

Elektronisk tilbakemeldingsskjema

Ekstern høring - utkast til Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet IS-2014, saksnr. 11/2625

Tilbakemelding:

- *Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema.*
- *Frist senest 12. mars 2015, utvidet til 1 april*
- *Skjemaet bes sendt på e-post til postmottak@helsedir.no*

Skjemaet brukes til:

- *kommentarer knyttet til bestemte områder*
- *generelle kommentarer*

Navn:	Nasjonal kompetansetjenestene TSB
Organisasjon, Rapportør, E-post:	tsb@ous-hf.no
Områder i retningslinjen	Kommentarer:
Innledning og metode	<p>Utgangspunktet når retningslinjen skrives er at <i>"En nasjonal faglig retningslinje skal bygge på kunnskapsbasert praksis. Det innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring skal vurderes samlet opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak"</i>(s 4).</p> <p>Dette kunnskapssynet deler NK-TSB og vil påpeke at dette burde fått større implikasjoner for metoden som brukes når Helsedirektoratet utformer retningslinjer.</p> <p>NK-TSB anerkjenner at det er gjort systematiske litteratursøk. Disse søkene på forskningslitteratur gir imidlertid få høyt graderte anbefalinger, noe som har sammenheng med et metodisk forskningshierarki der <i>"den metodiske tilnærmingen favoriserer randomiserte kontrollerte studier og gir kvalitativ forskning og tilgrensende forskning mindre tyngde"</i> (s. 7). Det er kun anbefaling nr 4 og nr 16 som har et moderat/høyt kunnskapsgrunnlag. 63 av 76 anbefalinger er basert på et</p>

konsensusbasert kunnskapsgrunnlag. I fravær av en forskningslitteratur som gir høyt gradede anbefalinger baserer majoriteten av anbefalingene seg i stor grad på autoriteten til arbeidsgruppen(e) m.a.o. arbeidsgruppen(e)s faglige skjønn blir tillagt stor vekt. Det fremkommer i høringsnotatet at *"klinisk kunnskap og brukerkunnskap har fremkommet gjennom diskusjoner i arbeidsgruppen og mellom arbeidsgruppedeltakere og andre brukere og klinikere"*. NK-TSB savner systematiske oppsummeringer av klinikers erfaringer slik at erfaringsgrunnlaget systematiserer grundigere enn hva som er mulig innenfor arbeidsgruppens diskusjoner. På samme måte er det viktig at bredden i brukerens erfaringer systematiseres. På samme måte som klinikere i arbeidsgruppe ikke kan representere all sider av fagutøvelsen, representerer ikke brukerrepresentantene "alle" brukere. Dette er særlig en utfordring i fht pasientgrupper som i begrenset grad blir representert i tradisjonelle brukerorganisasjoner som eksempelvis pasienter som har en annen etnisk opprinnelse enn norsk. Systematisering av kliniske erfaringer og brukererfaringer er spesielt viktig når forskningsgrunnlaget er begrenset slik tilfellet er for denne retningslinjen.

Systematisk oppsummering av forskning kliniske erfaringer og brukererfaringer er en arbeidsform som Nasjonal kompetansetjeneste har brukt i arbeidet med en uttalelse om hvilke fremtidige kunnskapsbehov TSB trenger for å møte pasienter som ønsker å avslutte LAR-behandling på en god måte (www.tsb.no). Vi ser at kunnskapsgrunnlaget som vi produserer gjennom å systematisere både eksisterende forskning, klinikers erfaringer og brukererfaringer har store sjanser for å bli førende for å utvikle fag og klinisk praksis videre. Direktoratet anbefales å ta i bruk denne og lignende arbeidsmetoder for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget

innenfor rusfeltet.

NK-TSB ber direktoratet vurdere hvordan en kan oppsummere klinikere og brukeres erfaringer i den løpende revisjonen av retningslinjen på en mer systematisk måte enn når retningslinjen ble utformet for første gang.

NK-TSB støtter at det skal utarbeides en implementeringsplan og at det sikres tilgang på ulike verktøy slik at ledere og klinikere får tilstrekkelig støtte i implementeringsarbeidet. Det er nødvendig at disse verktøyene foreligger samtidig som retningslinjen lanseres og at helsemyndighetene uttrykker klare forventninger til at de blir tatt i bruk av klinikere i hele landet.

NK-TSB registrerer at det henvises til en rekke retningslinjer som vurderes å berøre denne retningslinjen. Vi savner imidlertid en konkret kobling til overlappende anbefalinger i andre nasjonale retningslinjer, spesielt den nasjonale faglige retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengige (IA -1701), *Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelser og psykisk lidelse* (IS-1948), *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler* (IS-2211), Prioriteringsveilederen for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-2043) samt *Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet* (IS-1742). Med den stadig økende mengde retningslinjer og veiledere blir en slik praktisk "krysskobling" viktig for at retningslinjene/veilederne skal tas i bruk og vurderes som relevant, praktisk kunnskapsstøtte i ulike kliniske valgsituasjoner.

NK-TSB er tilfreds med at det er definert en bred målgruppe for retningslinjen og hvor pasientens helhetlige behandlingsforløp er utgangspunktet. Det savnes imidlertid

	<p>en konkretisering av ansvarsforhold mellom kommuner, de ulike aktørene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (Helseforetak og private samarbeidspartnere), psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester. Tydelige ansvarlinjer er avgjørende for at behandlingen skal ha god kvalitet og være kostnadseffektiv.</p>
<p>Prinsipper for tjenesteyting</p>	<p>NK-TSB støtter at pasientens / brukerens rett til informasjon poengteres. Dette er viktig både før pasienten henvises til TSB og under selve behandlingen. For at pasientenes valg av behandlingssted skal være reelt, bør det gjøres mye enklere å vurdere behandlingsstedet ut fra kvalitet. Portalløsningen www.frittsykehusvalg.no må utvikles og forbedres i retning av at pasientene får tilgang til evidensgrunnlaget for behandlingsmetodikken som de enkelte enhetene/ behandlingstilbudene følger og oppdatert informasjon om ulike kvalitetsvariabler brutt ned til data om hver enkelt behandlingsenhet. Kvaliteten på tjenestene bør beskrives bredt både hva gjelder <i>struktur</i> (hvilke rammer og ressurser behandlingen skjer innenfor), <i>prosess</i> (rutiner, prosedyrer og tilrettelegging) og <i>resultat</i> (hvordan går det med pasientene?) (Schaub og Uchtenhagen 2013). NK-TSB har i forbindelse med høringsuttalelse om Fritt behandlingsvalg begrunnet og konkretisert dette forslaget (www.tsb.no).</p>
<p>Ulike tjenestenivå – oppgaver og roller</p>	<p>NK-TSB etterlyser en tydeligere poengtering av at poliklinisk behandling er et fundament i rusbehandlingen hvor majoriteten av pasienter starter opp og også får sin TSB-behandling. Rus- og avhengighetslidelser er for mange pasienter en kronisk lidelse der forskning og klinisk kunnskap sier oss at vi må ha et langt perspektiv på behandling og oppfølging. Det kan</p>

	<p>gjelde en høy andel de 7000 pasientene som pr i dag er i legemiddelassistert rehabilitering.</p> <p>Poliklinisk behandling bør representere kontinuiteten i pasientens behandling i TSB. For å sikre god kvalitet på pasientforløpene vet vi at det er viktig å unngå relasjonsbrudd. Det er derfor viktig å ha en organisering av tjenestene som underbygger muligheten for kontinuitet i behandlingen. Tradisjonelt har døgnbehandling hatt en dominerende plass innenfor rusbehandling. NK-TSB mener derfor at poliklinikkens rolle bør poengteres tydeligere i prinsippene for TSB i denne retningslinjen.</p> <p>Poliklinisk behandling representerer også en mulighet for den enkelte pasient til å få behandling i nærheten av bosted i tett samhandling med kommunen pasienten er bosatt i. Dette er i tråd med overordnede faglige og politiske føringer i blant annet Samhandlingsreformen.</p>
<p>Anbefalinger <i>(angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</i></p> <p>Brukermedvirkning</p>	<p><i>Vedr. anbefaling 1 "systematisk brukerevaluering".</i></p> <p>NK- TSB vurderer denne anbefalingen som sentral og spesielt viktig å følge opp i implementeringsarbeidet. Gjennom prosjektet "<i>Hindre drop-out fra rusbehandling</i>" har NK-TSB i en tidsbegrenset periode fått i oppdrag fra de ulike RHF å koordinere arbeidet mellom regionale drop-out team. I dette arbeidet er bruk av feedbackverktøy et sentralt element. Etter NK-TSBs erfaring er det i dag et svært begrenset antall TSB-virksomheter som bruker feedbackverktøy på en strukturert måte. NK-TSB arbeider nå med en oppsummering av hvilke muligheter og begrensninger som ligger i de ulike feedback-verktøyene som Goodman et al (2013) vurderer ut fra en rekke faktorer som er klinisk viktige (antall variabler, administrasjonsmåte, alliansemål, rusmestring m.m.). Denne oppsummeringen vil være tilgjengelig</p>

på www.tsb.no i løpet av året.

Vedr. anbefaling 2 *"brukerstyrte innleggelse"*.

NK-TSB støtter denne anbefalingen. En kartlegging som vi gjennomførte ved TSB-enheter i Norge, viser at under halvparten av de intervjuede har eller planlegger å etablere brukerstyrte senger/ plasser i TSB som del av tilbudet (NK-TSB, Skriftsserie nr 1/2014). Dette på tross av at Helse og omsorgsdepartementet har gitt helseforetakene oppdrag om å etablere slike ordninger i alle helseforetak i 2013 og 2014. I skriftserien synliggjøres fordeler og ulemper med brukerstyrte senger.

Etter vårt syn bør erfaringer fra brukerstyrte senger i TSB systematiseres ytterligere og gjøres tilgjengelige slik at brukere og klinikere kan lære av hverandre. Gjennom praktiske eksempler bør de se hvordan en løser vurderinger knyttet til faglig forsvarlighet, praktiske ordninger knyttet til journalføring, transport og lignende. Etter NK-TSB vurdering er det spesielt interessant å utvikle brukerstyrte senger i forlengelse av ruspoliklinikk og i tett samhandling med kommunen der pasienten bor. På den måten kan også ruspasienter motta lokalbaserte tjenester som kan dimensjoneres i et langtidsperspektiv. Etter NK-TSB erfaring, er brukerstyrte senger først og fremst utviklet som et tilbud for pasienter som allerede har mottatt døgnbehandling. Det vil derfor kunne være nødvendig å sette i gang et faglig nybrottsarbeid for å realisere en slik utvikling i fremtiden.

Vedr. anbefaling nr 3
"Selvhjelpsgrupper og erfaringskompetanse".

I tillegg til forskningen som refereres har NK-TSB i skriftserie nr 1/2014 dokumentert at 77 % av TSB-tilbudene i Norge har tilbud om selvhjelpsgrupper i behandlingen, men at det er store variasjoner i hvordan

	<p>behandlerne forholder seg til selvhjelp: Variasjonen strekker seg fra ingen eller kun passive informasjonstiltak til aktiv tilrettelegging for at pasienten skal delta. NK-TSB støtter anbefalingen, men foreslår at det i tillegg til å informere om muligheten til å delta i selvhjelpsgrupper bør anbefalingen suppleres med følgende formulering <i>"helsepersonell bør tilrettelegge for deltagelse i selvhjelpsgrupper dersom pasienten ønsker det"</i>.</p>
<p>Anbefalinger <i>(angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</i></p> <p>Familie, pårørende og nettverk</p>	<p>NK-TSB vurderer at anbefalingene er av så generell karakter at de vil vise seg vanskelig å operasjonalisere. Når det gjelder pårørendes rettigheter er det også langt på vei ivaretatt gjennom lovverket. Anbefalingene bør derfor konkretiseres/operasjonaliseres slik at retningslinjen i større grad klargjør hva pasienter/pårørende kan forvente av de ulike tjenestenivåene.</p>
<p>Anbefalinger <i>(angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</i></p> <p>Psykososiale forhold</p>	<p>NK-TSB vurderer at anbefalingene om at pasienter skal motta bistand til å skaffe bolig og bør ha hensiktsmessig bolig er av generell karakter og allerede dekket av helse- og sosiallovgivningen. Anbefalingene bør derfor operasjonaliseres for å tydeliggjøre arbeidsdelingen mellom kommunene og TSB. Det er spesielt viktig å fremheve pasientens behov for å ha bolig i et ordinært bomiljø og at pasienten har rett til å beholde bolig når han/ hun er i døgnbehandling.</p> <p>Arbeidsdelingen mellom kommunene og TSB bør også tydeliggjøres når det gjelder bo trening /bo oppfølging. Dette kan eksempelvis løses ved at deler av begrunnelsene løftes opp som konkrete anbefalinger f.eks setningene <i>"Pasienter som er i en behandlings- og rehabiliteringsprosess bør ha botilbud i ordinære bomiljø"</i> (vår understreking) og setningen <i>"Spesialisthelsetjenesten bør bistå ved behov og systematisk fokusere temaet i behandlingen"</i>.</p> <p>Det bør også tydeliggjøres kommunenes ansvar for bo oppfølging som en del av</p>

	rehabiliteringsprosessen rundt den enkelte pasient.
Anbefalinger <i>(angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</i> Kjønns spesifikk tilnærming	<p>NK-TSB etterlyser en konkretisering av hvordan kjønns spesifikke behandlingsbehov/behandlingsaktiviteter skal ivaretas. Etter vår erfaring er det store variasjoner i hvordan dette håndteres ved de ulike behandlingstilbudene. En konkretisering av forventningen er derfor nødvendig for at prinsippet om likeverdige helsetjenester skal kunne ivaretas.</p>
Anbefalinger <i>(angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</i> Etniske minoriteter	<p>NK-TSB er tilfreds med at temaet settes på dagsorden, men etterlyser også på dette punktet en konkretisering av hvordan en skal vurdere pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn sine behov og hva "minoritets- og kultursensitiv" behandling i praksis betyr.</p> <p>I forhold til den samiske urbefolkningen tillater vi oss å minne om at det er etablert et eget kompetansemiljø for å ivareta denne oppgaven – samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS). I tillegg til ansvar for å bidra til utvikling av et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og rus for den samiske befolkningen i hele Norge, tilbyr de behandling til samer fra hele landet som ønsker det. NK-TSB anbefaler at det informeres konkret om dette i retningslinjen.</p>
Anbefalinger <i>(angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</i> Seksuell orientering	<p>NK-TSB støtter anbefalingen om at pasientens seksuelle orientering tematiseres i behandlingen. Anbefalingen om at behandlingen bør ha fokus på mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusmiddelproblematikk bør presiseres slik at det er mangel på <i>aksept og åpenhet</i> om seksuell orientering som kan være årsak til rusmiddelproblemet og ikke homofili i seg selv. Det er fortsatt en rekke fordommer knyttet til seksuell orientering og praksis som gjør at det kan være vanskelig for den enkelte pasient å være åpen rundt temaet. Begrunnelsen bør derfor også inkludere bifile som har et særlig høyt forbruk av rusmidler, jfr. sist</p>

	<p> levekårsundersøkelse http://www.bufetat.no/nyheter/Ny-levekarsundersokelse-om-lesbiske-homofile-og-bifile-i-Norge-Seksuell-orientering-og-levekar/., menn som har sex med menn, men som ikke har identitet som homofil og personer med kjønnsidentitetstematikk (inkludert transpersoner) – dette er mennesker som er særlig utsatte for å utvikle rusmisbruk. I begrunnelsen er det viktig å poengtere at det ikke er tilstrekkelig at behandleren har aksept for pasientens seksuelle orientering, men også at behandleren må kunne være kvalifisert samtalepart dersom pasientens evt vansker knyttet til egen seksuell legning er et tema. </p>
<p> Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres): Unge </p>	<p> NK-TSB vurderer at dette er anbefalinger som understøttes av gjeldende lovverk og er tilfreds med at det foreslås anbefalinger om ambulerende tilnærminger for å nå denne gruppen. NK-TSB har gjennom prosjektet <i>"Hindre drop-out fra rusbehandling"</i> tatt utgangspunkt i forskning fra Brorson m.fl (2013) som bl.a dokumenterer at unge pasienter har en større sannsynlighet enn andre pasientgrupper for å falle ut fra behandling. Analyser og kliniske erfaringer fra de lokale drop-out teamene viser at ikke-møtt frekvensen øker for unge pasienter. Fokus på allianse og bruk av ambulante tjenester er tiltak som også vi poengterer i dette arbeidet. </p> <p> Også her kunne det imidlertid med fordel vært en konkretisering av hva <i>"aldersspesifikk behandling og oppfølging"</i> (anbefaling nr 13) konkret innebærer. </p>
<p> Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres): Eldre </p>	<p> Etter NK-TSB vurdering er dette også en anbefaling som har et så høyt abstraksjonsnivå at den i den kliniske hverdagen vil ha liten nytte. </p> <p> NK-TSB leder og koordinerer et nettverk for klinikere og ledere innen LAR feltet. I dette nettverket har en stadig eldre LAR-populasjon (SERAF: Statusundersøkelsen 2013) vært et tilbakevendende tema i faglige diskusjoner. Hvordan skal LAR- </p>

	<p>behandlingen tilrettelegges på en best mulig måte for eldre LAR-pasienter? Hvilke konsekvenser får aldring i forhold til mål og metoder?</p> <p>NK-TSB er kjent med at flere kommuner diskuterer hvordan de best kan gi et egnet omsorgstilbud til eldre mennesker. Noen kommuner bl.a Oslo og Stavanger har etablert egne sykehjemsavdelinger for ruspasienter. Hvilke muligheter og begrensninger ligger i slike organisasjonsformer? Og hvordan bør samhandlingen med TSB og andre deler av spesialisthelsetjenesten ivaretas i fht sykehjemmene?</p> <p>Etter vår vurdering bør de kliniske erfaringene i fht eldre pasienter med rus- og avhengighetsproblemer oppsummeres slik at anbefalingen kan differensieres og konkretiseres. Først da vil den ha nytte for den fremtidige utviklingen av tjenestetilbudet og den konkrete pasientbehandling.</p> <p>NK-TSB har også et prosjekt som tematiserer hvordan vi kan fange opp rusproblemer hos pasienter i somatiske avdelinger. Prosjektet fasiliterer for erfaringsutveksling, nettverk og nettbasert informasjon. Eldre pasienter er storforbrukere av somatiske helsetjenester både hos fastlege og sykehus. Erfaringene fra prosjektet <i>Rus i kroppen?</i> viser at dette er en pasientgruppe som det kan være krevende å tematisere alkoholvaner og medikamentbruk overfor, bl.a som følge av frykt for å påføre pasienter stigma. Slik frykt ser det ut til at både pasienter og klinikere deler. Hvordan skal en fange opp å gi tilbud om hjelp til denne pasientgruppen? jfr anbefaling nr 75.</p>
<p>Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</p> <p>Utredning og kartlegging</p>	<p>NK-TSB har etablert et prosjekt i samarbeid med NK-ROP og utredningsenheter ved Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus hvor vi etablerer nettverk og fasiliterer erfaringsutveksling blant klinikere som driver døgnbaserte utredningsenheter. Erfaringene så langt viser at det er et</p>

stort mangfold av bl.a utredningsverktøy og metoder og at spesielt avansert differensialdiagnostikk og utredning av omfattende somatiske og psykiatriske lidelser er noe behandlere i TSB i mange tilfeller opplever som krevende. NK-TSB er derfor tilfreds med at retningslinjen omfatter hele 10 anbefalinger som konkretiserer ulike sider av kartlegging og behandling. Vi etterlyser imidlertid en tydeligere avklaring av den praktiske arbeidsdelingen med psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester.

NK-TSB foreslås at det presiseres i anbefaling nr 18 at kartleggingen skal gjøres på en *strukturert* måte ved hjelp av *standardiserte verktøy* slik at behandleres faglige skjønn suppleres.

I anbefaling nr 20 "*Kartlegging av psykiske lidelser*" bør det presiseres at det skal gjøres kartlegging av selvmordsrisiko og voldsrisko.

Når det gjelder suicidvurdering og voldsriskovurderinger bør det presiseres at selve kartleggingen kan utføres av helse- og sosialfaglig personell som har opplæring i dette, mens vurderingen må gjøres av lege med spesialkompetanse/legespesialist eller psykologspesialist. Se IS-1511 Nasjonal retningslinje for selvmord i psykisk helsevern (s16).

Når det gjelder anbefaling nr 21 bør det henvises til konkrete verktøy for screening av kognitiv funksjon. Et aktuelt verktøy som er gratis, validert og tilgjengelig elektronisk og oversatt til norsk er the Montreal Cognitive Assessment (Moca) jfr. <http://mocatest.org/>

Ang. anbefaling nr 22 mener NK-TSB at de ikke burde være nødvendig å ha konkrete anbefalinger om at pasienter bør ha en generell helsesjekk tidlig i behandlingsforløpet. At pasienten skal ha en generell helsesjekk utført av lege ved oppstart av behandling i

spesialisthelsetjenesten og at det tas utvidede blodprøver bør følge av de allmenne krav til faglig forsvarlighet og burde være unødvendig å ha med i en retningslinje. Det viser seg imidlertid (etter NK-TSB erfaring og Samdata rapport 2013) at det er fortsatt for få leger innen TSB, og som følge av dette har poliklinikker begrenset tilgang på leger, og få døgnbehandlingstilbud utover avgiftning har tilgang på lege døgnet rundt. Pasienter som kommer tilbake til døgnbehandling etter eksempelvis avbrudd/tilbakefall blir derfor i praksis ikke alltid undersøkt av lege. De kliniske undersøkelsene av pasientene kan også være mangelfulle. Etter en samlet vurdering støtter derfor NK-TSB disse forslagene til anbefalinger. Et alternativ til denne anbefalingen er at man anmoder Helsetilsynet om å gjennomføre et nasjonalt tilsyn for å sikre at forsvarligheten er ivaretatt.

Ordet "stoff" brukes i begrunnelsen. Dette bør endres til rusmiddel.

Listen over hvilke konkrete sykdommer /helsetilstander som kan berøre mange pasienter med rusmiddelproblemer bør ikke begrenses til hepatitt C. I en nylig publisert norsk undersøkelse ble det påvist i snitt 4,2 sykdomsdiagnoser og 0,8 symptomdiagnoser per pasient i poliklinikk (Tidsskrift for norsk legeförening 2015).

Når det gjelder hormonanalyser av pasienter som bruker anabole steroider bør ikke dette bare rekvireres ved bruk, men også ved *tidligere* bruk. Gjennom "steroidprosjektet" som NK-TSB har ansvar for sammen med seksjon ruspoliklinikker, Oslo universitetssykehus har vi kontakt med flere pasienter som opplever fysiologiske, psykiske og sosiale skadevirkninger av steroidebruk i lang tid etter at bruken er avsluttet.

Anbefaling nr 25 poengterer at utredning bør starte tidlig i et behandlingsforløp. Av pedagogiske

	<p>hensyn bør den derfor flyttes opp slik at det er den første anbefalingen i serien av utrednings og kartleggingsanbefalinger.</p>
<p>Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</p> <p>Behandlingsforløp</p>	<p>NK-TSB registrerer at mange av anbefalingene tangerer lovkrav/krav til faglig forsvarlighet og har et så generelt generaliseringsnivå at de fremstår som unødvendige. Dette gjelder spesielt anbefaling nr 28, 32, 34 og 40. Disse anbefalingene bør konkretiseres.</p> <p>Ang. anbefaling 28. Gjennom prosjektet "Rett og frist" arbeider NK-TSB med å øke kvaliteten på rettighetsvurderinger. Ut fra dette arbeidet, NPR/Samdata-analyser og faglige diskusjoner, vet vi at mye arbeid gjenstår før alle vurderingsinstanser vurderer pasienters rettigheter til oppstart i behandling likt. En anbefaling om rask oppstart kan derfor ha en normgivende funksjon. Vi vurderer imidlertid at ulike pasienter /pasientgrupper kan ha ulikt behov for å forberede seg til behandling. Anbefalingen bør derfor konkretiseres med en formulering om at TSB og kommunen i fellesskap må tilby behandlingsforberedende tiltak for at pasienten reelt skal kunne bli istand til å ta imot behandling. Eksempelvis viser erfaringene fra LASSO tiltaket i Oslo gode resultater med en slik organisering av behandlings- og oppfølgingstilbud.</p> <p>Anbefaling nr 30 kan gi inntrykk av at "alle" ruspasienter har behov for slik bistand. Dette er selvsagt ikke riktig og bør nyanseres i anbefalingen til "pasienter som har behov for det"</p> <p>Begrunnelsen til anbefaling nr 34 bør endres slik at det understrekes at det er poliklinikk i samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester som har ansvaret for den langsiktige oppfølgingen av pasienter.</p> <p>Intensjonene i anbefaling nr 35 og 36 ansees ivaretatt i anbefaling i bl.a anbefaling nr 13,14,20, 21, 29, 38 og</p>

	43, og ansees derfor som overflødig.
<p>Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</p> <p>Behandlingsmetoder</p>	<p>NK-TSB støtter anbefaling nr 43, men anser det i utgangspunktet som ivaretatt av bl.a Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 som slår fast at <i>"pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder"</i>. NK-TSB har gjennom prosjektene "Rett og frist" oppsummert erfaringene på vurderingsteam praksis for å vurdere henvisninger og gjennom prosjektet for å etablere <i>"Nettverk for utredning av rus- og avhengighetslidelser"</i> sett at det er store forskjeller i om og hvordan pasienter utredes for behandlingsbehov før de gis rett til døgnbehandling og velger behandlingssted. For å unngå feilbehandling av pasienter er det derfor viktig at pasientens behov for grundig utredning av behandlingsbehov også understrekes i forkant av valg av metodisk tilnærming.</p> <p>NK-TSB støtter også anbefaling nr 44, men etterlyser en konkretisering av hvordan en slik dokumentasjon av resultater og effekt av behandling skal gjøres jfr. våre kommentarer under avsnitt om prinsipper for tjenesteyting.</p> <p>NK-TSB forutsetter at dette prinsippet også gjelder for ruspoliklinikker. Ordet "institusjon" bør derfor endres til "tjenestested" slik at det ikke fremstår som om dette er en forventning som kun gjelder døgnbehandlingstilbudet innen TSB.</p> <p>NK-TSB forutsetter at alle valg av behandlingsmetode baseres på en individuell vurdering av pasientens behov og at dette ikke begrenses til parterapi (anbefaling nr 45), og mindfulness-basert kognitiv terapi, (anbefaling nr 50).</p> <p>NK-TSB registrer at tilbud om 12-trinnsbehandling og mentaliseringsbasert terapi foreslås å</p>

begrenses til "der den er tilgjengelig" ref anbefaling nr 48 og 51. Slike formuleringer i en retningslinje forringer etter vårt syn troverdigheten av nasjonale faglige anbefalinger. Enten anbefaler man metoder brukt i forhold til en målgruppe eller så gjør man det ikke. Målgruppene må antas å ha like behov der slik terapi pr dags dato er tilgjengelig som der den ikke er det. Pasientbehov kan ikke gjøres relative til geografi. For å sikre likeverdige behandlingstilbud i hele landet er det viktig at de regionale helseforetakene sikrer at slike tilbud er tilgjengelig i alle regioner.

Pasienter med rus- og avhengighetsproblemer har behov for ulike behandlingstilbud. Vi etterlyser imidlertid konkretisering av hvilke pasientgrupper som vil kunne ha nytte av hvilke type behandlingsmetodikk. Når det gjelder anbefaling nr 53 treningskontakt stiller NK-TSB spørsmålsteget om dette tilbudet er tilgjengelig for pasienter fra hele landet. Også når det gjelder tilbud om fysisk aktivitet er det viktig at det gjelder uansett hvor i landet du bor.

Anbefaling nr 56 Legemidler i behandling – alkohol bør suppleres med en henvisning til Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet IS21014-2014

Ang. anbefaling nr 56. (tallet 56 brukes to ganger) vedr. biologiske markører:

Etter vår erfaring er dagens praksis i fht rusmiddeltesting fortsatt preget av ulike holdninger i praksis. I enkelte rusbehandlingsmiljøer kan resultat av rusmiddeltesting føre til f.eks utskriving og inndragelse av «goder» som permisjoner m.m. For pasienter som mottar substitusjonsbehandling eller annen medikamentstøtte brukes prøvene til å justere medikamentdose evt. endre medikamentvalg, men selv om begrunnelsen er medisinsk kan pasienten oppleve prøvetaking som en sanksjon. Bruk av urinprøver eller

	<p>andre biologiske markører som motiverende faktor for endring eller stabilisering er en ytterligere begrunnelse for å ta slike prøver.</p> <p>NK-TSB mener derfor at dette skillet burde vært beskrevet mer konkret både for å begrunne testing for pasienter og for å kunne konkretisere rutiner for hvordan selve testingen skal foregå. Det savnes føringer for hvordan dilemmaer rundt forholdet mellom medisinske begrunnelser og begrunnelser knyttet til motivasjon samt opplevd sanksjon i praksis kan løses. Det bør også være en henvisning til prosedyrer for rusmiddeltesting fra Helsedirektoratet jfr. høringsbrev ref. 12/9750-13</p>
<p>Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</p> <p>Spesielle forhold</p>	<p>Anbefaling nr 60 - Dødelighets og overdosefare – forebyggende tiltak.</p> <p>Her etterlyses en konkretisering av hvilke tiltak som bør tas i bruk ref. overdosekampanjen.</p> <p>Anbefaling 62. foreslås samordnes med anbefaling nr 20.</p> <p>Anbefaling nr 65. "Bruk av dopingmidler før eller under behandling bør kartlegges":</p> <p>NK-TSB har et prosjekt der vi bl.a oppsummerer tilgjengelig forskning og beskriver aktuelle utrednings- og behandlingsmetoder av pasienter som bruker anabole androgene steroider. En klinisk håndbok vil foreligge sommeren 2015. Den vil kunne bidra til en konkretisering av hvordan denne pasientgruppen bør utredes og behandles.</p> <p>NK-TSB støtter forslaget om at bruk av dopingmidler før eller under behandling for rusmiddellidelser, bør kartlegges.</p> <p>Etter vår erfaring finnes det en behandlingstrengende pasientgruppe som bruker anabole androgene steroider og som ikke har /har hatt et rusmiddelproblem. Gjennom</p>

	<p>Stortingsmelding 30 ble ansvaret for å behandle denne pasientgruppen tillagt TSB. Etter vår erfaring opplever pasienter, pårørende og kommunenes helse- og sosialtjeneste at TSB-miljøer ofte mangler nødvendig kompetanse i å behandle pasientgruppen eller ikke ønsker å ta aktivt behandlingsansvar for disse pasientene. Det bør derfor også være en anbefaling som presiserer at helseforetakene ved ruspoliklinikkene har et ansvar for å tilby pasienter som har en ikke-medisinsk forskrevet bruk av anabole androgene steroider <u>utredning og behandling</u>. Det bør presiseres at også denne behandlingen må være tverrfaglig da misbruk av anabole androgene steroider kan ha både medisinske, psykologiske og sosiale konsekvenser.</p> <p>Anbefaling nr 66. Straffegjennomføring kombinert med behandling:</p> <p>NK-TSB savner en mer konkret beskrivelse av hvordan behandlingstilbudet til pasienter kan ivaretas i samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen, både innenfor rusmestringsenheter og i behandlingssenheter som iverksetter § 12 soning etter Straffegjennomføringsloven med henvisning til aktuelle lovverk/veiledere.</p>
<p>Anbefalinger (angi hvilke anbefalinger som kommenteres):</p> <p>Behandlingsnivå</p>	<p>NK-TSB er tilfreds med at forslaget til retningslinje anerkjenner andre deler av spesialisthelsetjenesten som arena for å fange opp pasientbehov der rus er en direkte eller indirekte årsak til innleggelsen. Det er gjort flere studier internasjonalt og nasjonalt som diskuterer og problematiserer bruk av ulike metoder for å fange opp pasienter med rusproblemer i somatiske avdelinger, bl.a. screening (se f.eks Aalto, M., Pekuri, P., Seppa, K. (2002). <i>Primary health care professional's activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective</i>. Drug and Alcohol Dependence, 66, 39-43. Rootman, D.B., Mustard, R., Kalia,</p>

	<p>V., Ahmed, N. (2007). <i>Percetions and realities of testing for alcohol and other drugs in trauma patients</i>. The Journal OG Trauma: Injury, Infection and ritical care, 63, 1370-1373).</p> <p>Vi etterlyser en bredere drøfting av kunnskapsgrunnlaget og en oppdatert forskningsgjennomgang. Dette må også sees i sammenheng med de intervensjoner som avrusningsretningslinjen anbefaler. 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 <i>relevante</i> og <i>konstruktiv</i> for å komme ut av rus- og avhengighetsproblemer og ikke som en teknisk rutine. NK-TSB er derfor bekymret for at formuleringen "kontinuerlig fokus" i praksis vil være lite forpliktende og handlingsorientert.</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. videre henvise 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. Etter vår erfaring er det viktig at dette er et ansvar for <i>både</i> TSB og somatiske spesialisthelsetjenester.</p>
<p>Oversikt over alle anbefalingene</p>	
<p>Forløp <i>(angi hvilke forløp som kommenteres)</i></p>	<p>NK-TSB vurderer det som en svakhet at retningslinjen fremstår med et høyt generaliseringsnivå fremfor å gi støtte for klinikere og brukere i behandlingsforløpene. Pasientforløpene til pasienter med rus- og avhengighetsbehandling trenger ofte innsats fra en rekke instanser både i kommunene og spesialisthelsetjeneste. Dette er i</p>

	<p>hovedsak beskrevet generelt.</p> <p>NK-TSB foreslår derfor at det igangsettes et arbeid med å utvikle prototyper på pasienter med forskjellige kategorier av ruslidelser. Prototyper kan fungere som en synliggjøring på hvordan behandlingsretningslinjen <i>i praksis</i> kan anvendes overfor ulike pasientkategorier og være supplement til pasientforløpene. Prototyper er, etter vår vurdering, spesielt egnet til å beskrive hvordan pasienter med komorbide tilstander der behandlingsinnsatsen kan være kompleks og måtte hensynta en rekke retningslinjer/veiledere. Det kan også være et virkemiddel i implementeringsarbeidet med retningslinjen. NK-TSB bidrar gjerne i dette arbeidet, gjerne i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning, Helse Vest (KORFOR).</p>
Ord- og begrepsoversikt	
Litteratursøk	Viser til kommentar gitt i metodedelen
Retningslinjens brukervennlighet (layout, lenkefunksjoner, lesbarhet osv.)	<p>Retningslinjen foreligger kun i elektronisk utgave. Det er fortsatt slik at enkelte datamaskiner som brukes i klinisk virksomhet er sperret for tilgang til internett. Det gjør at en elektronisk versjon av retningslinjen i praksis ikke er tilgjengelig for alle klinikere. Frem til helsetjenestenes IKT er vesentlig forbedret bør derfor retningslinjen også være tilgjengelig i trykket versjon. I et lengre perspektiv bør imidlertid retningslinjen kunne kobles til de pasientadministrative systemene for å bidra til tettere koblinger til klinisk praksis.</p> <p>Navigasjonsverktøyene i retningslinjen bør styrkes slik at leseren lettere skjønner hvor han/hun er i dokumentet og kan bla seg frem og tilbake. Det bør også lages konkrete lenker til andre retningslinjer/anbefalinger slik at det er lettere å se sammenhenger.</p>
Eventuelle andre kommentarer til retningslinjen:	Det etterlyses konkrete anbefalinger av hvordan en skal behandle pasienter med behov for spesiell tilrettelegging i

behandlingen. Retningslinjen tematiserer kjønn, alder, etnisitet og seksuell orientering, mens det etterlyses hvordan en skal behandle og tilrettelegge for funksjonshemmede spesielt døve og blinde pasienter med rusmiddelproblemer og pasienter med behov for omfattende somatisk behandling, men også andre funksjonshemninger, av både fysisk og psykisk art. Arbeidsdelingen mellom TSB og psykisk helsevern tydeliggjøres som kjent gjennom ROP retningslinjen. NK-TSB etterlyser imidlertid at retningslinjen også tydeliggjør hvordan arbeidsdelingen skal være når pasienten i tillegg til sin rusmiddelavhengighet har omfattende somatiske helseplager eller funksjonshemninger. Det etterlyses også en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal tjenester.

Tverrfaglig spesialisert behandling er kjennetegnet ved at behandlingen skal inneholde både medisinske, psykologiske, sosiale og somatiske perspektiver. Det savnes en operasjonalisering av hva som er de ulike faggruppernes spesifikke ansvar og hvordan tverrfagligheten i praksis skal ivaretas.