

Elektronisk tilbakemeldingsskjema

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

Tilbakemelding: Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema senest 18.februar 2015

Skjemaet brukes til:

- kommentarer knyttet til bestemte avsnitt
- generelle kommentarer

| | Navn | Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB) |
|------------------|--|---|
| | Organisasjon, Rapportør, Mailadr | tsb@ous-hf.no |
| Kommentar nummer | Kapittel /side / spørsmål: | Kommentarer: |
| 1 | 1.2. Målgruppe | Målgruppen bør også omfatte helsepersonell som arbeider i fengsel/kriminalomsorg jfr. punkt 3.4. for på den måten bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenester til innsatte skal være likeverdig med øvrig befolkning. |
| 2 | 1.3. Definisjoner | NK-TSB er enig den faglig forståelse av avrusningsbegrepet som forslaget til retningslinje legger til grunn og er tilfreds med at betydningen av både medisinske og psykososiale prosesser presiseres i definisjonen av avrusning. I praksis innebærer dette at både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse må være tilstede når pasientene tilbys avrusning innen spesialisthelsetjenesten. |
| 3 | 1.5. Prinsipper for avrusning og abstinensbehandling | Her skisseres en rekke målsetninger og prinsipper for avrusning og abstinensbehandling uten at det presenteres hvilke kunnskapskilder disse prinsippene er utledet fra, og forholdet mellom målsetningene /prinsippene og de ulike faglige anbefalingene fremstår som uklart. Det foreslås at disse prinsippene enten innarbeides som en del av anbefalingene |

| | | |
|---|---|---|
| | | eller strykes. |
| 4 | 1.6. Historisk utvikling i Norge | <p>Dette kapitlet fremstår som mangelfull og Oslo-sentrert. En presentasjon av den historiske utviklingen i Norge må enten være fullstendig, eller strykes.</p> |
| 5 | 2. Metode | <p>Generell kommentar:</p> <p>Utgangspunktet for retningslinjen er «<i>i prinsippet anbefalinger og råd og skal bygge på god oppdatert faglig kunnskap</i>» (punkt 2.1). Det henvises også til at kunnskapsbasert praksis baserer seg på en «<i>integrasjon av tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap og brukerne og klinikers erfaringsbaserte kunnskap</i>» (punkt 2.9).</p> <p>NK-TSB anerkjenner at det er gjort systematiske litteratursøk og en gjennomgang av aktuell forskning. Forskningssøkene gir imidlertid få høyt graderte anbefalinger. Av retningslinjens 112 anbefalinger er det kun 10 anbefalinger som er graderte som «skal» (A)-anbefalinger. Disse er ofte relaterte til lovverk og medisinske prosedyrer. Troverdigheten til anbefalinger som er gitt D-gradering og til en viss grad også C-gradering bygger i stor grad på autoriteten til ekspertene som har gjort vurderingene (jfr. 2.11) Med andre ord blir prosjektgruppens faglige skjønn tillagt stor vekt.</p> <p>Prosjektgruppen har en relativt svak brukerrepresentasjon og er ikke tilstrekkelig tverrfaglig sammensatt. To-tre brukerrepresentanter og kun én sosionom og én psykolog har deltatt i prosjektgruppen som ellers teller syv leger og to sykepleiere. Dette forholdstallet gjør NK-TSB bekymret for at det sosialfaglige og psykologfaglige skjønnet, samt brukerperspektivet, ikke er tilstrekkelig ivaretatt i utformingen av retningslinjen.</p> <p>Selv med en bredere sammensatt prosjektgruppe, mener NK-TSB at det likevel er nødvendig at det gjøres <i>systematiske oppsummeringer av klinikers erfaringer og brukeres erfaringer</i> slik at erfaringsgrunnlaget fremstår som representativt for alle fagperspektiver som arbeider med TSB. På samme måte er det viktig at bredden i brukeres erfaringer vektlegges i retningslinjer og at dette oppsummeres systematisk. Dette er</p> |

| | | |
|---|------|--|
| | | <p>spesielt viktig når det vitenskapelige grunnlaget er svakt eller mangelfullt.</p> <p>NK-TSB er også bekymret for at retningslinjen fremstår som for omfattende tekstlig. Enkelte kapitler bærer mer preg av å være «lærebok» og en presentasjon av deler av tjenestetilbudet, enn en presentasjon av faglige anbefalinger med begrunnelser. Det anbefales derfor at retningslinjen bearbeides for å tilgjengeliggjøres bedre.</p> <p>Flere av anbefalingene fremstår som ivaretatt av generelle lov-krav; spesielt gjelder det forhold som er knyttet til krav til faglig forsvarlighet. Det foreslås derfor at teksten gjennomgås og forenkles for å sikre at retningslinjen ikke «konkurrerer» med lovformuleringer.</p> <p>Det anbefales også å gjøre en kritisk gjennomgang med sikte på å begrense antall anbefalinger samt å lage en tydelig kobling til overlappende anbefalinger i andre retningslinjer; spesielt den nasjonale retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IA 1701) og <i>Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelse og psykisk lidelse</i> (IS -1948). Der veiledere bidrar til utdypende kunnskap, kan en med fordel henvise konkret til disse. Dette gjelder eksempelvis <i>Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet</i>, (IS-2014), <i>Prioriteringsveileder for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i> (IS-2043) og <i>Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet</i> (IS-1742).</p> |
| 6 | 2.14 | <p>Avgrensning</p> <p>Det påpekes at «<i>Arbeidet med retningslinjen er satt i sammenheng med arbeidet med IS -2219 samt andre ferdigstilte og pågående arbeide med retningslinjer og veiledere i Helsedirektoratet</i>». NK-TSB etterlyser en <i>synliggjøring av hvordan</i> disse koblingene er gjort f.eks. med konkrete henvisninger til andre retningslinjer der det er overlappende anbefalinger. En <i>synliggjøring av koblingene</i> er en</p> |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| | | nødvendig forutsetningene for at de faglige anbefalingene skal fremstå som konsistente og bidra til mer enhetlig praksis. |
| 7 | 2.15 | <p>Implementering, evaluering og revisjon.</p> <p>NK-TSB er tilfreds med at det varsles at det vil igangsettes «<i>et omfattende implementeringsarbeid i forbindelse med ferdigstilling av retningslinjen</i>» og forutsetter at det settes av tilstrekkelige økonomiske ressurser til at et slikt arbeid kan realiseres.</p> <p>Det er gjennomført en kartlegging av avrusningsenheter i Norge, men den er begrenset til å gi informasjon om hvilke type rusmiddel enheten tilbyr å avruse pasienten fra, om det tilbys øyeblikkelig hjelp eller om det tilbys tvang (kap 14.1). På tilsvarende måte er det utarbeidet en oversikt over hvor mange innsatte i norske fengsler som har behov for avrusning og hvorvidt denne avrusningen gjennomføres på cella eller i egne senger samt om det tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer (kap 14.2). Disse kartleggingene gir begrenset informasjon om et antatt «kvalitetsgap» mellom dagens avrusningstilbud og forslagene i avrusningsretningslinjen. NK-TSB er kjent med at det er svært ulik praksis lokalt og nasjonalt i rusbehandling. Dette gjelder spesielt akuttbehandling. For å sikre at det settes tilstrekkelig prioritet i arbeidet med å få rusbehandling ivaretatt på en faglig forsvarlig måte i hele landet, anbefaler vi at Helsetilsynet anmodes om å gjøre et nasjonalt tilsyn innen TSB.</p> <p>NK-TSB imøteser en aktiv prosess med evaluering og revisjon av retningslinjen og bidrar gjerne i en slik prosess.</p> |
| | 3 Rammeverk og organisering | Det etterlyses en tydeligere presisering av hvordan samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, NAV og fastlege skal ivaretas når pasienter avruses. Bruk av ansvarsgrupper, individuell plan og innhold i såvell henvisninger og epikriser bør konkretiseres. Betydningen av dette samarbeidet er understreket i så vel LAR-retningslinje og ROP-retningslinje samt en rekke veiledere. |
| | 3.2.1 Poliklinisk avrusning | NK-TSB har gjennom prosjektet «Rett og |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>frist – prioritering av pasienter i TSB» igangsatt et arbeid for å bidra til at like henvisninger til behandling i TSB vurderes likt uavhengig av hvor pasienten søker behandling. Erfaringene så langt indikerer at det er relativt store regionale og lokale forskjeller i hvordan en forstår pasientrettighetene. Dette gjelder også hvilke nivå pasienten skal få ivaretatt sine rettigheter på.</p> <p>Etter vår erfaring er det få helseforetak/private samarbeidspartnere som har tilbud om poliklinisk avrusning i system. Det er derfor en risiko for at tilbud om poliklinisk behandling er avhengig av hvor i landet pasienten bor. Manglende tilgang på poliklinisk avrusning vil kunne føre til at pasientene behandles på for høyt nivå med de ulemper det kan medføre for både den enkelte pasient og for samfunnsøkonomien.</p> <p>NK-TSB er tilfreds med at det i forslag til retningslinje anbefales at det bør være et tilbud om poliklinisk avrusning. Dette bør utføres av personell med både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse, og ikke begrenses til å være medisinsk faglig oppfølging slik anbefaling nr.1 nå foreslår.</p> <p>Anbefaling nr.2 berører flere forhold som også er omtalt i prioriteringsforskriften og i prioriteringsveilederen. (IS-2043): Det bør derfor henvises til denne.</p> <p>Anbefaling nr 3. bør anses å være ivaretatt av det generelle lovkrav til faglig forsvarlighet og ansees derfor som unødvendig.</p> |
| | <p>3.3. Avrusning i andre deler av spesialisthelsetjenesten</p> | <p>NK-TSB er tilfreds med at forslaget til avrusningsretningslinje anerkjenner andre deler av spesialisthelsetjenesten som arena for å fange opp pasienter hvor rus er en direkte eller indirekte årsak til innleggelsen. Det er gjort flere studier internasjonalt og nasjonalt som diskuterer og problematiserer bruk av screening for å fange opp pasienter med rusproblemer i somatiske avdelinger (se f.eks Aalto, M., Pekuri, P., Seppa, K. (2002). Primary health care professional's activity in intervening in patients` alcohol drinking:</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>a patient perspective. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 66, 39-43. Rootman, D.B., Mustard, R., Kalia, V., Ahmed, N. (2007). Perceptions and realities of testing for alcohol and other drugs in trauma patients. <i>The Journal OG Trauma: Injury, Infection and critical care</i>, 63, 1370-1373).</p> <p>Vi etterlyser en bredere drøfting av kunnskapsgrunnlaget og en oppdatert forskningsgjennomgang. Spesielt viktig er råd om hvordan klinisk kartlegging skal gjennomføres på måter som gjør at pasientene opplever det å få spørsmål om personlige forhold og helseforhold som relevante og konstruktiv for å komme ut av rus- og avhengighetsproblemer og ikke som en teknisk rutine.</p> <p>NK TSB har et prosjekt «Rus i kroppen?» som skal bidra til formidle praktiske erfaringer, systemer og modeller for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer i somatiske avdelinger og evt. viderehenvise disse til TSB. Erfaringene fra dette prosjektet viser at det må gjøres et betydelig arbeid for at dette skal realiseres. Det er derfor ønskelig at Helsedirektoratet gjennom retningslinjen tydeliggjør hvem i helseforetaket som har ansvar for at denne anbefalingen realiseres.</p> |
| | 3.5. Kjønnsdelt behandling | NK-TSB foreslår at dette avsnittet samordnes med forslag til behandling og rehabiliteringsretningslinjens anbefalinger om kjønnsdelt behandling. |
| | 4. Akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp | <p>Anbefaling nr 1 og 2 overlapper med anbefalinger i ROP-retningslinjen. Det bør henvises konkret til disse.</p> <p>I anbefaling nr. 3 foreslås at det tas inn følgende presisering som i forslaget står som en del av bakgrunnen (siste setning første avsnitt s 31) «<i>Dersom rusmiddelbruk er dominerende i sykdomsbildet må det gjøres en tverrfaglig vurdering og pasienten må gis helsehjelp i TSB dersom hjelpebehovet er akutt</i>» På den måten kan en bidra til å klargjøre ansvarsdelingen mellom somatiske avdelinger og TSB.</p> |
| | 4.2. Akutt rusbehandling - anbefalinger | NK-TSB anbefaler at det gjøres en vurdering av om anbefaling nr.1 allerede er ivaretatt av |

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| | | <p>Spesialisthelsetjenestelovens generelle bestemmelser i § 3-1 og at foreslått prosedyre ved akuttmottak i istedenfor gjøres til en anbefaling.</p> <p>Anbefaling nr 2 foreslår å erstatte «tverrfaglig personell» med «<i>personell med psykologisk og sosialfaglig kompetanse</i>» for på øke presisjonsnivået i retningslinjen.</p> |
| | <p>4.3. Rusakuttenheter</p> | <p>Alle pasienter har rett til øyeblikkelig hjelp uavhengig av hvor de bor og hvordan helseforetakene velger å organisere tjenestene. Det fremstår derfor som snevert å kun presentere hvordan tilbudet er organisert i Oslo og Bergen. Det anbefales derfor at avsnittet enten omskrives til å gjelde hele landet eller strykes.</p> |
| | <p>5. Brukermedvirkning</p> | <p>NK-TSB vil fremheve at brukermedvirkning er et svært viktig punkt som følger av lov. Rollen som pasient med rus- og avhengighetsproblemer innebærer at brukeren har rett til og skal ha muligheter for å være med på å utforme egen behandling jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven. Helseforetaksloven legger samtidig rammer for at pasienter skal ha rett til å bli representert gjennom sine brukerorganisasjoner og være med å forme innholdet i tjenestene.</p> <p>Etter NK-TSB vurdering bærer derfor teksten preg av en intensjon av å være «lærebok» mens de fire første anbefalingene er ivaretatt av lov og derfor unødvendige.</p> <p>Når det gjelder forslag nr 5 om at «<i>virksomhetene bør vurdere å ansette erfaringskonsulent</i>» etterlyser kompetansetjenesten kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget for å foreslå dette. Skrifserie nr 1/2014 (Torjussen m.fl) viser at et fåtall av TSB-tiltakene bruker ordningen. Etter NK-TSB erfaring er også ordningen omdiskutert blant brukerorganisasjonene.</p> <p>NK-TSB vil fremheve at et viktig tiltak for å øke brukermedvirkningen på individnivå er å ta i bruk feedback verktøy på en strukturert måte jfr. Jessica D. Goodman, James R. McKay, and Dominick DePhilippis Progress Monitoring in Mental Health and Addiction Treatment:</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>A Means of Improving Care. 2013, Vol. 44, No. 4, 231–246. I forslag til retningslinje for behandling og rehabilitering er dette foreslått som en anbefaling. NK-TSB foreslår at dette også inkluderes i avrusningsretningslinjen og gjøres gjeldende for avrusningsinstitusjonene. Alternativt kan det henvises til behandlingsretningslinjen.</p> |
| | 6. Generelt om avrusning | <p>NK-TSB er enig i vurderingen av at kunnskapsgrunnlaget for effekten av psykososiale tiltak i rusbehandling antas å ha overføringsverdi fra generell rusbehandling til behandling i en abstinensfase slik det er poengtert innledningsvis i vurderingen i 6.1.3. I dette kapittelet er det derfor spesielt viktig at det lages konkrete henvisninger (lenker) til retningslinjen om behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.</p> |
| | 6.1.2 Kontaktetablering og relasjon og 6.1.3. Miljøterapi ved abstinensbehandling | <p>Kapittelet bør etter vår vurdering reduseres for å bli mindre «lærebok-aktig». Etter vår vurdering er kapittelet svært generelt skrevet med kun opprøpsing av aktuelle metoder.</p> <p>Det etterlyses referanser til aktuell litteratur/forskning innen rus- og avhengighetsbehandling fremfor i psykisk helsevern jfr kap 6.1.2 og 6.1.3. Miljøterapi har solide tradisjoner innenfor rusfeltet og det finnes flere aktuelle historiske referanser som ikke er nevnt, eksempelvis Furuholmen/Schanche Andresen 2007. Det finnes også flere aktuelle bidrag eksempelvis Skårderud & Sommerefeldts bok «Miljøterapi – mentalisering som holdning og handling» (2013) Det fremstår derfor som om rusfagets egne faglige bidrag ikke anerkjennes når det i istedet vises til «grunntanker fra miljøterapi i psykisk helsevern» slik det er formulert innledningsvis i kap 6.1.2. Dette inntrykket bør endres.</p> <p>Det etterlyses en mer konkret henvisning til hvilke psykososiale behandlingsmetoder som vurderes å være effektive generelt og hvilken betydning dette får for miljøterapi i avrusningssituasjoner. Dette gjelder eksempelvis kognitiv terapi og mentailiseringsbaserte metoder som har</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>vist seg effektive i rus- og avhengighetsbehandling. Fremfor generelle betraktninger bør kapittelet bidra med konkrete henvisninger til aktuelle behandlingsmetoder i behandlings- og rehabiliteringsretningslinjen og aktuelle konkretiseringer av hvordan disse metodene kan anvendes i avrusningssituasjoner.</p> |
| | <p>6.1.5. Kompetanse og opplæring</p> | <p>Etter NK-TSBs vurdering bærer hele kapittelet preg av at miljøterapi anses som en kompetanse enkelte ansatte har fremfor en spesifikk metode som alle ansatte kan bruke. Dette foreslås endret til en anbefaling om «at det fremkommer i avdelingens behandlingstilbud og i kompetanse hos alle ansatte uansett om de er leger, sykepleiere, psykologer, sosialfaglig utdanning eller har annet fagkompetanse». På samme måte bør ikke anbefaling 2 ” om system for metodisk veiledning” eller anbefaling nr 3 «ansatte sikres mulighet for faglig og etisk refleksjon i forhold til daglig praksis» begrenses til de som er miljøterapeuter.</p> <p>Etter vår vurdering er dette anbefalinger som alle yrkesgrupper som arbeider i TSB bør kunne følge. Vi kan ikke se at kunnskapsgrunnlaget indikerer at dette burde begrenses til de som er ansatt som «miljøterapeut».</p> |
| | <p>7.-Kartlegging</p> | <p>I prinsippet mener NK-TSB at det ikke burde være nødvendig å ha konkrete anbefalinger om at pasienten bør undersøkes av lege før avrusning starter. At pasienten skal undersøkes av lege ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten bør følge av de allmenne krav til faglig forsvarlighet og er i så måte unødvendig. Det samme gjelder nødvendigheten av å konkretisere hvilke grunnleggende kliniske undersøkelser/ laboratorieundersøkelse som bør foretas av pasientene.</p> <p>Etter NK-TSBs erfaring er det fortsatt for få leger innen TSB, og som følge av dette har et begrenset antall behandlingssteder tilgang på lege døgnet rundt. Pasienter som kommer tilbake til døgnbehandling etter eksempelvis avbrudd/tilbakefall, blir derfor i praksis ikke alltid undersøkt av leger. De kliniske undersøkelsene av</p> |

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| | | <p>pasientene kan også være mangelfulle. Etter en samlet vurdering støtter derfor NK-TSB disse forslagene til anbefalinger. Et alternativ er at man anmoder om et nasjonalt tilsyn fra Helsetilsynet for å sikre at forsvarligheten er ivaretatt. Dersom man velger å la anbefalingene stå etterlyser vi anbefalinger om at den kliniske undersøkelsen også må innebefatte suicidalvurderinger og voldsrisikovurderinger. Det bør også presiseres at selve kartleggingen kan utføres av helse- og sosialfaglig personell som har opplæring i dette, mens vurderingene må gjøres av lege med spesial kompetanse/ legespesialist eller psykologspesialist. Se IS -1511 Nasjonal retningslinje for selvmord i psykisk helsevern (s 16)</p> |
| | 7.4. Motiverende intervju | <p>Kapittelet fremstår som løsrevet fra andre kartleggingsverktøy. Kapittelet anbefales forkortet og flyttet til kapittel 6.</p> |
| | 8,9 og 10 | <p>Disse kapittelet omhandler i all hovedsak medisinsk behandling av avrusning av alkohol. Dette bør synliggjøres i navnet på kapitlene.</p> <p>Andre behandlingstiltak eks kap 8.5., 10.6 og 10.7. bør samles i kapittel 6 og gjøres mer almene. Forebygging av tilbakefall og psykososial oppfølging er aktuelt for alle pasienter med behov for avrusning.</p> |
| | 8. Avrusning fra alkohol | <p>Språkbruken i andre avsnitt bør endres slik at en unngår bruk av folkelig, muntlig stigmatiserende og moraliserende språk som «plutselig kjørt seg ned i alkoholbruk» og «plutselig påtvinges en avrusning fordi de har gått tom for drikkevarer».</p> |
| | 8.3. Valg av behandlingsnivå | <p>I kap 3.2.2. skisseres en rekke grunner til at pasienten kan gis tilbud om innleggelse til avrusning. I avsnitt 8.3. snevres dette inn til at «døgnbehandling reserveres for dem som trenger det av medisinske grunner.» Dette fremstår som inkonsekvent og uheldig. Teksten og anbefaling nr 1 bør endres slik at den er i samsvar med anbefalingene på side 26.</p> |
| | 8.3.2. Poliklinisk avrusning | <p>Viser til kommentarer under 3.2.1. I anbefaling nr. 4 bør andre setning strykes «Alle pasienter som ikke lar seg vekke bør behandles på sykehusnivå som akutt forgiftning». At personer som ikke lar seg vekke bør behandles på sykehusnivå</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | fremstår av krav til forsvarlighet og er dermed allerede ivaretatt. Fremstår også som underlig at dette graderes som en «B»-anbefaling. |
| | 8.4.5. Delir tremens – profylakse og behandling | I teksten står det at «fullt utviklet delir bør behandles på en avdeling med kvalifisert medisinsk personell og mulighet for somatisk overvåking». Det bør tydeliggjøres i en konkret anbefaling. |
| | 8.5. Forebygging av nye rusepisoder | Anbefaling nr. 1 fremstår som overflatisk. Samarbeid med førstelinjen bør inngå som en egen anbefaling ref kommentar under kap 3. Dette avsnittet bør konsentrere seg om samarbeid rundt den medisinske oppfølging av pasienten. Anbefalingen nr 2 bør utvides til å poengtere betydningen av å etablere et tett samarbeid med fastlegen om oppfølging av medisinering etter avrusningsoppholdet. |
| | 9. Avrusning fra benzodiazepiner | Anbefalingen om hvordan å avveie hvilke funksjon benzodiazepiner har for den enkelte pasient bør konkretiseres. Det bør også vurderes å flytte denne anbefalingen til kap 7 og lage et særskilt avsnitt som er spesifikt om benzodiazepiner, slik det er gjort med alkohol. |
| | 10.3. Risiko ved avrusning fra opioider | Avsnittet beskriver risiko ved avrusning av opioider. Det må likevel fremkomme at pasienter avruser seg som et ledd i et <i>behandlingsforløp</i> . Dette må tydeliggjøres i anbefaling nr.1. NK-TSB drifter et nettverk hvor ledere/klinikere, og etter hvert brukerrepresentanter, møtes regelmessig for å utveksle kunnskaper og erfaringer om hvordan LAR-behandlingen skal få høyest kvalitet. Der har et gjennomgående tema vært at det for pasienter og klinikere på avrusingsavdelinger kan være vanskelig å oppfatte forskjellen på å motta substitusjonsbehandling under avrusning og det å ha rettigheter til LAR-behandling. Resultater kan være at pasienter starter opp substitusjonsmedisinering under avrusning uten at det er sikret at lege kan eller ønsker å fortsette forskrivningen av medikamentet da dette forutsetter at de er har pasient rettigheter i LAR. Det er nødvendig at kunnskapen om disse forskjellene tydeliggjøres. Det foreslås derfor at det lages et eget avsnitt om avrusning av pasienter som får LAR |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>behandling, hvor dette tematiseres og hvor koblinger til LAR-retningslinjens synliggjøres.</p> <p>NK-TSB har gjort en vurdering av behovet for økt kunnskap om dagens behandlingstilbud til pasienter som ikke lenger ønsker substitusjonsbehandling i LAR (www.tsb.no). På bakgrunn av kunnskapssøket fra forskningen, LAR-klinikere og brukere, anbefaler vi at det utvikles en klinisk veileder for avslutning av substitusjonsbehandling i LAR. På den måten vil informasjonen til pasienten kunne bli tydeligere, variabler som er viktige for god prognose konkretiserer og praksisen nasjonalt kunne bli mer ensartet. På den måten kan anbefaling nr 3 følges opp.</p> <p>Anbefaling nr 3 bør også presisere at «nedtrapping av LAR-legemidler bør foregå i nært samarbeid med ansvarlig LAR- poliklinikk» for på den måten bidra til at slike nedtrappingen foregår i tett samarbeid med alle instanser rundt pasienten. Dette er spesielt viktig der pasienten er gravid.</p> |
| | <p>10.7. Behandling etter avrusning fra opioider</p> | <p>Det etterlyses en mer systematisk beskrivelse LAR-behandling, gjerne med henvisning til LAR retningslinje.</p> |
| | <p>11.3. Anabole androgene steroider</p> | <p>Nasjonal kompetansetjeneste TSB har et prosjekt hvor vi bl.a oppsummerer tilgjengelig forskning og utvikler en håndbok i utredning og behandling av pasienter som bruker AAS. Håndboken vil imidlertid ikke slutføres før sommeren 2015. Allerede nå kan vi imidlertid fastslå at det også forekommer bruk av AAS blant kvinner. Slik konsekvenser av bruk av AAS beskrives i avrusningsretningslinjen, kan en få et inntrykk av at dette er kun et problem hos menn. Dette bør endres.</p> <p>Det forekommer også ofte blandingsbruk av AAS og andre rusmidler. Dette bør en være oppmerksom på i avrusningssituasjoner. NK-TSB foreslår derfor at avrusningsretningslinjen enten henviser til behandlingsretningslinjens anbefaling om at bruk av dopingmidler kartlegges eller at dette skrives som en spesifikk anbefaling. En slik kartlegging bør gjøres rutinemessig i dialogen med</p> |

| | |
|--|----------------------|
| | den enkelte pasient. |
|--|----------------------|

Hvis nødvendig, føy til nye rader (bruk "sett inn" og "rader under" i tabellfunksjonen på verktøylinjen).

Bruk skjemaet slik:

- **Hver kommentar legges i egen rad**
 - **I første boks skrives kommentarnummer og i tredje boks selve kommentaren / eventuelle forslag til endringer**
 - **I andre boks skrives enten henvisning til kapittel og sidetall eller "generell" hvis kommentaren ikke er knyttet til noen av de nevnte**
- Ved henvisning til forskningslitteratur ønsker vi referanse.**

Eksempel:

| | | |
|----------|--------------------------|----------------------|
| 7 | Kap 7.2.2 side 46 | Kommentar ... |
| 8 | Spørsmål 3 | Kommentar ... |
| 9 | Generell | Kommentar ... |

Utfylt skjema sendes

postmottak@helsedir.no