



We Shall Overcome

Bruker- og interesseorganisasjon for menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet innen psykisk helse

Stiftelsesår: 1968 / Org.nr.: 980 334 597

post@wso.no – www.wso.no

Oslo 02.06.2021

Hørings svar Nasjonal veileder for ordinerings av vanedannende legemidler.

WSO takker for muligheten til å komme med høringsinnspill til Veilederen. Det er positivt at Helsedirektoratet tar tak i problemstillingene rundt vanedannende medikamenter, og foreskrivning av disse. Det er allikevel fare for en underforstått «moralisme» i det ensidige fokuset på vanedannende medisiner som opiat, benzodiazepiner etc. Tilsvarende problemer er å finne ved langvarig bruk og seponering av ikke-vanedannende medisiner som ulike typer psykofarmaka. Selv om disse ikke klassifiseres som vanedannende i tradisjonell forstand er det en økende forståelse for at legene har ignorert og undervurdert seponeringsproblematikk og problemer som følge av langtidsbruk.

Særlig benzodiazepiner er kjent for å kunne være en midlertidig hjelp ved seponering av nevroleptika, og kan i vår erfaring i en del tilfeller være et bedre alternativ enn nevroleptika for å komme over akutte kriser. Disse medikamentene har sin plass ved kontrollert bruk.

Angående forslag til bruk antidepressiva som et alternativ til vanedannende medikamenter s.8

Vi har merket oss helsedirektoratets forslag om å bruke ikke vanedannende medisiner som f.eks. antidepressiva som et alternativ til de vanedannende medisinene i den nasjonale veilederen. Flere medikamenter klassifisert som psykofarmaka brukes i dag på andre indikasjoner enn rene psykiatriske problemstillinger som f.eks ved insomni og smertebehandling for å nevne noe, inkludert nevroleptika.

Det er dypt problematisk å presentere ikke vanedannende medisiner som antidepressiva som et alternativ til de vanedannende medikamentene uten videre utdyping av problemene knyttet til langvarig bruk av disse samt problemer pasienter kan få med nedtrapping/seponering. Selv om antidepressiva ikke klassifiseres som vanedannende i Norge, er det allikevel slik at mange pasienter ved langvarig bruk vil ha store problemer med å slutte med dem grunnet uholdbare seponeringsreaksjoner/abstinenser. Selv om det ikke foreligger en mental avhengighet vil utfordringer med seponering være så krevende at

pasienter velger å fortsette bruk til tross plagsomme bivirkninger eller at indikasjon for bruk ikke lenger foreligger.

Disse seponeringsreaksjonene ligner de utløst av andre vanedannende medisiner. Studier fra Storbritannia viser at så mye som 40% opplever "severe withdrawal symptoms" ved seponering av antidepressiva med varighet på over ett år.

Referanse:

<http://prescribedrug.org/wp-content/uploads/2018/09/APPG-PDD-Antidepressant-Withdrawal-Patient-Survey.pdf>

Vi viser også til rapporten fra "Public health England - Dependence and withdrawal associated with some prescribed medicines. An evidence review.", hvor antidepressiva er inkludert.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940255/PHE_PMR_report_Dec2020.pdf

Helsedirektoratet bør utvise stor forsiktighet ved å komme med forslag som potensielt bare erstatter ett problem med et nytt. Farene ved langvarig bruk av antidepressiva, nevroleptika og annen psykofarmaka er lite anerkjent og vesentlig underkommunisert fra både fagfeltet og helsemyndighetene i Norge. Kunnskapsnivået om nedtrapping av slike preparater er generelt svakt både hos almenpraktiserende leger og i spesialisthelsetjenesten.

Om nedtrapping/seponering ved langvarig bruk s. 11-12, 21-25

Vi opplever at veilederen er mangelfull og lite konkret i henhold til nedtrapping/seponering. Det er nyttig at veilederen løfter frem følgende punkter: Legen skal bruke tilstrekkelig tid med pasienten for å skape en felles forståelse av problemet, individuell tilpasning, arbeid med motivasjon, brukermedvirkning, regelmessig og tett oppfølging og støtte under nedtrapping. Det er også konstruktivt at man legger til at pasienten må få informasjon om seponeringsreaksjoner, at man legger opp til en stabilisering av forbruk og gir færrest mulig typer vanedannende legemidler under nedtrapping. Veilederen sier i stor grad noe om rammene nedtrappingen skal foregå under.

Det er imidlertid mangelfullt om selve nedtrappingen og hvordan denne kan utføres i praksis. Det vises til at fastlegen skal ha lav terskel for rådføring og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Vi savner allikevel mer informasjon om hvordan også spesialisthelsetjenesten skal utføre en slik nedtrapping/seponering. Det er stipulert at en gradvis og langsom nedtrapping er mer fordelaktig enn en brå seponering, men utover dette tilbyr veilederen lite veiledning på dette punktet. Dette vil i praksis avhenge av legens individuelle kunnskapsnivå og eget skjønn. Dette er problematisk når vi vet at det er et generelt lavt kunnskapsnivå også i spesialisthelsetjenesten når det gjelder nedtrapping og seponeringsproblematikk.

Vi noterer oss en klar forbedring i at det foreligger et krav om at nedtrapping vurderes som en del av oppfølgingen ved langvarig bruk (s.25).

Vi ser at veilederen gir visse spesifikke råd om tidsangivning på nedtrapping. Det er viktig å understreke at slike råd ikke kan være absolutte. Noen vil trenge en mer langsom nedtrapping, en for rask seponering kan derfor være uheldig og skadelig for enkelte.

Nedtrapping ved langvarig bruk bør gjøres i tett samarbeid med pasienten og være individuelt tilpasset da nedtrappings og seponeringsreaksjoner utarter seg svært ulikt fra person til person. Noen kan slutte på relativt kort tid og oppleve få seponeringsreaksjoner/abstinenser. Andre vil behøve en svært langsom nedtrapping. Dette er erfaringer vi har gjort oss især med tanke på nedtrapping av ulike typer psykofarmaka.

Varighet av medikamentell behandling s.9

I veilederen er det stipulert en maksgrense på bruk av benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende legemidler på fire uker. Vi er enige i at langvarig bruk bør unngås, men det er viktig at man også her bruker skjønn og ikke lager et absolutt krav. Veilederen bør også ta opp mulige alternativer til slik behandling utover legemidler som antidepressiva. Dette mangler i stor grad.

Vi ber også veilederen tillegger potensiell suicidfare under sin liste over symptomer på seponeringsreaksjoner (s.24)

Nedtrapping på institusjon s.16

Det er vår erfaring at man ikke kan forvente å få tilstrekkelig med tid for seponering av f.eks opioder på avrusningsklinikk. Vi nevner som et konkret eksempel Enhet for avrusning, Avdeling for TSB, Sanderud, Sykehuset Innlandet. Det oppgis på nettsiden at man vektlegger individuell tilpasning og at oppholdene til vanlig har en lengde på 2-8 uker. Tilbakemeldinger vi får fra pasienter og spesialisthelsetjeneste er at det kun gis en ti dagers innleggelse for avrusning til alle uavhengig av problematikk. Dette innebærer dermed en uforvarlig rask nedtrapping. En for rask nedtrapping/seponering kan lede til et så uutholdelig symptomtrykk grunnet abstinenser/seponeringsreaksjoner at pasienten ender tilbake på legemidlene vedkommende var avhengig av, en økning av dose, potensielt illegalt bruk og i verste fall suicid. Mange vil ikke klare en nedtrapping i et slikt tempo. Det er ugunstig og demotiverende for pasienter å ha gjennomføre slike raske avrusningsforsøk dersom man ikke lykkes. Etter endt opphold henvises de tilbake til poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten, et tilbud som ikke var tilstrekkelig i første omgang. Pasienter som ikke klarer å nedtrappe poliklinisk avstår også fra tilbud om nedtrapping ved institusjon da de får tilbud om altfor kortere innleggelser. Helsedirektoratet må legge til rette for at pasienter får like muligheter for institusjonsbehandling for avrusning uavhengig av hvor de bor i landet. Per i dag er det store individuelle variasjoner fra behandlingssted til behandlingssted.

Manglende kompetanse

Det er viktig å bemerke at leger under utdanning tilegner seg kunnskap om ordinerings/bruk, bivirkninger og avhengighet. Det er derimot et kunnskapshull både hos fastlege, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i hvordan trappe ned/seponere på en forsvarlig måte. Hvordan tenker Helsedirektoratet at disse kunnskapshullene skal tettes i praksis?

Fastlegens ansvar s.4

Anbefalingene på dette punktet er en kjærkommen forbedring med tanke på samhandling og ansvarsfordeling. I dag merkes utfordringer med rekvirering av legemidler fra ulike leger og behandlingssteder hvor ingen har den fulle oversikten ("mange kokker") og hvor ingen har det helhetlige ansvaret for pasientens legemiddelbruk.

Det er også gjort erfaringer med legers berøringsangst i å legge seg opp i pasientens legemiddelbruk dersom denne er forordnet av noen andre. Pasienten faller mellom stoler når ingen tar på seg det helhetlige ansvaret for pasientens medikamentelle behandling. Dette kan føre til problemer med polyfarmasi og uheldig langvarig bruk.

Det er et kjent problem at Norge står overfor en fastlegekrise i dag med omfattende rekrutteringsproblemer. Flere steder har den manglende rekrutteringen ført til at pasienter mangler fastlege og er nødt til å ta til takke med sporadiske timer hos ulike fastleger. Det vil være utfordrende å tilby disse pasientene den kontinuiteten og oppfølgingen veilederen legger opp til. Hvordan skal dette løses? Det er et generelt problem at fastleger har enormt mange pasienter på sine lister. Det har vært en trend i at mer og mer ansvar tilskrives 1.linje, herunder fastlegen, og at deres arbeidsoppgaver har økt i omfang. Fastlegen har ofte ikke kapasitet til å følge disse pasientene så tett som behovet tilsier. Konsultasjonene er for sjeldne og av for kort varighet. Det er vanskelig å se hvordan fastlegen kan følge opp disse pasientene på en forsvarlig måte, også med tanke på nedtrapping. Det er stipulert at det er «behandlende lege» som skal iverksette en avslutning ved langvarig tilvendt bruk av vanedannende legemidler (s11). Mange pasienter starter sin legemiddelbehandling ved sykehus/spesialisthelsetjenesten for så å bli overført til sin hjemkommune. Sykehus/spesialisthelsetjenesten har ofte ikke kapasitet til å følge opp pasientenes legemiddelbruk iberegnet nedtrapping slik veilederen angir. Ansvaret overføres videre til fastlegen som også har manglende kapasitet til å iverksette og følge opp en eventuell nedtrapping. Det er vanskelig å se hvordan denne veilederen skal følges i praksis.

Legevakt (s.5) og klinisk kommunikasjon (s. 15)

Vi erfarer at pasienter med smertelidelser som har utviklet et iatrogen avhengighetssyndrom samt pasienter med en rusmiddelproblematikk, inklusive LAR pasienter, nektes medisinsk akutt helsehjelp ved legevakt med grunnlag i deres avhengighet.

Det er positivt at veilederen løfter frem punktet om klinisk kommunikasjon ved iatrogen avhengighetssyndrom (s.15). Per i dag opplever mange at de blir mistenkeliggjort og avvist. Mange opplever at deres legemiddelpåførte avhengighet omtales som rusmisbruk og pillemisbruk i møte med helsesektoren. Smertepasienter kan fort mistenkes for bare å være ute etter å tilfredsstille deres avhengighet i situasjoner hvor de trenger akutt medisinsk hjelp. Vi vil understreke at pasienter med en rusmiddelproblematikk også mistenkeliggjøres av helsevesenet og at dette kan være utslagsgivende for å nekte medisinsk bistand og smertelindring.

Vi merker oss under sammendraget under «generelle anbefalinger om ordinerer av vanedannende legemidler» (s.11) formuleringen om at pasienter bruker vanedannende legemidler på en annen måte enn det som er anbefalt. En slik formulering plasserer ansvaret

for ikke anbefalt bruk hos pasientene. Det er viktig at det tydeliggjøres at det er legene som forskriver medisiner i strid med det som er anbefalt. Det er helsevesenet som må bære hovedansvaret for å ha påført sine pasienter et avhengighetsproblem. I dag opplever mange pasienter med et iatrogen avhengighetssyndrom at deres tilstand oppfattes som en slags moralsk svakhet og at de blir møtt med fordømmelse i møte med helsevesenet.

Personer over 65 år s.18

Det er bra at veilederen tar opp problemstillingen med dosering og endringen i kroppens distribusjon og nedbryting av legemidler med alderen. Vi vil føye til at kroppens evne til opptak, metabolisering og nedbryting av legemidler kan variere stort også for yngre aldersgrupper. Ved mistanke om nedsatt metabolisme, høyt serumskonsentrat og paradoksale bivirkninger vil det være relevant med CYP-testing. Dette gjelder også for de som bryter ned medisiner hurtigere enn normalt og ikke oppnår forventet effekt.

Det er en kjent utfordring ved sykehjem at eldre overmediseres og utsettes for polyfarmasi. Pasienter kan gjerne bli satt på medisiner under innleggelse på sykehus. Disse videreføres gjerne på sykehjem hvor manglende samhandling mellom sykehus og kommune resulterer i at ingen tar på seg det overordnede ansvaret for seponering av medisinering som ikke er ment som langvarig behandling. Det er også et kjent fenomen at lav bemanning på sykehjem er medvirkende årsak til at eldre og demente blir medisinert i for stort omfang med beroligende medisiner. Det er dermed viktig at bemanningssituasjonen adresseres som en viktig komponent i denne problemstillingen. Det er viktig at disse problemstillingene speiles også i sammendraget hvor det listes opp årsaker til legemiddelrelaterte problemer for denne aldersgruppen.

Personer under 18 år s.20

Det er i utgangspunktet bra at veilederen anbefaler en generell tilbakeholdenhet ved ordinerer av vanedannende medisiner til barn. Vi savner allikevel at veilederen presiserer at slik medikamentell behandling i størst mulig grad bør unngås.

Vi viser i denne sammenheng til rapporten fra 2020 fra Forandringsfabrikken:

<https://forandringsfabrikken.no/rapport-vi-skulle-fa-det-bedre-2020>

Rapporten tar for seg barn og unges erfaring med følgende medisingrupper: Antidepressiva, antipsykotika, sovemedisin, ADHD medisin (sentralstimulerende legemidler), beroligende medisin og sovemedisiner (benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler)

Oppsummert uttrykker majoriteten av barna/ungdommen at de ikke fikk nok informasjon om medisinene. Dette gjaldt hva slags medisin de skulle stå på, hvorfor de de skulle gå på medisin, hvor lenge de skulle stå på medisin, bivirkninger og andre advarsler. Når de ikke fikk nok informasjon, opplevde mange at det ble for vanskelig å spørre. Det ble også vanskelig å si nei til medisin, å si hva de tenkte om å ta medisin eller å fortelle om bivirkninger. Mange visste ikke at noe de kjente på, var en mulig bivirkning.

«De fleste av barna og ungdommene fikk i starten «svak» medisin eller lav dose. Etterhvert ble dosen økt eller de fikk sterkere medisin. Dette skjedde ofte uten at de selv

ba om det eller ønsket det.»

Under punktet om sovemedisin oppgir barna/ungdommen at psykiatere og leger raskt skrev ut sovemedisiner. De oppgir kortvarig eller manglende effekt og plagsomme bivirkninger. Det oppgis at mange opplevde å bli avhengig av medisinen og fikk problemer med å slutte med dem. De fleste som sluttet, gjorde det uten at BUP eller fastlege fikk vite om det.

Samtidig bruk av flere vanedannende medisiner s.21, 22,23 etc

Vi leser at samtidig bruk av vanedannende medisiner ikke er anbefalt grunnet liknende virkningsprofil. Det er en logisk og fornuftig anbefaling, men vi ønsker å vektlegge at veilederen ikke adresserer hvordan behandler LAR pasienter skal behandles for smertelindring. Dette bør komme frem i veilederen.

Oslo 02.06.2021

Mette Ellingsdalen
Leder, WSO

Helen Wesnes
Saksbehandler WSO