

Helsedirektoratet
v/ Arne Johannesen
P.B. 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo



Oslo, 1. september 2009
Vår ref: 989/3900/09 AH/hs

Høringsuttalelse fra Norsk psykologforening angående utkast til LAR-forskrift og LAR-retningslinje

Vi viser til høringsbrev datert 26.05.2009 der Helsedirektoratet ber om kommentarer på et utkast til ny LAR-forskrift og ny LAR-retningslinje. Norsk Psykologforening har følgende innspill.

Generelle betraktninger til forskrift og retningslinje:

Forskrift og retningslinjer skal bidra til å sikre pasienten best mulig behandling. Det er derfor viktig at de bidrar til å tydeliggjøre at behandlingen for den enkelte pasient må være forutsigbar, gi størst mulig trygghet, bidra til opplevelse av mestring, gi pasienten en følelse av egen verdi og skape rom for dialog. Forskrift og retningslinjer bør i større grad formidle kunnskap om hva som fremmer god psykososial behandling sett i sammenheng med de spesielle utfordringene denne pasientgruppen ofte står overfor.

Forskrift og retningslinjene tar utgangspunkt i den medikamentelle delen av behandlingen av opiatavhengighet, og dette er styrende for innholdet. Intensjonen med LAR er en integrert og helhetlig behandling av pasienten med medikamentstøtte som en nødvendig del, men beskrivelsen av den øvrige behandlingen er mangelfull. Utviklingen i LAR har flere steder gått i retning av mer medikamentutdeling og mindre tid til individuell oppfølging, støtte og behandling. Dette er bekymringsfullt når det ofte er andre forhold enn det farmakologiske som skaper de store utfordringene i behandlingen. Dette handler blant annet om psykiske og sosiale forhold som i forskrift og retningslinjer har blitt for lite vektlagt.

Forskrift og retningslinjer bør i større grad avklare hvordan integrert og helhetlig behandling skal organiseres og praktiseres for ruspasienter med alvorlig psykisk lidelse. For disse pasientgruppene er tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ofte ikke tilstrekkelige.

Det er viktig å styrke det kommunale nivåets evne til å følge opp LAR-pasienter. Ruspasienter er ofte pasienter som har et bredt spekter av behov og benytter seg av mange tjenesteytere. En absolutt nødvendig forutsetning for suksess er et velfungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, NAV og kommunenes helse og sosialtjenester. Dette nevnes også i retningslinjene og er i strid med forskriftens forslag om at spesialisthelsetjenesten har fullt ansvar og mulighet til å delegerer oppgaver til førstelinjen. Å få til koordinerte og velfungerende samarbeid rundt bolig, sysselsetting, økonomi, tilbakefallsforebygging, nettverk, helsefaglig kommunal oppfølging, oppfølging av somatiske lidelser, oppfølging av psykiske lidelser og smertebehandling skaper store utfordringer, og forskrift og retningslinjene bør i større grad skissere *hvordan* dette samarbeidet kan organiseres, ikke bare *hva* det

skal samarbeides om. Dette samarbeidet er en så viktig nøkkelfaktor at retningslinjene også burde inneholdt eksempler på hvordan en individuell plan kan se ut og hvordan samarbeidet kan organiseres med hensyn til koordinering og ansvars- og oppgavefordeling. Forskrift og retningslinjene bør i mye større grad vektlegge suksessfaktorer for godt samarbeid og fordeling av arbeids og ansvarsoppgaver mellom de ulike enhetene bør beskrives.

Kommentarer til kapitler i forskriftsforslaget

Kap. 3: Normalisering eller særregulering av LAR

Vi støtter departementets vurderinger at LAR i størst mulig grad alminneliggjøres og integreres i den øvrige tverrfaglige spesialiserte behandlingen for rusmiddelmissbruk/avhengighet. Dette forutsetter at disse tjenestene har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om substitusjons-behandling av opiatavhengighet, og at de tilføres nødvendige ressurser til å følge dette opp. Det er også viktig at behandlingen av opiatavhengige og andre rusmiddelavhengige integreres i den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Kap. 4: Formål

Tradisjonelt har rusfrihet vært behandlingsmålet innen rusbehandling. Dreiningen mot å hjelpe pasienter til et verdig liv hvor de kan fungere og trives er viktig. For å lykkes med behandling er det en forutsetning at behandler og pasient arbeider mot felles mål, som pasient opplever eierskap til og er motivert for å nå. Vi støtter derfor forslaget om at LAR-behandling bør ha pasientens rehabilitering med optimalt funksjonsnivå som mål. Det er imidlertid fare for at en endring av ambisjonsnivået bort fra rusfrihet øker risikoen for en forringelse av slike behandlingstilbud. Det må sees som en sentral forutsetning for å senke ambisjonsnivået i forhold til målsetning at behandlingen ledes av kompetent personale som har den ekspertisen som kreves for å ivareta kvaliteten på behandlingstilbudet.

Det er bra at det presiseres at rehabiliterings- og behandlingsmål skal settes i forhold til den enkeltes forutsetninger, og at hver enkelt skal få hjelp til å endre livssituasjon til et mest mulig optimalt mestrings- og funksjonsnivå. Det er imidlertid bekymringsfullt at departementet ikke fokuserer mer på tiltak av ikke-medikamentell art som er en forutsetning for å lykkes. Medikamenter alene vil ikke medføre måloppnåelse og man bør gjennom retningslinjene i større grad legge vekt på å definere innhold i og spekteret av tilbud pasienten skal ha tilgang til.

Kap. 5: Inntakskriterier

Det er et viktig prinsipp at medikamentfri behandling bør være vurdert og som hovedregel forsøkt før iverksetting av LAR. Bortfall av aldersgrensen på 25 år og muligheten for i konkrete tilfeller å kunne bruke LAR som førstevalg hvis man etter en helhetsvurdering anser at dette er det mest adekvate og forsvarlige behandlingsalternativet, forutsetter den spesialiserte kunnskapen og erfaringen som er nødvendig i disse vurderingene.

Kap. 6: Individuell plan

Individuell plan bør utarbeides i forkant av LAR-oppstart, men dette bør ikke være en absolutt forutsetning for om man får tilbudet eller ikke. Arbeidet med å ferdigstille IP kan ta lang tid og det kan være u hensiktsmessig å avvente oppstart av behandling for vente på dette. Som et minstekrav bør imidlertid arbeidet med IP være påbegynt ved LAR-oppstart. Viktigheten av IP må understrekes som et verktøy for å synliggjøre og følge opp tiltakene av LAR-behandlingen som er av ikke-medikamentell art.

Kap. 7: Utskrivningskriterier

Vi støtter at utskrivningskriterier av ikke-faglig art bortfaller. Det er flott at det understrekes at hjelpeapparatet må forsterke tiltak når problemene øker, ikke trekke tilbudet.

Vi er enig i at vold og utagering ikke skal være utskrivningsgrunn og at utfordringer knyttet til vold og utagering bør møtes med tilsvarende regler og rutiner som i spesialisthelsetjenesten forøvrig.

Vi støtter det at omsetning av illegale stoffer sees på som et strafferettslig anliggende. Når *alle doser* av substitusjonslegemiddelet distribueres til det illegale markedet eller inntas av andre enn pasienten selv bør LAR-behandlingen avsluttes, og alternativ ikke-medikamentell behandling forsøkes. Det bør presiseres at når *enkelte doser* gis bort eller selges, og pasienten fortsatt vurderes som opiatavhengig, vil daglige overvåkede inntak av medikamentet være første tiltak for å sikre forsvarlig behandling og hindre at medikamentet kommer på avveie.

Anbefaling om at pasienter har mulighet for "åpen retur" til behandling hvis det skjer en ikke-planlagt avvikling, vil i mange tilfeller være hensiktsmessig og kostnadseffektivt. Det bør imidlertid presiseres en tidsbegrensning og hvilke vurderinger som skal gjøres for å sikre en god og forsvarlig behandling når pasient returnerer. Det er en forutsetning at samarbeidende instanser har tett kommunikasjon og gode retningslinjer for ansvarsfordeling ved en slik ordning, slik at behandlingsapparatet vet hvem som til en hver tid har ansvaret for oppfølging ved en ikke planlagt avvikling.

I forslaget til forskriftene blir det flere ganger brukt formuleringer som positive prøver, for eksempel finner vi følgende formulering; "*Ved eventuelle positive prøver må det vurderes om det vil være faglig forsvarlig å fortsette substitusjonsbehandlingen eller om medikamentfri rusbehandling skal tilbys*". Her må begrepet positive prøver defineres (stoff, verdi/mengde, hyppighet), og det bør i retningslinjene beskrives kasus som klargjør når medikamentfri behandling vurderes som bedre og mer forsvarlig enn fortsatt substitusjonsbehandling med forsterkede tiltak.

Kap. 8: Oppstart og avvikling av LAR

Vurdering, initiering og avslutning av LAR bør foretas av spesialisthelsetjenesten. Opiatavhengighet er en alvorlig tilstand med høy dødelighet, og pasienten bør ha krav på spesialistkompetanse når behandling vurderes. Annen avhengighet og misbruk, kognitiv svikt, psykiske lidelser og somatiske sykdommer bidrar til at både utredning og behandling er komplisert og tidkrevende, og vil kreve spisskompetanse på flere ulike områder. Ved vesentlige endringer i behandlingsopplegget bør behandlende lege i primærhelsetjenesten henvise tilbake til eller konsultere spesialisthelsetjenesten, ikke bare informere slik det nå er formulert i forskriften.

Forskriftene mangler beskrivelse av hvilke føringer som ligger ved nedtrapping av substitusjonsmedikament til en medikamentfri tilværelse. Det har til nå vært et relativt stort press i LAR-tiltakene om å skrive ut pasienten når han/hun ikke lenger mottar LAR-medikament. Retningslinjene presiserer at de som velger å avslutte substitusjonsbehandlingen skal følges tett opp under og etter nedtrapping. Det ville være ønskelig at det ble beskrevet nærmere hvilken hjelp de har krav på. Mange pasienter som har trappet ned og ikke lenger er medisinerert med metadon eller buprenorfin trenger fortsatt oppfølging over en lengre periode.

Kap.9: Kontrolltiltak

Det er nødvendig med særskilte utleveringsordninger og overvåkede inntak av legemidler for å sikre god behandling. Mange pasienter vil i starten av behandlingen, og i perioder senere, ha problemer med å administrere medikamentet og bruke det slik det er forskrevet.

Dersom krav om regelmessige urinprøver blir videreført som kontroll-tiltak bør retningslinjene drøfte alternative tiltak for pasienter som har problemer med å avlegge slike prøver (som ruskartlegging, spyttprøver). Pasienter som har problemer med å avlegge urin- eller blodprøver bør tilbys hjelp/behandling og ikke skrives ut av behandling. Eventuelt bruk av urinprøver må komme i tillegg til en tett oppfølging av pasienten, og ikke som erstatning for personlig kontakt og samtale mellom pasient og behandler. Urinprøver og andre kontrolltiltak må ikke brukes på en måte som hemmer etablering av en god relasjon og allianse.

Det bør gis en kort beskrivelse av andre metoder for å kontrollere og monitorere behandlingen, som ruskartlegging og klinisk vurdering av pasienten. Det står at urinprøver alene ikke kan være grunnlag for vurdering av pasientens rusmestring, men ikke noe om hvilke andre metoder som er anerkjent. Selvrapportert rusbruk gir ofte de samme resultatene som urinalyser, og god kartlegging for eksempel ved hjelp av rusdagbok vil gi mer detaljert og nøyaktig informasjon enn urinalyser. Vurdering av skadelig bruk og avhengighet sammen med pasientens psykiske og somatiske tilstand er viktig når kontrolltiltak skal vurderes og iverksettes.

Kommentarer til retningslinjene:

6.4. Henvisning

I beskrivelsen av henvisningens innhold (6.4 + vedlegg 2) brukes overskriftene Rushistorie, Sosial situasjon, Medisinske forhold, men *ikke* Psykologiske forhold. Til tross for at det i utkast til forskrift (3.1.1) presiseres at ”Tjenestetilbudet skal ha både en medisinsk, psykologisk og sosialfaglig tilnærming” blir det psykologfaglige perspektivet her begrenset til psykiske helseproblemer beskrevet under medisinske forhold. Fordi psykologiske forhold er sentralt for hvordan pasientens behandling tilrettelegges bør dette være nevnt i eget punkt. Opplysninger som er viktig for å tilrettelegge behandlingen er informasjon om hvordan pasienten reagerer på grenser og kontroll, evnen til å planlegge og gjennomføre (eksekutive funksjoner), behov for struktur (impulskontroll, hukommelse), om pasienten klarer å delta i møter (sosial angst), hvor langt et møte bør være (konsentrasjon), erfaring med samarbeid (relasjon og allianse) I tillegg til det som er nevnt under psykiske helse er også eventuelle ADHD-symptom (impulsivitet) og traumatisk stress-reaksjoner (panikk, aggresjon, dissosiering) viktig informasjon å formidle.

7.2. Annen avhengighet:

I Retningslinjene under kap. 7.2.1 sies det at det bør arbeides aktivt terapeutisk for å optimalisere den enkeltes rusmestring. Under kap. 7.2.3 om alkohol står det at pasienter som har eller er i ferd med å utvikle alkoholavhengighet bør tilbys behandling. Vi finner imidlertid ikke tilsvarende formulering under kap. 7.2.2 om benzodiazepiner (BZD). Dette er underlig så lenge det er flere pasienter som er avhengig av BZD enn alkohol. Bruk av BZD er problematisk i forhold til medisinerings med metadon, til dels også buprenorfin.

Formuleringen ”Pasienten bør være uten bruk av beroligende og søvngivende legemidler før oppstart i LAR” gir ingen mening. All forskning og klinisk erfaring tilsier samtidig og

integreert behandling, dette har kommet med i kap. 7.3 om Psykiske lidelser. Vi ser ingen grunn til å gjøre andre vurderinger når det gjelder avhengighet av andre rusmidler eller legemidler.

Under punktet om benzodiazepiner (7.2.2) konkluderes det med at BZD ikke skal forskrives til pasienter i LAR. Retningslinjene skiller ikke mellom bruk av BZD i nedtrapping ved avhengighetsbehandling og annen bruk av BZD. Det henvises til Nasjonalt kunnskapssenter sin oppsummering om nytten av BZD i behandling av personer med rusmiddelproblemer. Denne rapporten viser at kunnskapsgrunnlaget for avvenning fra BZD hos rusmisbrukere mangler. Studiene som er funnet gjelder personer med langtidsbruk av BZD uten klar rusanamnese. Kunnskapsgrunnlaget viste her bedre effekt ved langsom enn rask avvenning. Bruk av BZD-nedtrapping sammen med kognitiv terapi øker sannsynligheten for å lykkes med behandling av BZD-avhengighet hos enkelte pasienter. Formuleringen ”streng psykiatrisk vurdering” er ikke et gangbart uttrykk, meningen kan sannsynligvis uttrykkes bedre ved å si at tilstanden må være alvorlig eller at kravene må være strenge. Fastlege sammen med psykolog med relevant kompetanse vil kunne gjøre en vurdering av om en pasient kan ha behov for, og nytte av, medikamentstøtte ved behandling av BZD-avhengighet. Det samme vil trolig gjelde framtidige spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin og spesialist i allmenntilleggsmedisin med videreutdanning i kognitiv terapi,

7.3. Psykiske lidelser:

I kap. 7.3 første avsnitt står det at ”Pasienter med psykiske lidelser skal derfor utredes og tilbys adekvat behandling for disse”. Alle pasienter i LAR bør utredes for psykiske lidelser og tilbys behandling. Vi vet at forekomsten av psykiske lidelser er høy, de aller fleste har en eller flere symptomlidelser, ofte i kombinasjon med atferds- og personlighetsvansker. Likevel blir det oversett og underdiagnostisert og det er derfor ikke tilstrekkelig å tilby utredning og behandling til de med en kjent psykisk lidelse. I oversikt over hva som bør kartlegges (vedlegg 1 til kap. 7) bør traumerelaterte lidelser tilføyes.

Kognitiv svikt: Vedlegg 1 til kapittel 7 omtaler kognitiv fungering som noe som bør utredes som en del av psykisk helse. Kognitiv svikt bør omtales i eget avsnitt. Kognitiv svikt kan være knyttet til psykisk lidelse, men skyldes like ofte skader (hodeskade, overdose) og somatiske forhold. Utredningen bør inneholde nevrologiske og nevropsykologiske undersøkelser. Hukommelses- og konsentrasjons-problemer er ikke en god nok beskrivelse av indikasjon for utredning. Det er særlig viktig å utrede de pasientene som har problemer med å følge opp og gjøre nytte av behandlingen. Pasientens kognitive fungering er en god prediktor for hvordan det vil gå med pasienten i behandling, og er viktig i utformingen av behandlings- og rehabiliteringstilbudet. Kunnskap om kognitiv fungering er også viktig i utformingen av kommunale hjelpe- og støttetiltak.

8.3. Avrusning før LAR:

Det ser ut til å være enighet i arbeidsgruppen om at pasienten bør avgiftes fra alle andre rusmidler før oppstart med opioider, men noe uenighet om hvor strengt dette skal praktiseres. Det er ikke beskrevet når avgiftning før oppstart ikke anbefales. Abstinenssymptomer ”trigger” PTSD-symptomer og fører til at pasienter med traumerelaterte lidelser får en økt aktivering hvor gjenopplevelse, mareritt og panikkangst forekommer hyppigere og med større intensitet. Gjentatte psykotiske episoder utløst av rus eller abstinens vil kunne føre til en kronisk tilstand, som igjen medfører økt lidelse og er krevende å behandle. Stabilisering på substitusjons-medikament før avgiftning av BZD vil kunne redusere risiko og lidelse for enkelte pasienter.

9.3. Henteordninger:

Det legges for stor vekt på bruk av urinprøver når henteordning skal vurderes. Urinprøver (evt. spyttprøver) gir en indikasjon på hyppighet av inntak av rusmiddelet eller legemiddelet, men sier lite om mengde og rusnivå. De avdekker i liten grad alkoholbruk og heller ikke feil bruk av medikamentet, en situasjon hvor daglig overvåkede inntak kan være ønskelig. En pasient kan ha god rusmestring, men dårlig kontroll over inntak av legemiddelet (dose, injisering). I tillegg vil det ofte ikke være tilrådelig eller ønskelig med ta-med-hjem doser for pasienter som er kaotiske og ikke kan ta vare på medikamentet, eller deprimerte pasienter hvor det er fare for suicid eller hvor det å hente medikamentet kan være en hjelp til å komme ut og i aktivitet.

10.6. Skader og somatisk sykdom:

Det hadde vært fint om det ble presisert at pasienter i LAR skal ha samme rett til lik behandling som andre pasientgrupper, ikke bare hos fastlegen men også ved legevakt og spesialisthelsetjeneste. Måten vi blir møtt på når vi er syke og trenger hjelp har stor betydning for vår selvfølelse og opplevelse av menneskeverd. Det er ikke noe unntak for personer med et alvorlig rusproblem, deres livssituasjon tilsier at de er enda mer sårbare enn andre.

10.7. Psykisk lidelse:

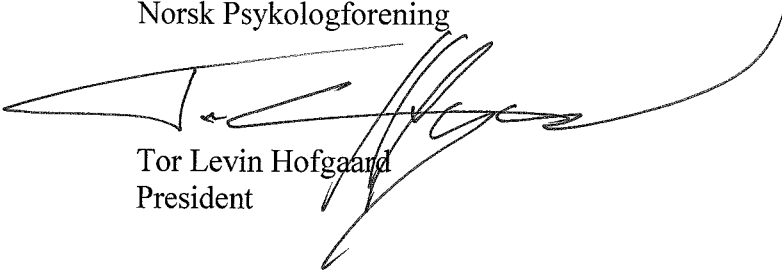
Det henvises til at det finnes en rekke utredningsverktøy for kartlegging og diagnostisering av psykiske lidelser. Det gis eksempel på to kartleggingsverktøy (MADRS og SCL-90-R) som kan være egnet ved kartlegging av psykiske problemer eller lidelser, uten at det spesifiseres hva de kartlegger. Så lenge det er tatt et valg om å ikke omtale psykisk helse mer omfattende bør eksemplene tas ut og det bør i stedet henvises til aktuelle veiledere og andre informasjonskilder.

10.8. Smertebehandling:

Det finnes lite dokumentert kunnskap om hvordan smertebehandling av opioidavhengige skal gjennomføres. Smerter og redsel for smerter utgjør en risikofaktor for bruk av rusmidler og legemidler. Det bør påpekes at det er behov for forskning på dette feltet. Forskingen bør omfatte både farmakologisk og psykologisk behandling.

Norsk Psykologforening håper disse innspillene blir tatt til etterretning og ønsker departement og direktorat lykke til videre i det viktige arbeidet med LAR forskrift og LAR retningslinje.

Med vennlig hilsen
Norsk Psykologforening



Tor Levin Hofgaard
President