

Helsedirektoratet

Vår ref.
2021/7620

Deres ref.
21/16077

Saksbehandler
Johan Fredrik Skomsvoll

Dato
3.sept 2021

Hørings svar «legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet»

Anbefaling:

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

1. I tilfeller der fastlege går inn på substitusjonsbehandling har man ikke angitt anbefalt substitusjonspreparat som ved utgående retningslinje.

Anbefaling:

Buprenorfin og metadon anbefales som substitusjonslegemiddel i LAR. Ved utilstrekkelig effekt eller alvorlige bivirkninger bør langtidsvirkende morfin eller Levometadon vurderes.

1.

Levometadon:

Levometadon anbefales ved bivirkning som eksempelvis forlenger QTc ved bruk av metadon. Denne problematikken er drøftet i RELIS hvor man viser til at det ikke foreligger dokumentasjon på at Levometadon gir mindre risiko for forlenget QTc tid sammenlignet med racemisk metadon.

[\(Ger levometadon mindre QT-påverkan än racemiskt metadon? \(relis.no\)\)](#)

Denne vurderingen understøttes også av det hjertemedisinske fagmiljøet i vårt HF hvor man ikke kan tilrå bruk av Levometadon hos pasienter med forlenget QTc tid.

2.

I utgående retningslinje (IS-1701) var det en klar anbefaling ift legemiddelvalg i LAR basert på en forsvarlighetsvurdering. I høringsutkastet vises det fortsatt til at pasienter på metadon løper større risiko for død (også overdosedødsfall) sammenlignet med pasienter på buprenorfin.

Individuell tilnærming og vektlegging av pasientens erfaringer ved valg av substitusjonslegemiddel er viktig, men bør ikke gå på bekostning av det man anser som forsvarlig behandling. Det bør derfor presiseres i retningslinjen at buprenorfin fortsatt er å anse som et tryggere behandlingsalternativ enn metadon.

Anbefaling:

Opptrapping på buprenorfin eller metadon i LAR kan gjøres poliklinisk eller i døgnenhet. Poliklinisk opptrapping på metadon forutsetter etablering og etterlevelse av særlige rutiner for å redusere risiko for overdose.

Praktisk:

1. Opptrapping av metadon hos pasienter med høy toleranse (på døgnenhet) er i motsetning til utgående retningslinjer strukket over lengre tid (6 døgn mer enn foregående retningslinje dersom

mål dose er 80mg). Har man her hensyntatt kliniske erfaringer? Man har i vårt helseforetak god erfaring med nåværende opptrappingsregime. Pasientene følges tett og man justerer opptrappingshastighet med bakgrunn i kliniske observasjoner. Man bør kunne ta hensyn til tidligere behandlingshistorikk når man planlegger opptrapping.

Anbefaling

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

Ingen innspill

Anbefaling:

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

Ingen innspill

Anbefaling

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

Ingen innspill

Anbefaling

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

1. Urinprøver:

I praksis betyr dette at pasienter kan gå lenge før man evt oppdager et tilbakefall. Aktuelt med hyppigere samtale med pasient? Hyppigere kliniske vurderinger?

Anbefaling:

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

1. Når man åpner opp for ustabile pasienter kan disponere LAR legemidler relativt kort tid etter oppstart, vurderes dette uforvarlig. Man tar ikke hensyn til type LAR preparat. Hvordan forventer man at helsevesenet skal beskytte 3 part?

2. Hva tenker man er forsvarlig hos stabile pasienter og egenadministrasjon? 2 uker? 3 uker? 4 uker? Hva tenker man ift dokumentasjon av rusfrihet?

Anbefaling:

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

Ingen innspill

Anbefaling:

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

1. Burde vært angitt som anbefaling nummer 1.
2. Bør være tilstrekkelig å angi at pasientene skal inn i pakkeforløp hvor det presiseres at kommune skal involveres.

Generelle tilbakemeldinger:

1. Bør presiseres hvem som sitter med reseptansvar. Ulik praksis på dette i dag.
2. Man savner hva som ligger i begrepet «overført pasient». Hva forventes ivaretatt av førstelinje og hva forventes ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Kristin Holum Smedsrud

Klinikksjef

Klinikk for rus og avhengighetsmedisin

Kopi til: Fagdirektør Birger Endreseth