

Høringsuttalelse LAR Vestfold

Revidert nasjonal faglig retningslinje for behandling ved opioidavhengighet

Generelle kommentarer:

Det bør være en oversikt innledningsvis over de ti hovedanbefalingene. Manglende kapitteloversikt gjør det vanskelig å navigere og følge underoverskriftene videre. Retningslinjen fremstår noe uferdig.

Det er behov for en generell språkvaske av retningslinjen for å sikre at de samme ordene/formuleringene er gjennomgående. Eksempel:

- Tverrfaglig oppfølgingsteam (tidligere ansvarsgruppe)
- Statsforvalteren (Fylkesmann/fylkeslege)

Begrepene fra pakkeforløp er ikke benyttet gjennomgående i retningslinjen, og det henvises lite til innførte standardbegreper som "basis kartlegging" gjennom anbefalingene.

Det mangler henvisning til pakkeforløp for somatisk helse og levevaner.

Det ønskes også tydelige anbefalinger vedrørende langtidsoppfølging med helsekontroller for pasienter i LAR, for eksempel om det anbefales årlig EKG hos pasienter som behandles med metadon.

Retningslinjen er lite integrert med føringer og begreper fra andre sentrale retningslinjer og anbefalinger for rehabilitering og rusbehandling. Løsrivelsen gir inntrykk av at LAR behandling og vurdering om LAR gjennomføres med andre standarder for hva en tenker er god utredning i TSB for øvrig.

Vi anbefaler at retningslinjen legges opp i tråd med pasientens møte med helsetjenesten, og at man går fra det generelle til det mer LAR spesifikke. Anbefaling nummer 10 - om helhetlig og koordinert rehabilitering bør derfor plasseres svært tidlig i retningslinjen. Det er bra at retningslinjen er laget ut fra anbefalinger med fokus på kunnskapsbasert praksis, selv om forskningen kan være sprikende.

Retningslinjen er detaljert og i hovedsak i tråd med det vi har fra før, men legger opp til at det lettere kan bli konflikt og uoverensstemmelser mellom pasienter og spesialisthelsetjenesten. Vi tror at det oftere vil komme konflikter mht. balansen mellom brukermedvirkning og forsvarlighetsprinsippet.

Generelt gjennomgående i hele retningslinjen at det er lege i LAR som gjør vurderingene. Det vektlegges lite tverrfaglige vurderinger både innledningsvis og gjennomgående i behandlingen.

Det er forståelse for at det kan handle om ulik organisering. Det er store forskjeller i hvor tett kontakt ansvarlig lege har med de som er ansvarlig for utlevering av medikamenter, vurdering av ruspåvirkning og behov for eventuelle kontroller. Det fremgår ingen anbefaling om hva som må til for å sikre helhetlig forsvarlig behandling.

Hvordan bør LAR være organisert for å sikre forsvarlighet utenom legens egen vurdering, gjennom samarbeidet med fastleger og utdelingssteder/ordninger? Det er ønskelig at retningslinjen sier noe mer om ansvarsfordeling mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste.

Økt brukermedvirkning:

Nødvendig og tidsriktig vridning i retning vekting av pasientperspektiv og brukermedvirkning, men som kan være vanskelig å gjennomføre. Retningslinjen tar en dreining som flytter mer ansvar bort fra helsepersonell og over på pasientene, med mindre grad av objektive kontrolltiltak og større grad av klinisk samtale ut fra pasientenes opplevelse. Det er i denne sammenheng en bekymring for at brukerperspektivet og forsvarlighetskravet kommer i konflikt.

Det bør være en innledende drøfting av forsvarlighetsbegrepet.

Det er beklagelig at arbeidsgruppens mandat knyttet til naltrekson ikke er fylt, og at behandling med naltrekson ikke er inkludert i de nye retningslinjene (se detaljer under anbefaling 2).

Det gis føringer for hvordan hensyn skal vektas i forhold til LIS-avtalen, og det er en fare for at helseforetakene blir mer restriktive ved legemiddelbytter.

Utfordringer knyttet til bivirkninger og kartlegging av bivirkninger er spesielt aktuelt fordi pasienter selv ikke har anledning til å betale egenandel som mellomlegg ved ønske om annet generisk preparat. Det bør vurderes om pasienter selv skal kunne få anledning til å betale en egenandel ved legemiddelbytte.

Anbefaling 1:

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

Sterk anbefaling

Innspill til anbefalingen

De generelle kriteriene for inntak i LAR synes uendret og i tråd med dagens praksis.

Det snevres raskt inn mot en diagnostisk vurdering fra lege i LAR.

Alle pasienter i TSB skal tilbys en bred og god innledende tverrfaglig basis kartlegging og eventuell utvidet utredning. Det er vanskelig å se at pakkeforløpet og kravene til tverrfaglige vurderinger (medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig) er ivaretatt her.

Innspill til praktisk

Inntak i LAR bør organiseres i tråd med pakkeforløp TSB, der en tverrfaglig kartlegging og vurdering ligger til grunn for valg av behandlingsnivå og innhold.

Innspill til begrunnelse

Diagnostisk vurdering av opioidavhengighet etter over ett års opphold. Dette er ikke i tråd med diagnostiske kriterier. Det bør heller vektlegges at risiko for tilbakefall er begrunnelse for eventuelt reinntak. Det bør fremgå at pasienter som ikke har brukt opioider over lang tid, «kan» vurderes for LAR behandling, ikke "skal" slik det står i dag.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Forskningsgrunnlaget for annen behandling av opioidavhengighet er sparsomt. Dette vil gjøre det utfordrende å tilby alternativer til pasienter som henvises til LAR uten behandlingserfaring eller ved veldig ung alder.

Anbefaling 2:

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

*Sterk anbefaling***Innspill til anbefalingen**

Hovedanbefaling i tråd med tidligere retningslinje.

Langtidsvirkende morfin som referert til er foreløpig offlabel. Det er overraskende at en retningslinje oppfordrer til vurdering av bruk av medikamenter som pr nå er offlabel, og vi er skeptiske til dette. Det bør eventuelt bli klarere spesifikt hva slags medikamenter som kan være aktuelle.

Det bør også fremgå at det trolig blir vanskelig å etablere forsvarlige utleveringsordninger med flere utleveringstidspunkt i løpet av døgnet. Dette gjelder også hvordan LAR og pasienter skal forholde seg til valg av behandlingstilnærming dersom en tenker dette er den optimale behandlingen, men den ikke lar seg gjennomføre.

Buprenorfin-nalokson tas tilnærmet ut av anbefaling, begrunnet i at medikamentet også er omsettelig og kan feilbrukes. Vår oppfatning er at dette er en motsigelse. Klinisk erfaring og brukererfaring er at LAR medikamenter «lekker ut til tredje part». Hovedanbefalingen burde derfor være at kombinasjonspreparater fortsatt bør anbefales for pasienter med dårlig rusmestring. Feilbruk av disse medikamentene reduserer overdosefare sammenlignet med mono preparat.

Det burde tas inn at bruk av kombinasjonspreparat reduserer overdosefare ved feilbruk/injeksjon. Dette kan være et viktig moment når man vurderer oppstart i LAR med pasienter med dårlig rusmestring. Dette er en viktig del av LARs vurdering av forsvarlig behandling.

Det er som nevnt beklagelig at arbeidsgruppens mandat knyttet til naltrekson ikke er fylt, og at behandling med naltrekson ikke er inkludert i de nye retningslinjene. Vi oppfordrer Helsedirektoratet til å finne en løsning på hvordan langtidsvirkende naltrekson kan tas i bruk som alternativt medikament i behandling av opioidavhengige i Norge, og her følger en begrunnelse for dette:

I Norge har vi erfaring med bruk av langtidsvirkende naltrekson i behandling av opioidavhengige siden 2012. Først gjennom studien: "Optimal Prevention of Overdose Deaths and Opioid Relapse Following Discharge: A Multi-Center RCT of Naltrexone Versus Buprenorphine in Norway" (XR-NTX vs BP-NLX studien), dernest gjennom den pågående studien; "Long Acting Naltrexone for Opioid Addiction: the Importance of Mental, Physical and Societal Factors for Sustained Abstinence and Recovery" (NaltRec studien).

Vi er kjent med at forskningsgruppen bak de to studiene har publisert forskningsartikler av høy kvalitet som viser gode resultater for bruk av langtidsvirkende naltrekson i behandling av opioidavhengighet. Vi har fått tilbakemeldinger fra både pasienter og klinikere som har gode

erfaringer med behandling med naltrekson, erfaringer som samsvarer med de publiserte forskningsresultatene. Et mest mulig differensiert behandlingstilbud er avgjørende for at flest mulig opioidavhengige kommer inn i effektive behandlingstiltak. Behandling er en avgjørende faktor for å redusere overdosefare og bedre fysisk og psykisk helse hos opioidavhengige. Vi vurderer at langtidsvirkende naltrekson vil være et viktig supplement for å styrke behandlingstilbudet til opioidavhengige.

Innspill til praktisk

"Alvorlig bivirkning" defineres mer utvidet som ikke-forbigående plager, som gir nedsatt livskvalitet og redusert mulighet for å nå sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå.

Bivirkninger som beskrives som viktige i valg av medikament er nå tydeligere fokusert på brukers opplevelse av egen behandling og opplevde bivirkninger (for eksempel livskvalitet), og mindre på det medisinske. Det er ønskelig med en tydeligere beskrivelse av hvordan medisinske bivirkninger skal utredes (poliklinisk, døgn, selvrapport?). Uten tydeligere retningslinje her, vil dette kunne føre til uenighet mellom pasienter og behandlere. Dette kan også øke risikoen for ulik behandling mellom LAR tiltak.

Pr i dag er det utfordrende å få til en god utredning av bivirkninger, da pasientene ofte har komorbide psykiske og somatiske lidelser som påvirker symptombildet. Dette kan forveksles med reelle bivirkninger ved opioidbehandling. Retningslinjen pr i dag vektlegger pasientens subjektivt opplevde ubehag, som kan ha andre årsaker som begrunnelse for medikamentbytte på lik linje som medisinske årsaker. Det er positivt at det vises til tabell (side 21).

Å utvide bivirkningsbegrepet kan føre til ytterligere fokus fra pasientens side på medikamentet som det mest virksomme i legemiddelassistert rehabilitering. Løsningen på opplevd ubehag kan bli ytterligere vurdering av medikamentbytte, noe som igjen kan føre til at det blir vanskelig å fokusere på andre mulige årsaker som kan være virksomme tiltak.

Innspill til begrunnelse

I retningslinjen fremgår det nå at samfunnsmessige betraktninger i mindre grad skal vektlegges i vurdering av medikamentvalg. I anbefalingen fremgår dette tydelig "ikke gyldig argument at medisinen er mer egnet ut fra generelle samfunnsmessige betraktninger, for eksempel faren for videreomsetning av medikamentet".

Vi forstår dette som at ansvaret for riktig bruk og oppbevaring jf. avtaler med LAR nå i større grad gis til pasientene, og at det ved uheldige hendelser må vektlegges at pasienten er gitt ønsket behandling i tråd med retningslinjen slik den nå ser ut til å bli.

Innspill til kunnskapsgrunlaget

Ingen innspill.

Anbefaling 3:

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

Svak anbefaling

Innspill til anbefalingen

Opptrappingsanbefalinger er mer detaljert og tydelige enn tidligere, og dette oppleves positivt.

Vi mener at anbefalingen ikke godt nok vektlegger at døgn bør være førstevalget ved opptrapping. Dette leses også ut fra begrunnelsen som gjøres senere, særlig ved opptrapping av metadon. Anbefalingen som sådan strider derfor imot senere begrunnelser og overveielser i teksten. Det fremgår også at dersom man skal bytte legemiddel, bør dette gjøres i døgn. Det er vanskelig å forstå at overgang fra illegal bruk og over til medikamenter ikke anbefales i døgn.

Innspill til praktisk

Det er positivt at opptrappingsplaner nyanseres og at de må tilpasses faktisk bruk i forkant, og er mer individuelt tilpasset pasientens russituasjon før inntak i LAR.

Det vises til erfaringer med at tilbud om opptrapping poliklinisk kan føre til at flere lykkes med opptrapping uten døgninnleggelse. Poliklinisk opptrapping kan være et godt alternativ for noen, men lang observasjonstid slik det fremgår kan gjøre det vanskelig å gjennomføre. Dette skal være et tilbud i spesialisthelsetjenesten og fordrer at LAR tiltaket er organisert poliklinisk med slik tilgjengelighet.

Opptrapping Buvidal - det savnes mer spesifikt i retningslinjen hvor opptrapping skal/bør foregå, og hvilke hensyn som skal tas i valg av dette.

Innspill til begrunnelse

Det vises til generelt innspill til anbefaling.

Opptrapping i døgn beskrives som kostnadskrevende. Det bør bemerkes at en trygg opptrappingsperiode i døgnseksjon, med planlagt utskrivelse og oppfølging i LAR poliklinikk/utdelingssted, kan være mer effektivt (og således kostnadseffektiv) sammenlignet med en mer utfordrende poliklinisk opptrapping.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Ingen innspill.

Anbefaling 4:

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

Sterk anbefaling

Innspill til anbefalingen

De generelle kriteriene for inntak i LAR synes uendret og i tråd med dagens praksis.

Det er bra at vurderingene er gjort tydeligere/mer presisert.

Innspill til praktisk

Ingen innspill.

Innspill til begrunnelse

Det bør presiseres at det er snittvariasjon i døgn doser som presenteres (side 51).

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Ingen innspill.

Anbefaling 5:

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

Innspill til anbefalingen

Støtter anbefaling om at konvertering bør foregå på døgn. Understøtter også at det bør foretas nyoppstart på døgn.

Innspill til praktisk

Nedtrapping utover 2 mg tbl – dvs. plaster - er dette noe spesialisthelsetjenesten skal dekke? Blir det en del av LIS avtalen? Skal det foreskrives og deles ut av LAR? Hittil har det vært lagt til fastlegen og utgiftene har pasienten selv måttet dekke.

Bør rusfrihet være en forutsetning?

Innspill til begrunnelse

Ingen innspill.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Ingen innspill.

Anbefaling 6:

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

Innspill til anbefalingen

Dette er et bra kapittel som er godt oppbygd (innhold og form), det viser begrunnelser som samsvarer med forskning.

TSB og tverrfaglighet bør fremheves mer enn det som gjøres. Stort legefokus, noe som undergraver viktigheten av tverrfaglighet.

«Legen tilbyr samtale ...» (side 70)

«I samtale med lege og pasient ...»

«Regelmessige konsultasjoner med lege ...»

Det bør være en forutsetning at pasientens behandler i LAR / kontaktperson deltar i samtaler der nedtrapping tematiseres og planlegges. Det fremstår igjen som en oppgave kun for lege, men tverrfaglig samarbeid vil være svært viktig for å lykkes og etterfølge en eventuell nedtrappingsplan.

Det fremstår som om tilnærmingen er tilpasset pasienter som har en relativt god fungering. Det er pasienter med store hjelpebehov, og mange kontaktpersoner, som også ønsker å trappe ut av LAR. Dette vil kreve en mer tverrfaglig og koordinert tilnærming, som retningslinjen ikke sier noe om.

Bra at kriseplan nevnes på side 71.

Innspill til praktisk

Ingen innspill.

Innspill til begrunnelse

Ingen innspill.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Ingen innspill.

Anbefaling 7:

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

*Sterk anbefaling***Innspill til anbefalingen**

Krav om urinprøver:

Stikkprøver for pasienter i mestringsfase 3: kun ved konkret vurdering som for eksempel begrunnet i bekymring for tilbakefall. Hvordan fanger man dette opp i en gruppe som har svært lite kontakt med LAR?

Hva må være en minstestandard for oppfølging for rehabiliterte pasienter, slik at man har noen mulighet for å få informasjon om vedlikeholdsbehandlingen foregår som planlagt? Mange har ikke inntektsgivende arbeid (kun 9 % ifølge undersøkelse) – hva slags fungering har de rehabiliterte, hvordan følges de opp? Mange ønsker ikke kontakt med LAR, og sier seg «ferdig» med hjelpeapparatet. Hvor får LAR / fastlege da informasjon om hvordan behandlingen forløper, og hvordan kunne få tak i bekymring?

Jf. for eksempel diabetes - livslang behandling, behov for kontakt med lege jevnlig eller ikke?

Hva er forskjellen på en langvarig opioidbehandling og langvarig annen medikamentell behandling for at lege/behandler skal være trygg på at det som skjer er riktig? Det synes ikke som et inngripende krav at pasienter som mottar en behandling fra spesialisthelsetjenesten møter til kontroller i et slikt omfang.

Jevnlige stikkprøver (3-4 ganger årlig) har vært en mulighet for å komme i kontakt med alle pasienter, og evaluere behandlingen som gis (jf. pakkeforløp). En kan se for seg at urinprøvene erstattes med obligatoriske kontrolltimer, men lege/behandler i LAR vil da mangle objektiv informasjon om faktisk rusmestring å vurdere utfra. Vår kliniske erfaring tilsier at dette er viktig.

Ett år med rusfrihet er kort tid. Rammer og struktur er viktig for mange av pasientene, og tilbakemelding fra flere pasienter tilsier at kontrolltiltak bidrar til rusfrihet.

Stikkprøver har også vært instrumentelle med tanke på dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Det fremgår at pasientene kan ta frivillige prøver på eget initiativ, men det er ikke helt tydelig om dette også gjelder førerkort. Det nevnes generelt «behov for å dokumentere fravær av bruk av rusmidler». LAR har et samfunnsmessig ansvar for å være med på å passe på det trafikale. For alle som har førerkort og er i LAR bør det vurderes å ha jevnlig stikkprøver, jf. førerkortforskriften. Dette gjelder også ved samvær med barn.

Dersom rusmestring skal vurderes utelukkende basert på samtale med pasienten, blir det vanskeligere å få en sikker informasjon om mulig rusbruk.

De diagnostiske kriteriene for avhengighet bør tematiseres noe i forbindelse med redusert bruk av urinprøvekontroller.

Innspill til praktisk

Anbefalinger ved avlegging av urinprøve er diffuse, og vil kunne gi en stor forskjell på pasientbehandlingen i Norge. Vi ønsker tydeligere anbefalinger for bruk av urinprøver.

Innspill til begrunnelse

Ingen innspill.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Det nevnes spyttprøver (side 81), men hva med hårprøver som alternativ? Det er lite forskningsgrunnlag på hårprøver. Basert på erfaring i klinikken ser vi at dette kan være et alternativ for noen pasienter.

Det er lite forskningsgrunnlag i denne anbefaling, og dermed viktig å lytte til høringsinnspillene.

Anbefaling 8:

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 tredje part.

Sterk anbefaling

Innspill til anbefalingen

Anbefalingen sees som en betydelig endring i hvordan vurdere muligheter for ta-med-hjem doser. Den fremstår i mye større grad med fokus på brukermedvirkning og individuelle vurderinger, der man før var bundet av en tydelig retningslinje.

Individuelle utleveringsordninger og vurdering av forsvarlighet legges til lege i LAR (eventuelt fastlege). Det tverrfaglige perspektivet utelukkes i slike vurderinger, selv om det mange steder er behandlere i LAR som har den daglige kontakten med pasientene. Det bør fremgå at legens beslutning ikke gjøres alene, men i samråd med disse.

Fastleges rolle

Fastlegens mulighet til å vurdere forsvarlighet vil avhenge av hvor pasienten mottar daglig dose. Dette gjelder også hvorvidt det er god informasjonsutveksling, slik at elementene i vurderingen ivaretas.

Økt medvirkning og ansvar til pasienten

Vi forstår de nye anbefalingene som en ansvarliggjøring av pasientene i oppfølging av egen behandling, etterlevelse av avtaler, og at det ved uønskede hendelser må vektlegges at det er gjort unntak også etter ønske fra pasient. Vi forstår dette utfra presiseringen av at råd, veiledning og avtaler nedtegnes i journal.

Innspill til praktisk

Det fremgår også videre i anbefalingen at legen har ansvar for å gi nødvendig informasjon om bl.a. trygg oppbevaring av medikamenter. LAR behandler har ansvar for oppfølgingen av behandlingen i det daglige. Det vil mange steder være naturlig at det er LAR behandler som gir påminnelse om viktig informasjon, enten det er oppbevaring av medikamenter eller overdoseforebyggende samtaler. Retningslinjen bør ikke legge opp til at det kun er lege som har ansvar for alle elementene i behandlingen.

Det burde være del av anbefalt kartlegging fram mot ta-med-hjem doser at pasienter med omfattende og avhengighetspreget bruk av rusmidler avlegger urinprøve / hårprøve. Det bør i det

minste gjelde innledningsvis for å understøtte kartlegging som er gjort klinisk av nåværende rusmiddelbruk (se begrunnelse for UP side 78). Således vil UP være et steg mot en mer tilpasset ordning som pasienter selv ønsker.

Cannabis vurderes som et lavgradig rusmiddel, men i større inntakssomfang gir det klare negative effekter på kognisjon. Det er vanskelig å se at man enkelt kan vurdere hvorvidt omfanget kan påvirke f.eks. evne til å ivareta egenadministrering, trygg oppbevaring osv. Dette bør fremkomme mer tydelig.

Det er uklart om stabil, lavgradig bruk av benzodiazepiner også gjelder illegalt anskaffede legemidler, eller om det her siktes til foreskrevne benzodiazepiner, som gir bedre oversikt og gjør det enklere å vurdere forsvarlighet.

I følge Felleskatalogen skal ikke dosen overskride døgndose på 24 mg. Det er behov for å utdype hva som er tanken bak doble doser – hvordan beregne maksdose, hvem som kan få? (side 88).

Innspill til begrunnelse

Helsetjenesten sitt ansvar for at legemidler i pasientens besittelse kommer på avveie, samsvarer ikke med øvrige pasientgruppers ansvar til oppbevaring av legemidler. Det er særlig vektlagt LAR sin plikt til å beskytte tredjepart.

Det vil være vanskelig for LAR tiltakene å ha fullstendig oversikt over pasienters rusmestring, og grad av påvirkning ved inntak av LAR medikamenter. Bruk av urinprøver i økning av ta-med-hjem doser vil være viktig for å sikre objektiv informasjon om pasientens faktiske rusmiddelbruk, og vurdering av alvorligheten i denne.

Det er stor ulempe ved svært generelle kriterier og krav til individuelle tilpasninger/vurderinger: Det er per i dag store forskjeller i de vurderingene som gjøres av leger i LAR. Retningslinjen vektlegger individuelle vurderinger i enda større grad enn det vi er kjent med er gjort fra tidligere. Dette vil høyst sannsynlig kunne resultere i ulike vurderinger og praksis, og således ulik behandling av pasienter i LAR i Norge.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Det er lite forskningsgrunnlag i denne anbefaling, og dermed viktig å lytte til høringsinnspillene.

Anbefaling 9:

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

Sterk anbefaling

Innspill til anbefalingen

Svært positivt at det så tydelig påpekes at det er uforenelig med førerkort.

Vi forstår det som at dette må gjelde pasienter som får forskrevet benzodiazepiner, eventuelt de som i tillegg bruker illegalt. Det er positivt at det åpnes for en reell vurdering av lavdose behandling for pasienter med langvarig legeforskrevet benzo. For den illegale gruppen er det mange utfordringer. Er disse vurdert?

Dersom det gjelder pasienter som også bruker benzodiazepiner illegalt:

Hvordan kartlegger man type medikament og omfang av bruk, når det ofte er tilgangsavhengig?

Hvordan definere avhengighet for brukergruppen som ikke har daglig bruk, men som tidvis etter tilgang bruker dette "jevnlig"?

Nedtrapping/psykososial behandling eller vedlikehold:

Hvem definerer når man har hatt gjentatte forsøk på nedtrapping/behandling?

Hva om pasienter ikke er motivert, eller gjør annen vurdering enn oss om reelle forsøk på nedtrapping?

Vi ser sannsynligvis samme utfordringer som når vi vurderer pasienter som søker LAR, men som ikke har forsøkt andre tiltak som for eksempel langtidsbehandling. Det er vanskelig å avslå dersom pasienten mangler tro på langtidsdøgn og ikke har noen motivasjon for dette, men likevel har et alvorlig, risikofylt og funksjonsnedsettende opioidbruk.

Hvordan gjennomføre en nedtrapping eller motivere til psykososial behandling dersom pasientene ikke har noen tro på at det vil fungere? Behandlingsutfall vil avhenge av en allianse rundt målet med behandlingen. Dersom kontrollert forskrivning fremstår som et alternativ underveis hvis man feiler, vil det ikke bidra til motivasjon for nedtrapping. Dette gjelder særlig for den gruppen som ikke motiveres av for eksempel førerkort.

Innspill til praktisk

Vi mener at benzodiazepiner ikke bør leveres ut i LAR poliklinikker.

Fastlege bør ha ansvar for forskrivning.

Behandlingsplan bør inneholde klare oppfølgingstiltak tverrfaglig mellom fastlege, øvrig kommune og LAR v/lege og ansvarlig behandler.

Fortsatt sterkt fokus på legens vurdering.

Innspill til begrunnelse

Ingen innspill.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Her bør det tydeligere presiseres at;

1. Forskning viser at ikke-medikamentelle tiltak bør danne basis for behandling av søvnlidelser, angst, depresjon og traumer.
2. Man bør vise til andre nasjonale retningslinjer som ikke anbefaler benzodiazepiner som langvarig behandling.

Anbefaling 10:

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

Sterk anbefaling

Innspill til anbefalingen

Retningslinjen bør legges opp ut fra pasientens møte med spesialisthelsetjenesten, og starte med det generelle rundt rusbehandling og normerte forløp (pakkeforløp).

Dette burde være et innledende kapittel, og i enda større grad være et tyngdepunkt i retningslinjen – fremheve at «Dette oppleves som god LAR behandling».

Medikamentvalg og dosering er viktig, men det er de andre områdene av behandlingen som bør framheves, «R» i LAR.

Retningslinjen har sterkt fokus på spesialisthelsetjenesten, med tydeliggjøring av oppgaver. Det står svært lite om kommunale tjenester og oppgaver, og det er disse som har virkemidler og tiltak som må til for å lykkes. Pasientene skal være i helhetlig ramme og koordinerte behandlingstilbud.

Trepartssamarbeidet er mye mer utydelig. Det vises til tilleggsavtaler mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner i tillegg til de lovpålagte. Det er ønskelig med en utdyping av hva en slik avtale skal og bør inneholde, for å unngå utilsiktede forskjeller i oppfølgingen av pasienter på tvers av kommuner.

Kapittelet om rehabilitering i den gamle retningslinjen inneholder mange forslag, og mange av disse burde videreføres i denne.

Innspill til praktisk

I forløpstenkning TSB skal pågående forløp evalueres hver 3. måned, også etter ett år i behandling. Hvordan få til dette?

Fokus på evalueringer der pasienten aktivt deltar og påvirker, og positivt at det knyttes opp mot pakkeforløp. Utleveringsordninger skal bl.a. inn i behandlingsplan, og evalueres i tråd med forløp.

Innspill til begrunnelse

Ingen innspill.

Innspill til kunnskapsgrunnlaget

Forskningsgrunnlag mangler som eget kapittelet jf. øvrige anbefalinger. Er dette uteblitt?