

Til:

- Helsedirektoratet  
postmottak@helsedir.no



Oslo, 17. februar 2015  
Ref.: 139/15/AS/ph

**Høring – utkast til IS-2211 Nasjonal faglig retningslinje for avrusning – fra rusmidler og vanedannende legemidler.**

Norsk Psykologforening anser at de faglige råd som ligger i den foreslåtte retningslinje (IS-2211), vil bety en klar styrking av feltet. Det er positivt at Retningslinjen legger til grunn en tverrfaglig forståelse av avrusning.

Retningslinjen er etter vår vurdering for omfattende og dermed for vanskelig å finne fram i. Mange tema behandles på flere steder. Det blir også for likt en lærebok når en inkluderer f.eks. 1.6 «Historisk utvikling i Norge». Kapittel 6 bør også strammes inn og det anbefales at det skjæres ned på teksten. Psykologforeningen mener dette er mulig uten at nedskjæringene behøver å gå ut over anbefalingene.

Psykologforeningen mener at 1.3: Definisjoner: «*Avrusning* vil i hovedsak bli brukt som begrep i retningslinjen. Avrusning innebærer både de medisinske og psykososiale prosessene som pasienten gjennomgår når han eller hun ønsker å avslutte bruken av ett eller flere rusmidler.» I en retningslinje for avrusning er det medisinske fokus selvsagt, men både før, under og etter avrusning er det viktig å ivareta både psykologiske og sosiale perspektiver og sikre at psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse er tilgjengelig. Det er derfor vår anbefaling at «psykososiale» erstattes med «psykologiske og sosiale». Dette ikke minst fordi klare psykologiske reaksjoner som angst/depresjon/ tankekjør, forvirringstilstander, vansker med å holde ut/stå i avrusningen, opplevelse av håpløshet/lite tro på å klare seg uten rusmidler/medisiner svært ofte er del av avrusningen. Og det er viktig å øke innsikt og lære nye mestringsstrategier i avrusningsfasen. Alt dette er psykologiske forhold og prosesser.

Under «3.2.1 Poliklinisk avrusning» burde det også under «Vurdering» vært tydeliggjort at vurdering av sosial situasjon må gjøres. Under «Anbefalinger» bør også psykologisk oppfølging/behandling nevnes. God struktur, trygge rammer med psykososial støtte og metoder som kognitiv atferdsterapi (CBT), relasjonsbygging, mentaliseringsbasert terapi og motiverende terapi kan beskrives som nyttig både i klinikk og ved poliklinisk avrusning. CBT går igjen i litteraturen som en effektiv metode både med tanke på å teste ut ugyldige tanker/endre forståelse og atferd, oppøving av nye mestringsstrategier og tro på egen mestringssevne, og bør vel, selv om der ikke er RCT studier, kunne anbefales brukt også i avrusning.

Ved avrusningsenhetene i TSB bør det være tydelig at medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse skal være ansatt. Når det i retningslinjens 4.2.2 står:

*«Pasienten bør mottas av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og tverrfaglig personell, utredes for behandlingsbehov i akutt fase og nødvendig behandling skal igangsettes»* er det lett å være enig i at vi ønsker en spesialist i rus- og avhengighetsmedisin tilgjengelig, men det er også ønskelig med spesialisert psykologkompetanse. «Tverrfaglig personell» er en svært vag betegnelse som bør unngås.

Når det gjelder kartlegging kunne også Alkohol-E vært med som eksempel på kartlegging som både gir informasjon om problemområder/omfang og motivasjon for endring. EuropAsi er ikke et egnet instrument i en avrusingsfase.

Med disse innvendingene ser Psykologforeningen frem til ferdigstillelse av disse Retningslinjene.

Med vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening

Tor Levin Hofgaard  
President