

Utkast til hørings svar - revidert nasjonal faglig retningslinje for behandling ved opioidavhengighet.

Generelt

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon støtter de nye nasjonale faglige retningslinjer og ser særlig positivt på utviklingen innen holdninger, verdier og brukermedvirkning i retningslinjene.

I all hovedsak god inndeling av retningslinjen og et nyttig grep med «praktisk gjennomføring» som eget punkt.

Når vi skriver i all hovedsak er det fordi vi mener det bør vurderes om anbefaling 10 (siste) bør flyttes lenger frem ut fra intensjonen om helhetlig tilnærming og høy grad av brukermedvirkning. Vi ser for oss at den kan flyttes frem og blir nummer tre. Det vil være i tråd med den utvikling innenfor feltet som vi har sett de senere år.

Generelt om begrepsbruk:

Retningslinjen ser ut til å bruke begrepene ansvarsgruppe, tverrfaglig team og tverrfaglig oppfølgingsteam om hverandre om samme forhold. Det er en fordel å holde seg til en av disse i dokumentet, for å unngå misforståelser.

Retningslinjen kan med fordel ha faktabokser, hvor det står forklaring på begreper.

«Craving/sug» er brukt som begrep flere steder. Noen vil oppleve nettopp craving/sug over noe tid, da substitusjonsmedisinen ikke dekker «behovet for å være rusa», men holder en frisk. Teksten fremstår som at ved riktig dose/riktig medikament vil pasienten ikke oppleve craving/sug. Det er etter vår erfaring noe misvisende.

Den nye brukerundersøkelsen til brukerorganisasjonen proLAR Nett bør inkluderes i kunnskapsmaterialet og påvirke formuleringene i noen av punktene i retningslinjen.

Retningslinjen skal beskrive beste praksis – like fullt må den kanskje ta inn over seg mangelen av oppfølging som mange LAR-pasienter beskriver i dag. R'en i LAR har vært et tema i årevis og anbefalingene som nå er fremmet gjør ikke arbeidet mindre ressurskrevende. Per i dag står ideelle aktører for mange lavterskel-, behandling- og oppfølgingstilbud. Dette bør synliggjøres som ressurs i retningslinjen.

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

Retningslinjen legger i for stor grad vekt på vurderingen til lege i TSB og for lite på tverrfaglighet. Etter vårt syn burde en prioritering av avsnittene startet med avsnitt nummer to: «valg av behandlingsmetode kartlegges tverrfaglig, herunder erfaring med rus- og avhengighetsbehandling, tidligere overdoser, somatisk og psykisk helsetilstand og nåværende livssituasjon». Deretter avsnitt nummer én der legen etter drøfting i tverrfaglig

spesialisert vurderingsenhet foretar en skjønnsmessig helhetsvurdering av relevante individuelle forhold, vurdert opp mot kunnskapsgrunnlaget.

Retningslinjen burde videre konkretisere tverrfaglighet til å inkludere sosialfaglig, psykologfaglig og sykepleierfaglig – og ikke minst at tverrfagligheten er svart ut om en finner kompetansen på tvers av kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Målet er en rask og ubyråkratisk inngang til livreddende hjelp. Vi ser at det i noen tilfeller kan komme i konflikt med god tverrfaglig vurdering.

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

Begrunnelsen bak anbefalingen er et godt eksempel på det vi innledningsvis påpekte som en svært positiv utvikling i brukermedvirkning, holdning og verdigrunnlag bak retningslinjen. Et eksempel: «Å pålegge pasienten å bruke et legemiddel som gir ubehag og bivirkninger hvis det finnes andre legemidler med samme substitusjonsvirkning med mindre bivirkninger for pasienten, er et inngripende tiltak. Helsetjenesten må foreta individuelle vurderinger av bivirkningenes art og forløp, og det må klart framgå av saksdokumentene at dette er gjort».

Behandling med bruk av legemiddelet Metadon er tydeligere beskrevet noe som er nyttig for ansatte i tjenestene.

Om «Ved utilstrekkelig effekt» - Retningslinjen beskriver godt at helsetjenesten skal sikre dialog med pasienten for å sjekke ut effekt. Dialog er imidlertid ikke nok – krever en holdning der pasientens ord veier tyngst.

Retningslinjen mangler noen anbefalinger knyttet til minoriteter. Bruk av tolk kan være assosiert med skam direkte relatert til rusavhengighet. Kvinner kan være ekstra sårbare. Kulturell sensitivitet tilknyttet effekt av legemiddel må bli adressert i retningslinjen.

Den samiske befolkningen må også synliggjøres i større grad, jfr. Grunnlovens §108 og ILO konvensjonen nr. 169, konvensjonen om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Det bør tydeliggjøres i retningslinjen at behandlere aktivt bør kartlegge pasientenes kulturelle bakgrunn i LAR slik at de har mulighet til å tilrettelegge for reell brukermedvirkning og fremme pasientens mestring og selvstendighet. Det som gir mestring og selvstendighet for samiske pasienter kan skille seg fra majoritetsbefolkningen.

Et godt tilbud til samiske brukere forutsetter kompetanse i samisk språk og forståelse for samisk samfunnsliv. Denne kompetansen kan innhentes ved å ha et samarbeid med SANKS, Finnmarkssykehuset.

«Med utilstrekkelig effekt av buprenorfin menes vedvarende fysiske eller psykiske abstinenser, inkludert **craving/sug**, til tross for **høy dose**». Vi mener at denne setningen er uklar, ikke minst definisjonen av hva som er *høy dose og forventninger til effekt/være «frisk»*.

Vår oppfatning er at retningslinjen bør være mer konkret og inkludere en refleksjon knyttet til individuelle forskjeller i toleranse. Kunnskapen om at for høy dose kan gi tilsvarende abstinenser som for lav dose bør også synliggjøres i dette.

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

Vi støtter anbefalingen. Gode formuleringer knyttet til pasientmedvirkning.

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

Vi støtter anbefalingen. Konkrete og praktiske beskrivelser for helsetjenesten og pasienter

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

Setningen «bør gjøres under opphold i døgnenhet» er imidlertid problematisk. Her bør anbefalingen peke på at innleggelse er opp til pasienten og hans ressurser. Noen er i jobb og har forpliktelser knyttet til familie. Individuell vurdering må legges til grunn, og hvis pasienten ønsker poliklinisk nedtrapping, bør oppfølgingen forsterkes.

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

Vi støtter at retningslinjen legger til rette for raskt bytte dersom innbygger som mottar behandling opplever bivirkninger. Dette er et av punktene som vi mener legger til rette for økt brukermedvirkning.

Nedtrapping uten inklusjon med først stabilisering i LAR: Vi er glade for at retningslinjen åpner for å tilby medisinsk nedtrapping også utenfor LAR, i samarbeid med TSB. Vi ser imidlertid en utfordring 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, da jo spesialisthelsetjenesten er involvert. Det vil kunne medføre svært uheldige konsekvenser 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.

Dersom pasienten for eksempel har brukt metadon, så bør metadon benyttes. Vi frykter at ved å nevne Buprenorfin, så begrenses muligheten til kun det.

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

Formuleringene i anbefalingene er absolutt i riktig retning, selv om vi ideelt sett mener at urinprøver kun burde være nødvendig for somatiske undersøkelser og om pasienten ønsker det selv/ uttrykker at hen ønsker urinprøver. Ulempene knyttet til urinprøver er erfaringsvis så mange at retningen på de nye formuleringene er viktig. Vi er heller ikke kjent med et eventuelt kunnskapsgrunnlag som støtter effekten av urinprøver.

Vi oppfatter at formuleringen bryter med grunnprinsippet om individuelle hensyn og har elementer av straff.

Vi foreslår å bytte ut bør med kan; Urinprøver kan vurderes som tillegg.

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

Vi støtter anbefalingen. Gode formulerte råd til pasient og helsetjeneste.

Vi ber Helsedirektoratet i større grad inkludere og vektlegge erfaringer knyttet til utdeling av LAR-medisiner under koronapandemien. Nye tiltak ga åpning og mulighet for positiv og pasientnær endring i praksis. Vi ser at mange innbyggerne, der det er mulig og hensiktsmessig, har hatt positive erfaringer med utkjøring fremfor utdeling/henting. Praksis har redusert stress for innbyggerne og enkelte kommuner har registrert lavere risiko for vold/utagering overfor ansatte.

Fleksibilitet er viktig da det fortsatt vil være innbyggere der henteordning fortsatt er nødvendig. Observasjonstid kan med fordel avgrenses til opptrapping, mistanke om videresalg, eller mistanke om feil inntak.

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

Fagrådet mener at formuleringen rett under «Sterk anbefaling»: «Målet med nedtrapping og psykososial behandling er at pasienten avslutter bruken av benzodiazepiner», er uheldig. Det å klare å stabilisere en opioidavhengighet er i våre øyne mål nummer 1 for å kunne komme i posisjon for videre recovery.

Ordvalget bryter med grunnprinsippet av individuelle hensyn og har elementer av straff.

Vi foreslår «Ved avhengighet til benzodiazepiner hos pasienter i LAR anbefales psykososial behandling og dialog om gradvis reduksjon av benzo og andre rusmidler».

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

Dette støtter vi - det skulle selvfølgelig bare mangle. Dette punktet kunne med fordel stått som en innledning til hele retningslinjen – at brukerinnslytelsen er grunnleggende.