

Nasjonal faglig retningslinje LAR

HØRING

Høring	Saksnr.	
Tilbakemelding fra ARA, LAR Drammen		13.07.21

Innspill ny LAR-retningslinje/høringsutkast. LAR Drammen.

Generelt:

- Kommunens rolle før og under LAR er ikke tydeliggjort nok. Savner fokus på at LAR fortsatt skal være et trepartsamarbeid. Utkastet beskriver en dreining mot ytterligere spesialisering. For lite fokus på lokal rehabilitering.
- Savner beskrivelse av veien inn i LAR ved henvisning. Hvem, hvordan og innhold i henvisningen.
- Bør vektlegges mer i hvilken grad det bør foreligge *opioiddominert* avhengighet for inklusjon i LAR.
- Bør presiseres at vurdering av faglig forsvarlighet går foran pasientens egne ønsker. Selvbestemmelse er viktig – men leger i LAR og fastleger har et medisinskfaglig ansvar som krever vurderinger.
- Retningslinjen bør legge mer vekt på tverrfaglige vurderinger og ikke bare medisinskfaglige.
- Formål med retningslinje. LAR Drammen erfarer at LAR-tilbud i Norge er svært ulikt organisert og praktisert pr i dag. Man hadde håpet (og trodd) at ny retningslinje kunne bidra til en mer samlet praksis. Utkastet vil slik vi ser det bidra til ytterligere forskjeller så lenge LAR fortsatt er ulikt organisert. Stor grad av individuelle løsninger og bruk av skjønn vil også i større grad forhindre likebehandling innen tilbudet i Norge.
- Retningslinjen tar ikke høyde for at en stor andel av pasientpopulasjonen i LAR er lavt fungerende og fortsatt misbruker rusmidler i varierende grad. Sett i forhold til dette, gis enkeltpasienter for stort ansvar for selv å vurdere valg av medikament, utleveringsordning osv. Vi frykter økt lekkasje av sterke opioider til tredjeperson.

Anbefaling 1

- Det er lagt opp til en omfattende kartlegging for å avklare om LAR er riktig behandling. Dette er bra, men står ikke i forhold til at henvisninger i dag har 10 virkedagers vurderingsfrist for å vurdere rett til behandling. Det bør avklares om henvisninger kan vurderes for rett til TSB generelt og ikke direkte til LAR som i dag. Da får man bedre tid til å kartlegge om LAR som en av flere valg av *metoder* skal velges.

- Kartlegging innen 10 virkedager vil by på store utfordringer knyttet til geografisk spredt opptaksområde/tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester i desentraliserte områder.
- Nedtrapping ved hjelp av substitusjonslegemidler i ett år uten LAR vil kreve spesialisert hjelp over tid utenom LAR. Her er det noe utydelig hvilken rolle LAR skal ha i slikt arbeid.

Anbefaling 2

- Langtidsvirkende morfinpreparater. Hvis det åpnes for dette så bør aktuelle medisiner registreres som aktuelle preparater for LAR, og ikke overlates til den enkelte lege å vurdere.
- Det bør fremkomme en presisering av grad/alvorlighet av bivirkninger som kan kvalifisere for skifte til langtidsvirkende morfin. Objektive kontra subjektive opplevde bivirkninger. Hvem avgjør om de er «alvorlige nok»?

Anbefaling 3

- poliklinisk opptrapping tar ikke hensyn til ulik organisering/geografisk avstand.
- Det må avklares hvilke pasienter som er aktuelle for å trappes opp ved apotek.
- Avrusning før opptrapping på LAR-medisin: Vi er uenig i at det ikke er behov for fravær av rusmidler før oppstart med medisinen poliklinisk. Ved fravær av rusmidler vil det være mulig å lettere finne rett vedlikeholdsdose for den enkelte pasient. Grundig vurdering av aktuell vedlikeholdsdose sikrer bedre kontinuitet og at pasienten blir værende i LAR.

Anbefaling 4 - Ingen kommentar

Anbefaling 5 - Ingen kommentar

Anbefaling 6

- Retningslinjen bør ha en beskrivelse av nedtrapping der pasienten ikke ønsker det: eksempelvis forsvarlighet ved høye doser og/eller samtidig rusbruk i LAR. Forsvarlighet må alltid vurderes og avgjøres av lege og ikke bare pasienten selv.
- Ved avsluttet bruk av substitusjonsbehandling bør LAR pasienter vurderes for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten som andre pasienter / ettervern.
- «Psykologbehandling under nedtrapping»: Det bør ikke være nødvendig at dette er tilskrevet en spesifikk yrkesgruppe.

Anbefaling 7

- Kartlegging av rusbruk ved dialog vanskeliggjøres både av at pasienter ikke alltid ønsker å oppgi hva slags inntak de har av rusmidler, og manglende legetilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten (jmf. tidligere kommentar om ulik organisering og geografiske avstander)
Bruk av urinprøver anbefales for å sikre forsvarlighet, da dette gir et mer systematisk og objektivt vurderingsgrunnlag enn bare dialog.
- Det er en fordel å kunne kartlegge objektivt at pasienten inntar aktuell LAR-medisin selv etter lang tids fravær av rusmidler.

Anbefaling 8

- Den foreslåtte ordningen vil medføre store ulikheter i vurdering og praktisering av utleveringsordninger
- «Utlevering sjeldnere enn 1 gang pr. uke» er for upresist. Kriterier for unntak og lengden på denne må spesifiseres.
- Det anbefales at den første rehabiliteringsfasen er lenger enn 3-5 uker, slik den er i nåværende retningslinje (3 mndr).
- Det mangler anbefalinger i forbindelse med feriereiser (jmfr nåværende retningslinje).

Anbefaling 9 - Ingen kommentar

Anbefaling 10

- Retningslinjen bør presisere at hovedansvaret for lokal rehabilitering og koordinering er kommunens ansvar.