

Til Helsedirektoratet.



Høringsvar fra Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN)

Først og fremst vil vi påpeke at FHN og de øvrige brukerorganisasjonene i utgangspunktet ber om at arbeidet med lovteksten (forskriften) stanses. Vi innleder høringssvaret med et felles utspill fra de fem organisasjonene LAR-Nett Norge, proLAR, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, MARBORG og Foreningen for human narkotikapolitikk:

Med de utkastene som foreligger i dag, vet vi at alle lovbrudd og overtramp som daglig skjer mot pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vil fortsette.

Vi har ingen tro på at retningslinjene vil endre praksisen med regionale og individuelle forskjeller i LAR.

Forskrifter kan derimot gjøre noe med problemene, men departementets utkast til forskrifter bærer sterkt preg av at brukerorganisasjonene ikke er tatt med på råd, og vi krever derfor en stans i forskriftsarbeidet. Vi krever videre at departementet nedsetter en arbeidsgruppe der alle brukerorganisasjonene på rusfeltet er representert.

Her følger Foreningen for human narkotikapolitikk sitt høringssvar om LAR-forskrift og LAR-retningslinje:

Normalisering eller særregulering av LAR

Når det gjelder den fremtidige reguleringen av LAR, ønsker vi at LAR skal reguleres på lik linje med annen helsemessig behandling for rusmiddelavhengighet. Vi ønsker normalisering av behandlingen og følgelig avvikling av gjeldende rundskriv, og at de særskilte inntaks- og utskrivningskriteriene bortfaller.

Vi støtter til fulle vurderingene om at avgjørelser om inntak, innhold, og utskrivning blir vurdert på rent medisinskfaglig grunnlag, og uten andre ideologiske føringer. Slik anser vi at det sikres adekvat individuell tilnærming.

FHN erkjenner at LAR er en rehabiliteringsform som innebærer behandling med sterke vanedannende medikamenter. Da legemidler generelt har stort skadepotensiale dersom det ikke tas på foreskrevet måte, ser vi ingen grunn til å særregulere LAR utover rekvirerings- og utleveringsforskriften, forskrift om legemiddelhåndtering, apotekloven, apotekforskriften og øvrige regulerende rammer.

Vi erkjenner i høyeste grad faren for, og vet at det er, stor lekkasje av LAR-medikamenter til det illegale markedet. Lekkasjen skjer under gjeldende praksis med restriksjoner og kontrolltiltak som praktiseres i LAR og som fremmes i de gjeldende rundskriv.

Vi tror lekkasjen først og fremst skyldes at det er mange opiatavhengige som burde vært i LAR, men som av forskjellige grunner fremdeles står utenfor. Nå som terskelen for å komme

inn ser ut til å skulle senkes ved at medisinskfaglige vurderinger får forrang og likeledes at terskelen for å skrives ut forhøyes av samme årsak, mener vi at grunnlaget for lekkasjen til det illegale marked i stor grad bortfaller.

Vi har særlig stor tro på at medikamentene i størst grad vil tas på foreskrevet måte, dersom LAR endrer sin praksis fra å tilnærme seg pasienten med kategorisk mistillit.

FHN anser det i denne sammenheng for viktig å skille mellom metadon og buprenorfin. Vi har særlig vanskelig for å finne grunn til å særregulere buprenorfin fordi det er funnet spor av metadon i blodet til overdoseofre.

Formål

Foreningen for human narkotikapolitikk deler oppfatningen om at mål om rusfrihet i seg selv angir et for høyt ambisjonsnivå, som for mange vil være et urealistisk og ødeleggende krav. Videre deler vi synet på at manglende rusfrihet ikke er ensbetydende med at pasienten har hatt manglende nytte av medisineringsen, i form av gradvis økt rehabilitering og sosial fungering.

På denne bakgrunn støtter vi anbefalingen om at LAR-tiltakene bør ha rehabilitering som mål forstått slik at pasienten skal få hjelp til å endre sin livssituasjon gjennom en gradvis bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå.

Men vi foreslår i denne sammenheng tilleggsforklaring om hva rehabilitering innebærer utover optimalt mestrings- og funksjonsnivå.

I Kunnskapsforlagets fremmedordbok betyr begrepet *rehabilitering* både å gi "æresoppreisning" og å "gi tilbake tidligere verdighet". I følge nasjonal strategi for *habilitering og rehabilitering* (2008-2011) – defineres *rehabilitering* slik: «Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

Ordboka peker altså på viktigheten av å gjenopprette verdigheten og strategiplanen peker på en autonom aktør. Vi anser dette som viktig for å fremme nettopp *rehabiliteringsperspektivet*.

FHN deler synet om at det er viktig å unngå at rehabilitering og skadereduksjon blir to atskilte tenkemåter. At skadereduserende tiltak snarere er første ledd i en rehabiliteringsprosess.

Dette henleder oppmerksomheten mot viktigheten av at det foretas gode faglige og individuelle vurderinger ved søknad om LAR. Vi anbefaler større mulighet for oppstart med lavterskel utdeling av buprenorfin via fastlege eller via lavterskelsentre for slik utdeling, der de er tilgjengelige. Dette vil styrke muligheten for at grundige utredninger kan gjennomføres før oppstart i LAR. Vi anser dette som hensiktsmessig sammensmelting av skaderedusering og rehabilitering.

Inntakskriterier

Vi er enige i at dagens inntakskriterier slik disse er formulert i gjeldende rundskriv, bør bortfalle. Og vi støtter forslaget om å fjerne aldersgrensen på 25 år. Vi synes at aldersgrensens kategoriske grad står i kontrast til viktigheten av en individuell tilnærming.

Vi er derimot uenige i at det bør sikres en viss terskel for LAR med tanke på unge mennesker. Det er akkurat gruppen yngre opiatavhengige som har vært gjenstand for prosentvis økning av overdoser de siste årene. Altså: Nettopp i de årene som LAR har vokst som tilbud med aldersgrense, har prosentandelen unge blant det totale overdoseantallet økt. Denne informasjonen har vi støtte for både fra Odd Horvin i SIRUS og fra ledelsen i SERAF.

Vi ønsker derfor heller krav om rask igangsettelse av medisiner og en særlig oppfølging av unge som etter individuelle medisinskfaglige vurderinger er funnet å trenge LAR. Dessuten ønsker vi at det i anledning unge opiatavhengige heller formuleres en målsetning om at medisineren skal opphøre etter en viss periode. Generelt er vi skeptiske til hyppige gjentakelser og fokus på at medisineren ofte må være livslang, ettersom vi anser det slik at det foreligger en viss kapitulasjon i forhold til bekjempelse av avhengighet i denne holdningen.

Tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg – individuell plan

FHN støtter anbefalingen om at indikasjon for igangsettelse av LAR utelukkende bør baseres på en egnet definisjon av opiatavhengighet, og ikke på andre forutsener som for eksempel om det er utarbeidet en individuell plan.

FHN vil uttrykke sterk uenighet med de instanser i fagmiljøet som skal ha gitt uttrykk for at individuell plan bør forskriftfestes som et vilkår for behandling. Slik kategorisk fremstilling anser vi som uheldig. Representanter for faginstanser bør mer enn andre være klar over at det finnes pasienter som kan gripe tak i sitt liv, kun ved å få utdelt medisiner. Dette er ikke på noen måte ment til forringelse av viktigheten av oppfølging, men en anerkjennelse av hvordan det virkelig er.

Videre vil vi uttrykke uenighet med departementet om at individuell plan i utgangspunktet bør utarbeides før oppstart av medisinutdelingen, selv om departementet erkjenner at dette ikke bør stilles som absolutt krav for innvilgelse av LAR.

FHN mener det viktigste må være å raskt igangsette medisinutdelingen til de som trenger det slik at pasienten blir stabilisert for best å kunne medvirke til utarbeiding av sin egen individuelle plan. Vi frykter dessuten at departementets gode vilje bak forslaget, i praksis vil kunne bli utnyttet til å trenere oppstart av medisinutdeling før skjemaet er fylt ut.

Vi henviser i denne anledning til SERAF sin statusrapport 2/2009 der det står følgende (kursiv tekst): *I Norge har det vært tendens til å nedtone viktigheten av legemiddelet.*

”Medikamentet er bare en liten del” av et stort arbeid. Ser man på internasjonal evalueringslitteratur har dette svak støtte. De fleste av gevinstene er tydelig knyttet til medikamentet imens de psykososiale tiltakene øker måloppnåelsen, særlig i forhold til livskvalitet og langsiktige målsettinger om utvikling.

Utskrivningskriterier

FHN er enig med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i at

utskrivningskriterier av ikke-faglig art eller som ikke medfører at behandlingen vurderes som uforsvarlig, bør bortfalle. Videre støtter og berømmer vi refleksjonene om at det, når problemene hopper seg opp for en pasient, er viktig at hjelpeapparatet forsterker tiltakene rundt vedkommende og ikke avslutter behandlingen.

Oppstart og avvikling av LAR

Direktoratet og departementet anbefaler at legemiddellassistert rehabilitering fortsatt bør vurderes, initieres og eventuelt avsluttes i spesialisthelsetjenesten. FHN er langt på vei enig i anbefalingene da vi synes LAR er et godt utbygd apparat, men vi må legge til at vi ikke leser gode begrunnelser for at oppstart med utskrivning av buprenorfin ikke også kan skje utenfor spesialisthelsetjenesten.

FHN anser kompleksiteten i LAR for å være en god begrunnelse for å åpne for utdeling av Subutex også utenfor LAR. Videre ønsker vi sterkt en annen holdning enn den som ser ut til å fremme kapitulasjon i forhold til å bekjempe avhengigheten. Altså der livslang medisinutdeling i gjentakende grad fremmes som normen.

Departementet begrunner anbefalingen i utkastet til forskrift med kompleksiteten i LAR, at substitusjonsmedisinering ofte er livslang og at medisinene har skadepotensiale når de kommer på avveie. Videre viser departementet til at pasienten ofte også har annen rusavhengighet, alvorlige psykiske og somatiske tilleggslidelser som insulinkrevende diabetes, hepatitt, epilepsi, hjerneskadener, venetromboser, nyresykdommer med mer.

Sykdomstilfellene som her ramses opp, anser vi som unntakstilstander som fortjener særlige ekstratiltak, og at dette ikke indikerer hvordan legemiddellassistert rehabilitering bør justeres rent generelt. Vi anser det slik at når aldersgrensen og øvrige ikke-medisinskfaglige kriterier bortfaller, vil den generelle sykkeligheten i LAR-populasjonen med stor sannsynlighet synke.

FHN vil påpeke viktigheten av særlig rask oppstart av medisinutdeling der dette kan ventes å redde liv eller redusere skade. Derfor mener vi at en åpning for at fastleger med spesiell kompetanse og interesse for arbeid med ruspasienter, bør gis anledning til å dele ut gratis egnet medikamentell behandling. Vi anser dette som hensiktsmessig for ikke å belaste kapasiteten i LAR, slik at de kan konsentrere seg om pasientene som trenger tverrfaglig tilnærming, samt for å muliggjøre umiddelbar oppstart av den behandlingsformen som har vist seg å være mest hensiktsmessig for opiatavhengige generelt.

Vi mener det er himmelvid forskjell på å tilby umiddelbar opiatmedisinsk hjelp til særlig vanskeligstilte heroinavhengige for å stabilisere, og det å sette pasienter til langvarig medisinering med en oppfølgingspakke rundt.

Vi vil i denne sammenheng også vise til erfaringene fra Klinikk Motivasjon som i evalueringen anbefales videreført. Professor Helge Waal har sågar uttalt at vi bør ha lavterskelsentre for utdeling av buprenorfin, liknende Klinikk Motivasjon, som tilgjengelige tilbud over det ganske land.

I budsjettinst. S. nr. 11 (2008 – 2009) har flertallet i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget uttalt at departementet bør vurdere et forsøksprosjekt hvor fastleger med spesiell

kompetanse og interesse for arbeid med ruspasienter kan gis anledning til å dele ut gratis egnet medikamentell behandling. Departementet skriver i utkastet til forskrift at de vil komme tilbake til en slik vurdering etter at en har gjort seg erfaringer med ny forskrift og nasjonalfaglig retningslinje for LAR.

FHN anbefaler departementet om heller å fremskynde det etterspurte forsøket, ettersom de eventuelt nye rammer neppe vil føre til endringer av en slik art at forsøket blir overflødig eller uoversiktlig. Vi anbefaler at forsøksprosjekt der primærlege skriver ut Subutex, særlig vurderes følgene av at det faglige ansvaret ligger nærmere livet til pasienten enn det i realiteten gjør når det faglige ansvarsforholdet ligger hos spesialisthelsetjenesten.

Vedrørende dissensen i arbeidsgruppen for retningslinjene, om avvenning før oppstart i LAR: FHN er uenig med den delen av arbeidsgruppa som anser det som ønskelig at pasienten avgiftes fra alle andre rusmidler før oppstart med opioider. Vi støtter for all del et ønske om at pasienten avruses fra andre rusmidler før oppstart med foreskrevne opioider, men synes ikke at dette bør få forsinke oppstart av LAR-medisineringen.

Ved oppstart av LAR inngås en kontrakt mellom pasient og hjelpeapparatet. Vi er i utgangspunktet imot at det skal være en slik særordning i organiseringen at det innledningsvis skal skrives kontrakt, men så lenge denne tilnærmingen pågår, anbefaler vi at kontrakten skal reforhandles minst en gang hvert år. Her kommer muligheten for brukermedvirkning særlig inn. I en desperat situasjon skriver man gjerne under på det meste for å få adekvat hjelp. Da kan man godta kontrolltiltak og annet, som man etter stabilisering vil kunne anse som uheldig. Dette bør årlig kunne revurderes individuelt. Etter hvert som klienten gradvis bedrer sitt funksjonsnivå.

Kontrolltiltak som ledd i rehabiliteringen

FHN er i prinsippet imot tvungne urinprøver i LAR. Etter vår mening er det avgjørende viktig at tilbudet om urinprøver består, men vi mener det bør være et frivillig tilbud for de som trenger det og for folk med en adferd som kan tyde på en rusmiddelbruk som sammen med LAR kan være livstruende.

Overvåkede urinprøver oppleves stadig mer nedverdiggende desto lenger man har vært rusfri og desto høyere funksjonsnivå som er oppnådd. FHN støtter ingen av forslagene fra arbeidsgruppen om hyppighet i urinprøvetaking.

FHN anbefaler i utgangspunktet inkluderende samtaler fremfor tvungne urinprøver ettersom tillit er avgjørende i all behandling og øvrig mellommenneskelig samspill. I utkastet til retningslinjer henvises det til erfaringer der det kommer frem at selvrapportering ofte gir de samme resultater som urinalyser. Enkelte studier skal ha vist at selvrapportering kan påvise mer rusbruk enn det urinprøver kan, særlig der urinprøvene er sjeldne.

FHN anbefaler urinprøver én gang i uken de første tre månedene. For å kontrollere forsvarligheten av den medisinske behandlingen og for å normalisere urinprøvene for pasienten slik at frivilligheten blir reell når stilt overfor spørsmål om vedkommende ønsker videre urinkontroll. Dersom det anses nødvendig med hyppigere kontrolltiltak enn dette,

avslører dét noe vi anser som legitimering av for sjelden kontakt med pasienter som er i oppstartsfasen med svært vanedannende medikamenter. Altså pasienter som står i et dramatisk vendepunkt i livet, der positiv kontakt med andre og tilføring av nytt innhold i hverdagen er særlig nødvendig for ett godt resultat av rehabiliteringen.

LAR slik det har blitt praktisert i Norge, har samlet sett vært et særlig strengt kontrollerende regime med høy terskel inn og lav terskel ut. Etter våre erfaringer har dette vært en av to sterkt medvirkende årsaker til lekkasjen av LAR-medikamenter til det illegale markedet.

Den andre årsaken mener vi er manglende tiltak for gjentatte reguleringer av dosene. Våre erfaringer er at flere som har fått store doser fra starten, har opplevd det slik at de ikke får støtte i å forsøke å redusere dosene, eventuelt avslutte. Derfor har de tatt mye mindre enn det som har blitt dem utskrevet og raskt blitt fristet til videresalg. Vi snakker om en gruppe der det generelt anses som veldig snilt å hjelpe andre med å anskaffe slike medisiner, selv om man også tar betalt.

Ved en oppmyking av LAR-tilbudet, der flere får hjelp og raskere, og der apparatets representanter anses som attraktive å ha samspill med, ettersom de er inkluderende snarere enn forutinntatte, så mener vi at lekkasjen vil reduseres betraktelig. FHN ønsker ikke litt mer og litt mindre etter gjeldende praksis, men etterspør derimot en omveltning til en heldigere tilnærming til pasientene. I utkastet til retningslinjer beskrives en praksis med urinprøver som innebærer at samtykke fra pasienten ikke er nødvendig. Dette anser vi som svært uheldig og vi henviser til inngåelse av kontrakter der pasienter ofte beskrive under på samtykke til dette.

Rettes skjevhetene opp?

Vi tror at det nye rammeverket slik det fremstår i utkastene, ikke vil rette opp skjevhetene mellom de regionale helseforetak.

Vi tror rammeverket vil føre til manglende muligheter for valg av medikament mer enn det vil føre til at skjevheter rettes opp. Vi anser det slik at en like lett kan finne det legitimt å overstyre pasienten totalt som å la pasientens innspill bety noe for vedtaket.

Rammeverk og organisering

I utkastet til retningslinjer står det ettertrykkelig at det ikke er identifisert forskning som gir svar på hvordan ulik organisering av tjenestetilbudet i LAR påvirker utfallet av behandlingen. Likevel står det i utkastet at risikoen for at legemidler kan komme på avveie og bidra til økt risiko for rusmiddelbruk, avhengighet og evt. dødsfall hos andre, understreker spesialisthelsetjenestens ansvar for sikkerhet i behandlingen.

FHN vil tvert imot påpeke at denne risikoen ikke på noen måte understreker spesialisthelsetjenestens ansvar for sikkerhet. Derimot mener vi at denne risikoen understreker nødvendigheten av raskt å sette i gang et forsøksprosjekt hvor fastleger med spesiell kompetanse og interesse for arbeidet med ruspasienter, kan gis anledning til å forskrive gratis egnet medikamentell behandling. Slik får vi endelig kunnskap om hvilken type organisering som best reduserer risikoen for at legemidler kan komme på avveie.

I utkastet til retningslinjer står det at det i forskrift er fastsatt at oppstart og avvikling av LAR skal besluttes av spesialisthelsetjenesten. Et annet sted i utkastet står det at Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift har bestemt at substitusjonsbehandling i regelen ikke skal

være førstevalget ved opioidavhengighet. Dette anser vi for å være foregriping av begivenhetenes gang, ettersom forskriftene kun er ute til høring. Setningene egner seg således til forvirring av høringsinstansene.

Nasjonal kompetanse

Vi støtter behovet for å utvikle kompetansen innenfor LAR og vi ønsker å legge til at den kompetansen som brukerorganisasjonene besitter, i større grad kan benyttes i kunnskapsopplæringen av de ansatte på de ulike tjenestenivåer.

Brukermedvirkning

Slik det fremkommer i utkastet til retningslinjer, ser det ut til at brukermedvirkning kun er en mulighet til selv å vurdere tilbudet (og spille hovedrollen i egen tilfriskning).

Hovedrolleposisjonen er på forhånd gitt, men brukermedvirkning er noe vi ikke kan ta for gitt. Særlig ikke når det fremstilles som kun en mulighet til å vurdere tilbudet. Da ser det ut til at man bare har tillatelse til å takke ja eller nei.

Brukermedvirkning er derimot å gi den enkelte bruker reell innflytelse på egen behandling. Vi mener at retten til brukermedvirkning er en anerkjennelse av den enkeltes kompetanse på eget liv. Muligheten for brukermedvirkning på individnivå bidrar til en oppjustering av den enkeltes erfaringsbaserte kompetanse. Hvilket jo innebærer en løsrivelse fra de som fra før betrakter seg som eksperter på andres liv. Brukermedvirkningsmuligheten er i denne forbindelse særlig viktig når det kommer til selve medisineringsen. Mindre selvsagt enn når det kommer til øvrige tiltak knyttet til sosial rehabilitering. Det hersker ingen tvil om hvor ansvaret ligger, men under kjøretimen må eleven få mulighet til å vri på rattet og trykke på pedalene. Kjørelærer gir råd og griper inn ved behov. Målet er kompetanseoverføring slik at en selv etter hvert kan ta full styring. Vi frykter at brukermedvirkningen slik den fremstilles i utkastet vil kunne ødelegge for pasientenes muligheter til å bli hørt angående valg av medikament samt ved valg av doseringsstørrelse.

Vi minner her om den nasjonale strategi for *habilitering og rehabilitering* (2008-2011) – der rehabilitering defineres slik: «Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

Og i samme anledning berømmer vi budskapet i utkastet til retningslinjer, om at brukermedvirkning forutsetter behandlerens lydhørhet og respekt for pasientens valg. Og videre at brukermedvirkning for pasientens del kan medføre en oppgivelse av rollen som offer, som da erstattes av en handlende ansvarlig person.

Det står i utkastet til retningslinjer at LAR-foreningene erfarer at mange pasienter er lite forberedt på hva som venter dem ved oppstart og hva som kreves av dem. Etter våre erfaringer vet mange pasienter lite også om sine rettigheter og om hvilke som er deres relevante klageinstanser.

Det står i utkastet til retningslinjer **punkt 5.2. Informasjon**, noen påstander om urinprøvekontroll som vi anser som ikke vitenskapelig begrunnede. Påstandene er lite relevante under denne bolken og i forhold til øvrig tekst, men når de står der og under samme overskrift som brukermedvirkning finner vi grunn til å replisere dette. Det står at kontroll er nødvendig, men det stemmer ikke rent generelt. Kontroll kan være nødvendig og det kan være uheldig. Der kontroll er nødvendig, er den noen ganger nødvendig som tvungen og noen ganger som frivillig. Kontrolltiltakene kan også i stor grad varieres. I LAR er

kontrolltiltakene mange og komplekse, ja slik at de iblant blir overflødige. Noen pasienter får Suboxone istedenfor Subutex for slik å hindre faren for injeksjon - eller lekkasje av medikamentet, men det samme medikamentet skal knuses av samme grunn og i tillegg tas under oppsikt før urinprøvekontrollen. Hvilken hensikt har det for eksempel å tilføre naloxon i medikamentet når det likevel skal knuses og tas under oppsikt? Vi anbefaler på det sterkeste å gi mulighet for gjensidighet og tillit og vi minner igjen om at det står i utkastet at det i enkelte studier skal ha vist at selvrappotering kan påvise mer rusbruk enn det urinprøver kan.

Indikasjon for LAR

Når det gjelder indikasjon for LAR mener vi at grunnlaget for å iverksette LAR er opioidavhengighet etter ICD-10/DSM-IV. Vi mener en pasient som er avhengig av opiater må kunne få medisiner utdelt for slik å settes i stand til også å bekjempe avhengighet av øvrige stoffer.

Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten

Særlig om benzodiazepiner: Vi har vanskelig for å forstå at pasientene nødvendigvis bør være uten bruk av beroligende og søvngivende legemidler før oppstart i LAR. De som bruker slike legemidler bør få fortsette behandlingen og/eller få tilbud om nedtrapping etter oppstart. Det kan få store konsekvenser dersom nedtrappingen, som bør være langvarig for å ha god effekt, må gjennomføres før opptrapping på LAR-legemiddel. Neste injeksjon av opiater er potensielt dødelig.

Det å takke ja til et LAR-tilbud bør ikke automatisk ekskludere for behandling av andre "sykdommer". I utkast til retningslinjer står det: Benzodiazepiner bør ikke foreskrives til pasienter i LAR. Vi synes at påstandens kategoriske grad står i kontrast til viktigheten av en individuell tilnærming.

Det at spesialisthelsetjenesten skal vurdere unntaksvis foreskriving av benzodiazepiner finner vi uforvarlig. Dette bør vurderes av fastlegen som er den som er nærmest pasienten. Denne problemstillingen illustrerer kanskje særlig hvor uheldig det er at et sentralisert overstyringsorgan tar beslutninger på generelt grunnlag fremfor primærlegen med sin nærkontakt med pasienten.

Generelt sett er vi enige i at bruk av bruk av benzodiazepiner er utilrådelig for LAR-pasienter, men vi kjenner mange som har måttet fortsette å ha tett kontakt med rusmiljøet og hatt ukontrollert bruk av de mest sløvende varianter av medikamentgruppen benzodiazepiner fordi de ble nektet kontrollert utdeling av den lettere varianten Sobril.

Foreningen for human narkotikapolitikks utvalg for høringsarbeidet har bestått av Styremedlem Heidi Horgen, styremedlem Eva Magdalena Stambøl og styrets leder Arild Knutsen.