

Ikke metadon uten rehabilitering



Nye anbefalte retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vil øke antallet klienter fra rundt 3 000 til anslagsvis 7 000. Legeforeningen støtter retningslinjene, men presiserer at en "alminneliggjøring" av LAR ikke må føre til at det faglige innholdet i behandlingen svekkes. I tillegg til medikamentell behandling *må* klientene følges opp med målrettet rehabilitering.

Legeforeningen mener:

- Det må være en forutsetning at LAR består av både målrettet rehabilitering og medikamentell behandling. Medikamentell intervensjon utgjør bare en liten del av behandlingen.
- Individuell plan må foreligge før LAR iverksettes. Hvis klienten motsetter seg individuell plan, bør man ikke sette i verk legemiddelassistert rehabilitering.
- Det må etableres klare avtaler og retningslinjer for hvordan oppgaver og ansvar skal fordeles mellom aktørene som deltar i behandlingen.
- Henvisning til LAR må skje på medisinsk-faglig grunnlag og inneholde medisinske og sosiale opplysninger om klienten. Både fastlege og sosialkontor kan henvise. Hvis sosialtjenesten henviser, skal det innhentes relevante opplysninger fra fastlegen.
- Fastlegen bør så tidlig som mulig inkluderes i planlegging av oppfølgingen utenfor spesialisthelsetjenesten.
- Behandlingsavbrudd eller utskriving fra LAR skal prinsipielt skje ut fra faglige kriterier, men behandling må kunne avbrytes hvis sikkerheten til helsepersonellet ikke er ivarettatt.

Bakgrunn og begrunnelser:

Legemiddelassistert rehabilitering har i løpet av få år oppnådd høy legitimitet i helsetjenesten. Den norske modellen sikrer pasientnær behandling takket være godt samarbeid mellom LAR-sentrene (spesialisthelsetjeneste) og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Fastlegene har fått en sentral rolle – i dag behandles flertallet av LAR-klientene av sine fastleger, mens et mindretall får behandling ved de regionale LAR-sentrene. Det er viktig at denne modellen med tre samarbeidende parter opprettholdes når pasientvolumet innen LAR står foran en fordobling.

Omfanget av legemiddelassistert rehabilitering har økt formidabelt på kort tid, fra om lag 200 klienter i 1998 til ca. 3 000 i 2005. Dersom Sosial- og helsedirektoratets nye anbefalte retningslinjer¹ vedtas, blir det anslått at rundt 7 000 tunge rusmiddelbrukere vil bli godkjent for slik behandling. Legeforeningen støtter de nye retningslinjene og mener at organiseringen av LAR må tilpasses økt etterspørsel etter tjenesten. Men en "alminneliggjøring" av LAR og regulering gjennom den samme lovgivningen som annen behandling, må ikke føre til at det faglige innholdet i LAR svekkes. Internasjonal forskning viser at det er de LAR-klientene som også mottar gode psykososiale tiltak og får behandling for komorbide lidelser, som profitterer mest på substitusjonsbehandling. Forskingen dokumenterer at medisinerer alene ikke skaper endring i retning av integrering i samfunnet og yrkesmessig atferd. Evalueringene av legemiddelassistert rehabilitering i Norge^{2 3} viser det samme: Kombinasjonen av medikamentell behandling og psykososial oppfølging har god effekt på å redusere sykkelighet, dødelighet, kriminalitet og bruk av illegale rusmidler.

Substitusjonsmedikamenter skaper også avhengighet. Det er derfor både samfunnsetisk og legeetisk problematisk å forskrive avhengighetsdannende medikamenter hvis det ikke er lagt til rette for rehabilitering. Etter Legeforeningens syn, vil det være galt ikke å tilby LAR-klientene den behandlingen som virker best. Vi må stille like høye faglige krav til helsetjenestetilbudet til ruspasienter som til andre pasientgrupper.

For å understreke betydningen av at et tverrfaglig apparat må etableres så tidlig som mulig, mener Legeforeningen at det må utarbeides individuell plan for klienten før LAR iverksettes. Hvis rusmiddelbrukeren motsetter seg individuell plan, bør hovedregelen være at LAR ikke iverksettes. Legemiddelassistert rehabilitering forutsetter at aktuelle aktører trekker i samme retning, og individuell plan er virkemiddelet for å få til dette.

I tråd med de anbefalte retningslinjene bør behandlingen alltid starte i spesialisthelsetjenesten og overføres til primærhelsetjenesten. Fastlegen har, og skal ha, en sentral rolle i LAR. Legeforeningen mener imidlertid at medikamenter ikke skal deles ut ved allmennlegekontorene, men i et egnet lokale i spesialisthelsetjenesten eller apotek. Dette er viktig både for å sikre at medikamenter oppbevares forsvarlig, og for å ivareta sikkerhet til helsepersonellet ved legekontorene. Internasjonalt sett har Norge streng kontroll med substitusjonsmedikamenter. Likevel omsettes det betydelige mengder metadon på det illegale markedet, og i følge Folkehelseinstituttet ble det funnet metadon i blodet hos hver femte som var død av overdose i 2002 og 2003. Det er all grunn til å ha et våkent øye på sikkerhet når legemiddelassistert rehabilitering skal bygges ut. Legeforeningen mener at oppbevaring av medikamenter ved legekontorene bidrar til utrygghet for andre pasienter og utrygge arbeidsforhold for helsepersonellet. Legeforeningen mener videre at en fastlege kan avbryte LAR-behandling av en klient uten å legge medisinsk-faglige kriterier til grunn. Forsvarlig behandling forutsetter at helsepersonellets sikkerhet er ivaretatt. Dersom det ikke er mulig å skape trygge forhold, må behandlingen kunne avbrytes.

Vedtatt av Sentralstyret 3.10.2005

Avd. for informasjon og helsepolitikk

Litteratur:

¹ Oppfølging av LAR-EVALUERINGENE. Anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, mai 2005.

² Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering, AIM Research Based Consulting, nov. 2004.

³ Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo, Oslo, nov. 2004.