



## Høringsnotat Legeforeningen 04.12.2014. Dok. 8:102 S (2013-2014)

**Fra Legeforeningen møter:** *Kari Sollien, leder i Allmennlegeforeningen, Helge Waal, Prof. Emeritus SERAF og medlem Norsk Forening for Rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)*

Representantforslaget peker på en viktig del av norsk rusbehandling. Legeforeningen mener det er god dokumentasjon som viser at Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fungerer og har en tilfredsstillende utforming. Som et tiltakssystem tilfredsstiller LAR oppdraget slik dette er gitt av Stortinget - med behandlingmessig kvalitet på høyde med internasjonal standard. Det er likevel behov for målrettet forskning og oppfølgende evaluering.

### Legeforeningen mener:

- LAR oppfyller samfunnsoppdraget
- For å kunne målrette tiltak mot overdosedødfall både i og utenfor LAR, er det nødvendig med sikrere kunnskap både om omstendighetene rundt dødsfallene, dødsårsakene, og hvilke medikamenter som er involvert
- Det er bekymringsfullt at det sentrale forskningsmiljøet, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), har en tidsbegrenset støtte frem til 2018. Dersom det ikke sikres videreføring vil viktig og oppfølgende forskning kunne bli vesentlig svekket.
- Forskning om medikamentlekkasje må styrkes

### LAR oppfyller samfunnsoppdraget

Det er mer kunnskap om LAR enn om de aller fleste andre behandlingsformer. SERAF har gjennomført målrettede forskningsprosjekter om utviklingen i rusmiddelbruk, morbiditet, bruk av helsetjenester og kriminalitet før, under og etter LAR. Det er derfor god kunnskap om LARs funksjon på disse områdene. Forskningen viser at LAR reduserer mortalitet, kriminalitet, morbiditet og at flere typer sykdommer får bedre behandling når heroinbrukere kommer inn i LAR-behandling. Dette samsvarer med det samfunnsoppdraget som ble gitt av Stortinget i 1997.

Stortinget understreket også at LAR skulle utvikles som en nasjonal modell med tilgang lokalt og regionalt. LAR er utviklet med tung vekt på samarbeid med fastleger og lokale sosiale tjenester gjennom NAV og kommunale instanser. Fastlegene har en betydelig rolle, som etter Legeforeningens syn er i tråd med Stortingets forutsetninger. SERAF har undersøkt og funnet at den typiske fastlege er positive til oppgaven og verdsetter samarbeidet med pasientene. Samtidig etterlyste fastlegene styrket kvalitet i oppfølgingen og kompetente leger i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen forventer her en bedring av situasjonen etter at HOD besluttet opprettelse av rusmedisin som et eget spesialistområde.

LAR representerer i dag en samarbeidsmodell mellom helseforetak og kommunale instanser som bygger på langsiktig og kontinuerlig ansvarsdeling. Styrke og svakheter ved modellen bør utredes. LAR gir i dag helseforetakene et langsiktig finansieringsansvar både av medikamentkostnader og utleveringskostnader som dekkes innenfor tildelte rammer og foretakene uten øremerkete ressurser. Dette vanskeliggjør utvikling av gode nok utleveringstiltak og mulige dagsentra. Finansieringen av LAR medikamenter og utleveringskostnader bør derfor vurderes. Kommunenes rehabiliteringsansvar bør konkretiseres og utprøves i ulike modeller.

Representantforslaget peker spesielt på noen områder som kan vekke bekymring; graden av kontrolltiltak, lav andel pasienter med individuell plan, usikkerhet knyttet til samarbeid mellom LAR og andre spesialitetsområder, problemer knyttet til LAR i fengsel og problemstillinger rund kvinner i LAR som blir gravide. Alle disse forholdene er berørt i SERAFs statusrapport. Mange av områdene er vurdert og forutsettes fulgt opp gjennom LAR-tiltakenes halvårslige ledermøter. Legeforeningen mener at forutsetningene for bedring på disse områdene er gode innenfor LAR-modellen. LAR bygger

på organisert samarbeid med kommunale instanser og statusrapporteringene er egnet verktøy for å følge opp om dette fører til bedring.

### **Om LAR og dødsfall**

Dødsfall i og utenfor LAR følges av SERAFs statusrapportering. Årlig mortalitet er på ca 1 %. En mulig økning er forventet siden gjennomsnittsalder er økende i en populasjon med betydelig sykkelighet av mange årsaker. Når det gjelder forekomst av mulige overdosedødsfall blant pasienter i LAR, vil Legeforeningen understreke at rapporten bygger på usikre opplysninger og i liten grad på rettsmedisinske undersøkelser eller obduksjoner. Legeforeningen er kjent med at det vil bli gjennomført systematiske registreringer også i 2014 og i 2015, og understreker behovet for støtte til særskilt forskning knyttet til overdosedødsfall. SERAF har for eksempel nylig gjennomført en undersøkelse i knyttet til overdosedødsfall i Oslo. Det er viktig å styrke forskning som setter søkelys på omfanget av medikamentlekkasje. Forskningen bør også belyse hvilke tiltak og former for samarbeid som kan minske problemene.

Legeforeningen understreker at andelen overdosedødsfall blant pasientene i LAR ikke er spesielt høy i Norge. De relativt strenge rutinene ser derfor ut til å ha en beskyttende effekt, men dette område bør følges nøye. Det er dessuten også viktig å følge med på forskrivningspraksis av andre morfinstoffer fra smertebehandling eller andre behandlingstiltak. I mange land er slike smertestillende medikamenter i dag blant de viktigste årsakene til overdosedødsfall.

### **Gratis prevensjon til kvinner i LAR**

Legeforeningen ser at det er utfordringer knyttet til at kvinner i LAR blir gravide. Det er derfor positivt at SERAF har interessert seg spesielt for dette området og har utviklet et internasjonalt samarbeid. Helsedirektoratet har nylig utgitt retningslinjer på dette område som bygger på denne forskningen og på kunnskapsoppsummeringer. Det bør vurderes om kvinner i LAR skal tilbys gratis prevensjon med egnet middel. Legeforeningens mener dagens praksis er kunnskapsbasert, men ser også behov for videre forskning. SERAF er i gang med flere typer forskning som er viktig for videre utvikling og kvalitetsarbeid. Senteret har aktuelle forskningsplaner som begrenses av manglende midler. Legeforeningen mener statlig bidrag til denne forskningen er viktig. Forskning knyttet til dødelighet i og utenfor LAR, LAR i fengsel og LAR til gravide med oppfølging av deres barn bør styrkes og ha direkte statlig finansiering.

### **Utbyggingen av rehabiliteringsmuligheter og helsetjeneste i fengsel må intensiveres**

LAR-pasienter kan vanskelig få rehabiliterende tiltak uavhengig av fengselets muligheter og tradisjoner. Innsatte som ønsker LAR søker på vanlig måte med tiltaksplan og et strukturert samarbeid for rehabilitering etter løslatelse. LAR kan derfor fremme en mer langsiktig innsats. Det er imidlertid flere rapporter om at medikamentutlevering og helseoppfølging i fengslet er utilstrekkelig, og at medikamentene utleveres av fengselsbetjenter med utilstrekkelig skoleing. Det er derfor godt begrunnet å intensivere utbyggingen av rehabiliteringsmuligheter og helsetjeneste i fengslet. Dnlf vil påpeke at den reelle kunnskapen om bruken av LAR-medikamenter i fengslet, herunder salg eller videreformidling er utilstrekkelig. SERAFs forskningsprosjekt "Kartlegging av helsesituasjon, rusmiddelbruk og behandlingsmotivasjon blant innsatte i norske fengsel" vil kunne gi viktig kunnskap.

### **Utleveringskontrollen for medikamenter må graderes - og styrkes for metadon**

Retningslinjene fastslår generelle rutiner for utlevering uavhengig av legemiddel på tross av vesentlig større fare for overdose ved bruk av metadon. Legeforeningen støtter anbefalingen i SERAFs statusrapport om gradering av kontroll knyttet til medikamenttype. Utleveringskontrollen for metadon bør styrkes. Kontrollen ville kunne bedres om LAR-tiltakene i større grad kunne bygge på dagtilbud med utleveringsrutiner. Kontrolltiltak ved urinprøver og kontakt sikrer at selve behandlingen har god medisinsk kvalitet. Etter Legeforeningens vurdering viser SERAFs statusrapport at dette kontrolltiltaket er tilfredsstillende ivarettatt. Streng kontroll med daglig fremmøte og overvåket inntak vil kunne være en hemsko i rehabiliteringsprosessen og vanskeliggjøre yrkesmessig- og sosial rehabilitering. Legeforeningen mener LAR her står i et spenningsfelt mellom flere hensyn og at man må finne et kompromiss som balanserer behovene.

## Referanser

1. Anchersen K, Clausen T, Gossop M, Hansteen V, Waal H. Prevalence and clinical relevance of QTc prolongation during methadone and buprenorphine treatment: A mortality assessment study. *Addiction*. 2009;In press.
2. Anchersen K, Clausen T, Gossop M, Hansteen V, Waal H. Prevalence and clinical relevance of corrected QT interval prolongation during methadone and buprenorphine treatment: a mortality assessment study. *Addiction*. 2009;104(6):993-9.
3. Bukten A, Roislien J, Skurtveit S, Waal H, Gossop M, Clausen T. A day-by-day investigation of changes in criminal convictions before and after entering and leaving opioid maintenance treatment: a national cohort study. *BMCPsychiatry*. 2013;13:262.
4. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I, et al. Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction*. 2012;107(2):393-9.
5. Bukten A, Skurtveit S, Stangeland P, Gossop M, Willersrud AB, Waal H, et al. Criminal convictions among dependent heroin users during a 3-year period prior to opioid maintenance treatment: a longitudinal national cohort study. *J Subst Abuse Treat*. 2011;41(4):407-14.
6. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;94(1-3):151-7.
7. Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*. 2009;104(8):1356-62.
8. Gurrik T, Haga W, Hole R, Spilhaug G, Waal H. MAR I NORGE - Utvikling, utfordringer og perspektiver. Oslo MARIO, 2002.
9. Hansen MBe, Kornør H, Waal H. SKR-rapport nr 7/2004 Bidrag til evaluering av Legemiddelassistert rehabilitering i Norge (Contributions to evaluation of medication assisted rehabilitation in Norway). Oslo: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitet i Oslo (Unit for Addiction Medicine, University of Oslo), 2004.
10. Havnes I, Bukten A, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Clausen T. Reductions in convictions for violent crime during opioid maintenance treatment: a longitudinal national cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012;124(3):307-10.
11. Kornør H, Waal H. Metadondose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikamentassistert rehabilitering. *Tidsskr Nor L'geforen*. 2004;124 332-4.
12. Ravndal E, Lauritzen G. [Opiate users in methadone-assisted rehabilitation one year and two years after admission]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*124(3):329-31. 2004.
13. Skeie I, Brekke M, Lindbaek M, Waal H. [General practitioners can take responsibility for medication-based rehabilitation]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007;127(3):296-7.
14. Skeie I, Brekke M, Lindbaek M, Waal H. Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*. 2008;8:43.
15. Waal H. Merits and problems in high-threshold methadone maintenance treatment. *Evaluation of medication-assisted rehabilitation in Norway 1998-2004*. *Eur Addict Res*. 2007;13(2):66-73.
16. Waal H, Brekke M, Clausen T, Lindbaek M, Rosta J, Skeie I, et al. General practitioners' views on drug-assisted rehabilitation. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2012;132(16):1861-6.
17. Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*. 1999;353(9148):221-6.
18. Sarfi M, Smith L, Waal H, Sundet JM. Risks and realities: dyadic interaction between 6-month-old infants and their mothers in opioid maintenance treatment. *Infant BehavDev*. 2011;34(4):578-89.
19. Sarfi M, Martinsen H, Bakstad B, Roislien J, Waal H. Patterns in sleep-wakefulness in three-month old infants exposed to methadone or buprenorphine. *Early HumDev*. 2009;85(12):773-8.
20. Lund IO, Fischer G, Welle-Strand GK, O'Grady KE, Debelak K, Morrone WR, et al. A Comparison of Buprenorphine + Naloxone to Buprenorphine and Methadone in the Treatment of

Opioid Dependence during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. Substance abuse : research and treatment. 2013;7:61-74.

21. Lund IO. Pregnant women in opioid maintenance treatment: Maternal and neonatal outcomes. Oslo: University of Oslo; 2013.

22. Konijnenberg C, Melinder A. Prenatal exposure to methadone and buprenorphine: a review of the potential effects on cognitive development. Child Neuropsychol. 2011;17(5):495-519.

23. Konijnenberg C. A prospective study of the cognitive development of children prenatally exposed to opioid maintenance treatment (OMT). Oslo: University of Oslo; 2013.

24. Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK, Ravndal E. Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. A national prospective study. Eur Addict Res. 2009;15(3):128-34.