav risiko og i henhold til pasientens mål for behandling og rehabilitering den første tiden i LAR.

Det bør gå tydeligere frem under anbefalingen, at det i en opptapping er viktig å lytte til pasientens egen opplevelse, og legge opp et løp ut ifra bruk før opptapping.

Opptrapping:

Døgn:

På metadon er den for lang, 16-18 dager inneliggende på døgn er unødvendig lenge, da det vil være helsepersonell tilgjengelig som burde kunne håndtere en evt. overdosering. Det bør uansett være tilgang på Oksygen og motgift alle steder der opptrapping foregår. Vi mener at det ved inneliggende på døgn max burde være 3 døgn til 80 mg.

Vi har hatt medlemmer hos oss som har valgt å avslutte opptrapping grunnet abstinens under opptrapping, med resultat at man havner ut i illegalt bruk.

Poliklinisk:

Vi vil problematisere at den lange opptrappingen og de lave dosene poliklinisk, også vil kunne tvinge bruker til å oppsøke det illegale markedet for å holde seg frisk. Dette er ikke noe man nødvendigvis forteller LAR, i frykt for å ikke få opptrappings dose den dagen de kommer. LAR har ikke noe kontroll på hva bruker får i seg fra illegalt marked med denne opptrappingen.

2 timer er for lenge observasjonstid med tanke på at man sitter der med mulige abstinenser.

«Hard to reach, hard to treat » Forsvarlighets prinsippet blir her anvendt feil etter vårt syn, da det vil kunne være uforsvarlig å trappe så langsomt opp ute.

Man burde kunne trappe hurtig opp i alle poliklinikker, og ha motgift, oksygen, samtaler og jobbe med tillit mellom behandler og pasientene. Så må det tas individuelle hensyn dersom det vurderes å være risiko knyttet til enkelt pasienter.

Forsvarlighetsprinsippet:

For langsom opptrapping vil også kunne gi økt overdosefare:

EKSEMPEL 1: 30mg metadon mandag kl 08 00,- med så langsom halveringstid som metadon har, vil pasienten i prinsippet ha inntak på 30 mg etter «opptrapping etter forsvarlighetsprinsippet», da har legene kontroll. Det er det de ikke har, mener vi! Dersom man er undermedisinert, og kommer fra et illegalt bruk, vil faren for å gå ut og kjøpe 100 mg om man er vant til høyere doser, være en naturlig ting å gjøre. Det vil i praksis si at man har 130 mg metadon i kroppen osv osv

EKSEMPEL2: Det vil være en risiko for at personer rett og slett dropper ut av behandlingen og ikke møter opp som avtalt grunnet rusbruk/ medikament bruk/selvmedisinering med illegale midler.

Mange som starter i LAR, slutter ved oppstart på flere stoffer enn opioider. Det kan være vanskelig å avstå bruk av andre rusmidler/medisiner, dersom opptrappingen drøyer for lenge ut.

Står under praktisk gjennomføring av opptrapping av ...

«Hos pasienter som er avhengige av benzodiazepiner og i behov av opptrapping under opphold i døgnhet, men som ikke ønsker avrusning fra slik bruk, Bør det vurderes behandling med en stabiliserende dose benzodiazepin (oxazepam, diazepam) under oppholdet.»

Dette er bra! Vi kunne ønske oss et «BØR» før «vurderes», og at det ikke kun gjelder under oppholdet, men også bør vurderes for vedlikeholdelse etter utskrivning så ikke dette utgjør noe risiko etter utskrivelse. Viktig med god dialog/samhandling med lege som skal forskrive også etter døgnopphold.

Ved oppstart med substitusjonslegemiddel er det usikkerhet knyttet til pasientens toleranse for opioider. Dersom pasienten ikke har erfaring med substitusjonslegemiddelet, kan det også være usikkerhet om hvilke bivirkninger legemiddelet kan gi. Derfor gjelder et generelt prinsipp om å starte med lav dose og øke dosen gradvis (Baxter et al., 2013).

Her mangler det at Brukerstemmen skal lyttes til å bli trodd: Sitat: «usikkerhet knyttet til pasientens toleranse for opioider» vil fort bli det overveiende argumentet til legen og behovet til pasient vil kunne bli ignorert.

En norsk studie (Bech et al., 2019) fant ingen forskjell i risiko for overdosedødsfall hos personer som brukte metadon som substitusjonslegemiddel i LAR, sammenliknet med buprenorfin.

Dette står i sammendraget og begge medisiner er livreddende, men vi opplever det som skadelig og fare for overdose ved den lange opptrappingen på metadon, både i døgnhet og poliklinisk.

Vi ser i sammendraget at det refereres til forskning internasjonalt, og at kunnskapsgrunnlaget i enkelte tilfeller (opptrappings tabeller) er revidert og bygger på internasjonal forskning. Det undrer oss derfor at ikke utenlandsk forskning kan veie tyngre når det er snakk om Levometadon og morfin preparater. Det kan fremstå som at forskningen anvendes der det anses som med å opprettholde de anbefalingene man ønsker.

Tabellen for opptrapping på morfintabletter med 12 timers virkning er utarbeidet på bakgrunn av forskning på bruk av morfin ved kreftrelatert smerte, dette er noe annet enn en gruppe opioidavhengige.

Vi har følgende presiseringer til tekst:

«Hvis pasienten fremstår påvirket av legemiddelet under opptrappingen (søvnig, ruspåvirket), skjer opptrappingen langsommere»

Dette er et problematisk ordbruk, og en problematisk vinkling. Det samme gjelder for metadon hvor samme ordbruk blir brukt.

Vi vet at når medisinen slår inn så får man en liten periode med en liten «dupp», uten at dette indikerer at man er «ruspåvirket». Ruspåvirket er også et problematisk bruk av ord, da det kun henviser alene på behandlerens opplevelse av pasienten, og ikke egenopplevelse/brukererfaringen.

- **Eventuell videre opptrapping over 320 mg i døgndose etter individuell vurdering. Klinisk erfaring og brukererfaring er at de fleste pasienter trenger vedlikeholdsdose på mellom 300 og 400 mg i døgndose.**

Her legges det opp til 6 dager på å trappe opp til halv dose(160mg) jmf klinisk erfaring og brukererfaring. Uklart hvordan opptrapping skjer fra 160 til vedlikeholdsdose på mellom 300-400mg.

Nødvendige sikkerhetsrutiner for poliklinisk opptrapping med metadon inneholder:

- Oppmøte for inntak under påsyn av helsepersonell 6-7 dager per uke

I samarbeid med pasienten daglig kartlegge eventuell bruk og påvirkning av rusmidler i tiden fra sist inntak av metadon.

proLAR Nett sine foreløpige tall i Bruker til Bruker undersøkelse 2021 viser at det er 60% som mener at behandler ikke forstår og arbeider for dem. 44% «har ikke tillit til at LAR-legen vil det beste for dem»

51% «føler ikke at LAR-legen lytter til deres behov eller at deres stemme som pasient blir hørt»

41% opplever at de ikke kan snakke fritt og være ærlig med sin LAR-lege om hvordan de har det og hva de ønsker.

Hvordan mener LAR da at dette punktet skal kunne gjennomføres uten pasientens frykt for sanksjoner og mere kontroll? Det oppleves veldig uklart hva som menes med «bruk og påvirkning». Er det av opioider, eller gjelder dette Cannabis som det jo er knyttet betydelig mindre risiko knyttet til?

- Daglig observasjon av pasienten og vurdering av eventuell påvirkning av rusmidler før inntak av dagsdosen med metadon.

Viser til tidligere kommentarer på tillitt, risiko ved for langsom opptrapping og tallene fra vår undersøkelse nevnt i forrige punkt.

- Observasjon av pasienten etter inntak tilstrekkelig lenge til å kunne vurdere utvikling av tegn til overdose, se veiledende tabell under
- Oppstarts dosen med metadon bør være lav (30mg eller mindre, avhengig av toleranse) og pasienten bør ha toleranse for dosen, før økning i dose.

Dette er problematisert flere steder i vårt hørings svar. Igjen manglende utheving av Brukerstemme og igjen utelukkende punkt bygget på «Observasjoner»

- Grad av etterlevelse av rutine for daglig oppmøte, bruk og påvirkning av rusmidler, grad av opioidabstinens, før nytt inntak, tegn til overdose etter inntak og andre eventuelle uheldige/alvorlige hendelser, bør være del av vurderingen av doseøkning for den enkelte pasient.

Det er uklarhet i «bruk og påvirkning»- skal det vurderes etter LAR forskriftens mening, eller «rusfrihets prinsippet?» Disse vage formuleringene er med på å skape regionale forskjeller. Det må tydeliggjøres hva formålet med dette er. Går det på «utagerende oppførsel/ inntak av noe? Punktet blir stående moraliserende og oppdragende.

Igjen: Mistilliten vil kunne gjøre dette vanskelig dersom ikke det legges mere vekt på pasientens egne uttalelser og informasjon. Det baserer seg på en mistillit og at ting skal «avdekkes», ikke utforskes og samtales om.

- Pasienter som fremstår påvirket av rusmidler ved oppmøte får halv eller ingen dose.

Punktet står uten kontekst dersom det skal gis halv dose eller ingen dersom man fremstår påvirket.. Påvirket av hva. Det er jo relevant om det er bekymring for overdosering eller om det kun er basert på at pasienten har inntatt rusmidler som ikke medfører skadepotensiale. Det er jo her at utleveringsstedet har et særlig ansvar for dialog og en reell vurdering på om dosen medikament vil skade eller ikke.

Det vil være helt andre vurderinger ved inntak av opioider/Benzo og alkohol, enn ved cannabis og sentralstimulerende for eksempel. Viser igjen til Formålet med LAR forskriften.

- Ved gjentatte oppmøter i ruspåvirket tilstand eller gjentatte uteblivelser fra planlagt oppmøte vurderes det om forsterkede behandlingstiltak, herunder innleggelse i døgnet for opptrapping, er nødvendig.

*Her er vi bekymret for «**Hard to reach, hard to treat**» gruppen, som krever SMIDIGHET. Det bør oppfordres til en individuell tilrettelegging.*

Mulighet for å hente «hele dagen»? Der bør det komme eksempler på forsterkede behandlingstiltak. Forsterket behandlingstiltak oppleves ofte som mere kontroll fra helsevesenet.

Fra sammendraget nederst på siden

- Ved opptrapping under opphold i døgnet er det mulighet for jevnlig dialog med helse- og sosialfaglig personell og hyppig observasjon gjennom døgnet. Muligheten for bruk av rusmidler er begrenset sammenlignet med poliklinisk opptrapping. Det er derfor sannsynlig at opptrapping på metadon under innleggelse vil redusere risikoen for overdose og andre alvorlige rusrelaterte hendelser, sammenliknet med opptrapping poliklinisk.

Her burde det være fremhevet at dette kun skal gjøres som et tilbud om pasienten ønsker det. Vi vet at det rundt om i landet, (eksempelvis i Finnmark), brukes systematisk. Lengden på et døgn opphold på 12 dager for å nå 80 mg metadon, er både kostnadskrevende og det er krevende for den som må stå i det. Her burde det maks vær 3 dager da der er helsepersonell til stede som kan håndtere en evt overdosering.

- Systematisk innhentet brukererfaring (Brandt et al., 2016) finner at krav om å avstå fra bruk av rusmidler ved oppstart og under substitusjonsbehandling kan være til hinder for at pasienter søker seg til behandling. Klinisk erfaring og brukererfaring peker i retning av at tilbud om poliklinisk opptrapping på metadon kan bidra til å at flere i målgruppen lykkes med å starte i LAR. Oppstart er for mange pasienter en fase med motivasjon for endring som gjør helhetlig kartlegging og behandlingsplanlegging nødvendig, i henhold til pakkeforløp TSB. Helhetlig behandlingsplanlegging for pasientens første tid i LAR er i henhold til formålsparagrafen i LAR (LAR-forskriften §2).

Dette er viktig! Vi skulle ønske at dette var bedre gjenspeilet i punktene om opptrapping og valg av medikament. At nettopp dette ble brukt til å fremheve brukerens egne opplevelser, samt at fokuset på en god relasjon/tillits bygging og lydhørhet, samt begrenset fokus på kontrolltiltak, legger premissene for en god behandling i alle ledd.

I proLAR Nett sine offentliggjorte tall (Arendalsuka 2021) hentet fra brukerundersøkelsen i 2021, svarer 70 % at de mener at «LAR bestemmer i alt for stor grad over mitt liv» 69 % føler seg maktesløs overfor LAR systemet. Tilnærmingen bør alltid være og det bør alltid presiseres, at bruker stemmen skal lyttes til.

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

Ved ønske om å bytte medikament

Avslag om bytte av medikament etter pasientens ønske er ofte begrunnet med økonomiske årsaker. Mens i realiteten er det forholdsvis lik pris. Det er for utydelig at man kan velge mellom flere medisiner. Eks metadon flytende – metadon tabletter.

Vi etterlyser en bedre og tydeligere ordlyd. Når det gjelder eksempelet bytte fra metadon til Buprenofin, eller mellom Buprenorfin Orifarm eller Buprenofin Sandoz. Det er et stort problem at medisiner for denne gruppen legges ut på tilbud så hyppig. Det er ikke nok å si det inneholder samme virkestoff, da den enkelte bruker er mere sammensatt og flere opplever angst ved disse byttene. Flere opplever bivirkninger i byttene og de fleste blir ikke trodd på dette.

Igjen Begrepene «Cravings og sug»: Vi vil igjen påpeke at det er problematisk språkbruk, og dette er ikke å møte gruppen i sin helhet. Det fremstår som en manglende kunnskap om gruppen og avhengighet. Her burde det også være spesifisert mer hva R i LAR står for og hvordan den skal benyttes i forløpet.

Vi vil også tillegge at det er praksis ved bruk av Buvidal/ Buprenofin depo at personer ved slutten av sin mnd dose supplerer med buprenorfin i tablettform, da det ikke er så mange dose alternativ på injeksjonene. En del pasienter ønsker ikke de høyeste injeksjonsdosene og bruker heller buprenorfin i tablettform for å hindre abstinens i slutten av depo perioden. Dette bør beskrives, da praksis på dette er svært varierende.

Det varierer også i stor grad hvor fleksibelt pasienten blir møtt ved behov for ny injeksjon, enten pga praktiske ting som jobb/reis ect. Men vi opplever også at det noen steder styres av gitt antall dager mellom hver injeksjon, mens de andre steder er flinke til å tilpasse injeksjonsdagene etter pasientens behov.

Dette bør beskrives!

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

I dette kapitlet er tonen og beskrivelsen av samhandling mellom pasient og lege beskrevet i en helt annen ordlyd enn i teksten ellers i retningslinjen.

Her legges det i stor grad opp til å lytte til pasientens ønsker og behov. Dette er veldig bra. Men det skinner igjennom at man i dette kapitlet må ha «ryggen fri» dersom alvorlige og mulig dødelige komplikasjoner av nedtrapping oppstår. Hvorfor har ikke resten av anbefalingene denne tilnærmingen?

Det bør komme tydeligere frem alternative/anbefalte nedtrappingsprogram og støtte tiltak utover det som omtales som «psykososial støtte». Det er i praksis ofte samtale med behandler. Vi har erfaring hos oss med nedtrapping prosesser som har hatt innhold av medisiner. Vi er faktisk mindre kjent med nedtrappingsprosesser der det ikke trengs medikament støtte underveis/i en overgang. Eksempelvis sovemedisin, krampestillende, morfin plaster, BZD, Temgesic mm.

Det må komme tydeligere frem at dette MÅ tilpasses individuelt med individuelle løsninger.

Vår klare erfaring er at dersom pasienten opplever å ha «kontroll» selv på sin nedtrapping, så oppleves det mindre belastende. Vi vet av erfaring at det å faktisk sette ned dosen til det man tar, før man er helt sikker på at det er ok, er viktig. Dette medfører at mange i praksis bruker mindre medisin før man «melder inn» at man er klar for ny reduksjon. Det bør derfor føres en åpen dialog om dette, og legges en plan for innlevering av medisin som evt ikke er brukt. De fleste ønsker å ha noe medisin i hjemmet som «sikkerhet», så innlevering må skje når pasienten er trygg på det.

Det undrer oss at det sterke «sikkerhets fokuset» som ellers virker så sterkt inn i LAR, ser ut til å ha mindre betydning her.

Vi har en kommentar til følgende setning:

- « er stabilisert på redusert dose, uten abstinenser og craving/sug, før ny dosereduksjon»

Dette er etter vår erfaring tilnærmet umulig mot slutten av en nedtrapping. Det er mere snakk om at det må tilpasset individuelt i hvor stor grad pasienten tåler påkjeningen av dette. Nedtrappingen må i så måte tilpasset pasientens behov for funksjon i nedtrappingsperioden.

Kartleggingsdelen ser veldig fin ut, og vil trekke frem at det i «praktisk del» kommer tydelig frem at man skal se på bakenforliggende grunnene for ønsket om nedtrapping.

Her synes vi det er fint å sette opp en individuell nedtrappingsplan for hver og en pasient, etter nøye vurdering sammen med pasienten der også stabiliseringsperioder og evt «krisepan» dersom man må trappe opp underveis for å få en «pause» underveis i nedtrappingen. Positivt at man skal gis mulighet til rask kontakt med lege også utenfor fastsatt konsultasjon.

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

Støtter anbefaling med unntakene som er skissert.

Fra Buprenorfin depotinjeksjon til metadon, poliklinisk.

Vi ønsker oss en setning om at pasientens helsetilstand/opplevelse av abstinens avgjør om det er mellom 6-8 dager (ukes dose) eller 3-5 uker (mnd dose) siden sist injeksjon, at metadon oppstart kan skje. Viktig at dette ikke «standardiseres» ulikt i de ulike poliklinikkene, men at det går klart frem.

Fra buprenorfin til metadon, poliklinisk

Ved skifte fra buprenorfin depotinjeksjon gjelder samme plan for opptrapping med metadon. Metadon 30 mg gis 6-8 dager etter sist dose med ukentlig depotinjeksjon, eller 3-5 uker etter sist dose med månedlig depotinjeksjon.

Kartlegging av bruk av rusmidler og vanedannende legemidler i legemiddelassistert rehabilitering bør gjøres ved dialog og observasjon av pasienten. Urinprøver bør vurderes i tillegg, ved øking i ta-med-hjem doser og ved behandling med benzodiazepiner.

Urinprøver:

Vi opplever hele kapittelet og praksisen med UP som problematisk. Det kan synes som at det er forsøkt en «oppmykning», men ikke nok til at det vil ha noe praktisk betydning er vi redd.

Vi er sterkt uenig at urinprøver skal ha en plass i LAR dersom det ikke er et tilbud til pasienter som ønsker dette.

Vi ønsker oss ordlyden: Urinprøver bør tilbys til pasienter som ønsker dette for å ha tilleggs dokumentasjon til bruk i førerkort/jobbsituasjon/ omsorgssituasjon/ mm.

I proLAR Nett sin undersøkelse anno 2021, fremgår det at 66% tar urinprøver, og at 44% føler seg tvunget. Dette på tross av at 67% av respondentene har fra 8- til over 12 år i LAR. Dette bør problematiseres mye tydeligere i teksten.

Det kan virke i teksten som at det er gull-standarden «rusfrihet» som legger premissene for praksisen. Dersom en person bruker noe stoffer som ikke setter personen i fare, bør det heller ikke være konsekvenser slik det er i dag. Vi kjenner til mange cannabisbrukere for eksempel, som etter år med kamp om benzo, mestrer sitt liv med sin kontrollerte bruk og LAR medikament.

Da er det problematisk at videre utvikling stopper opp pga. daglig henting på bakgrunn av positive urinprøver. Da virker dette imot formålet med LAR ifølge forskrift. Det kommer frem som at urinprøver er middelet som skal sikre at folk er «rusfrie», snarere enn å sikre en trygg og sikker behandling for den enkelte.

Når det gjelder UP i forbindelse med «Ta hjem doser», så må dette vurderes ut fra den enkelte. Hvor lenge tenker man at faren for feilbruk, rusbruk, og salg foreligger?

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

Utlevering/henteordning: Viser til kommentar under Urinprøver ang «ta-hjem-doser». Ellers så er vi positive til oppmykningen knyttet til en mer individuell tilnærming.

Det er altfor strenge henterutiner lagt opp for pasienter som bruker Benzodiazepiner.

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

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

Vi skulle ønske det var spesifisert litt bedre hvor mange nedtrappings forsøk som kreves før man evt. kan kvalifisere til fast benzo.

Vi mener at pasienter som er i behov av benzodiazepiner bør tilbys psykososial støtte og behandling for sine lidelser helt **uavhengig** av om de trapper ned sin medisin. Vi vet at mange pasienter i LAR sliter med tilgang på psykologtjenester og traumebehandling/ behandling for søvnproblematikk/angst mm.

Men det er bra at det er en sterk anbefaling på psykososial behandling ved nedtrapping, og at det åpnes opp for vedlikeholdsbehandling, men her må også brukerens medvirkning nevnes. Som i all nedtrapping må det dialog og medvirkning til.

I foreløpige funn fra vår Brukerundersøkelse som ble lagt frem offentlig i august, svarer 37% av respondentene at de bruker forskrevne vanedannende medikamenter. 85% oppgir at disse medisinene er helt nødvendige for dem. Det dreier seg om medikamenter som benzodiazepiner, cannabis preparat, Rohypnol, Lyrica, ADHD medisin, Apodorm, Imovane, Naurantin, Stillnoct og Xanor. Vi mener at retningslinjen ikke tar inn over seg virkeligheten pasienter i LAR lever i, og kompleksiteten mange strever med i forhold til sammensatte behov for helsehjelp.

Det er også bekymringsfullt at LAR medisinerer med noe/moderat benzodiazepin bruk, skal kvalifisere til inndragelse av førerkort. Dette skaper store problemer for folk. Vi opplever også at det står for lite om ADHD og LAR.

Denne anbefalingen bærer preg av å bygge på «forsvarlighetsprinsippet» alene, og ikke den reelle virkeligheten mange LAR pasienter befinner seg i. Vi undres over hvorfor det skal fravikes fra den

normale individuelle behandlingen for akkurat denne pasientgruppen, da smertepasienter mm., som også får forskrevet medikamenter med samme utfordringer knyttet til kombinasjonen av preparater, ikke har de samme stramme kjørereglene å forholde seg til.

Lange tidsperioder med nedtrapping benzo, vil kunne innvirke på den andre behandlingen man skal gjennomgå. Det kan også påvirke evnen til å følge opp de forpliktelsene man har i behandlingen. Langvarig og gjentatte mislykkede forsøk på nedtrapping, vil kunne innvirke på henteordninger og viktige psykososiale aspekter i menneskers liv. Skadepotensiale ved for mange mislykkede forsøk på nedtrapping, er stort. Vi viser til ordlyden i tekst om nedtrapping i LAR i annet kapittel med tanke på forsvarlighet og medvirkning.

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

Praktisk, slik kan anbefalingen følges:

Tverrfaglige team skiller seg vesentlig i fra Ansvarsgruppe. Det fremgår litt utydelig om man nå går bort fra arbeid etter Ansvarsgruppe metodikk med pasienten i sentrum. Ansvarsgruppe er beskrevet i andre viktige dokumenter som omhandler tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning for LAR pasienter. Her ser det ut til at kun mal for oppfølging i helsetjenestene er tatt høyde for.

I pakkeforløp TSB under 3. «Behandling og oppfølging»- samhandling», er begrepet Ansvarsgruppe brukt. Det benyttes også i «sammen om mestring»

Utfordring i samhandlingen med et for stort fokus kun på helsetjenester i sykehus: Tjenestene som kjenner pasienten best, befinner seg gjerne i kommunal sektor. Det er en praktisk utfordring at disse tjenestenes erfaringer med hva pasienten trenger, ikke når frem til spesialisthelsetjenesten.