

# Liberalisering av LAR

Til neste år kan flere rusavhengige få legemiddelassistert rehabilitering. Det betyr mer jobb på sykepleierne.

I dag er det 5 000 rusavhengige som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er dokumentert at tiltaket fører til bedre livskvalitet, skadereduksjon og mindre dødelighet. Med en liberalisering av dagens regler gjennom de nye forslagene til en forskrift og tilhørende nasjonale retningslinjer, kan antallet pasienter fort stige. Myndighetene har anslått at 7 000 i Norge har behov for LAR, eller 70 prosent av de antatt opioidavhengige.

Hvis forslagene godtas, blir det lettere å komme med i programmet

og vanskeligere å avslutte en slik behandling: **Aldersgrensen på 25 år er foreslått fjernet. Vold eller trussel om vold, samt bruk av andre rusmidler skal ikke lenger være grunn til å avslutte behandling.**

– Vold eller trussel om vold må møtes med andre tiltak enn ute-stengning fra LAR. Vold bør alltid politianmeldes og trusler om vold bør vurderes anmeldt, sier overlege Arne Johannesen ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark.

Han har ledet arbeidsutvalget som har foreslått de nye retningslinjene, og forventer mest disku-

sjon rundt forslaget om å ta vekk aldersgrensen på 25 år.

– Vi har ikke funnet faglig begrunnelse for å ha en nedre aldersgrense, men understreker at jo yngre de er, jo mer skal opiatfri behandling vektlegges. Gjennomsnittsalderen på LAR-pasientene har vært stabilt høyt på rundt 39 år, sier Johannesen.

Den foreslåtte forskriften med tilhørende retningslinjer skal erstatte det rammeverket som ble utformet da LAR ble et landsdekkende tilbud i 1998.

## Store forskjeller

En evaluering i 2004 viste at det var store forskjeller i hvordan LAR fungerte rundt omkring i landet, både i forhold til ventetid, medisinbruk, organisering og praktisering av opplegget.

Før rusreformen var de regionale LAR-sentre i gråsonen mellom statlig spesialisthelsetjeneste og kommunal rusbehandling som godkjente LAR-behandling etter søknad fra kommunen. Nå er sentrene blitt en del av spesialisthelsetjenesten, innarbeidet i TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) for rusmiddelavhengighet. Trepartssamarbeidet mellom sosialtjenesten i kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten er anbefalt opprettholdt, men i den nye forskriften vil spesialisthelsetjenestens ansvar bli tydeligere. «Oppstart og utvikling av LAR skal besluttes av spesialisthelsetjenesten», heter det i forslaget. Men både sosialtjenesten

og leger i primærhelsetjenesten vil ha henvisningsrett.

– Det nye blir altså at spesialisthelsetjenesten både skal betale og forskrive i LAR-behandlingen. Tidligere har kostnadene blitt dekt av LAR-sentrene og fastlegene har kunnet forskrive medikamentene, sier Svein Roald Olsen, spesialrådgiver i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

## Bort med tiltaksplanen

Et annet forslag er at tiltaksplanen faller bort.

– Individuell plan vil fange opp det vi mister med å fjerne tiltaksplanen. Planene er ofte satt opp lang tid i forkant av LAR-behandlingen, og blir derfor ikke reelle, sier Arne Johannesen.

Svein Roald Olsen i NSF tviler på om det er så enkelt.

– Vi vet fra før at individuelle planer ikke brukes så mye som de skal, sier han.

## Legemidlene

De legemidlene som benyttes i LAR er enten metadon som drikkes i flytende form, eller pillene buprenorfin (Subutex) eller buprenorfin kombinert med nalokson (Suboxone). Nalokson brukes blant annet som motgift ved heroinoverdoser fordi det er en full opioid-antagonist. Hittil har metadon vært mest brukt, men i de nye retningslinjene er førstevalget Suboxone.

– Buprenorfin er valgt av sikkerhetsmessige grunner. Det er sikrere enn metadon fordi det er en partiell



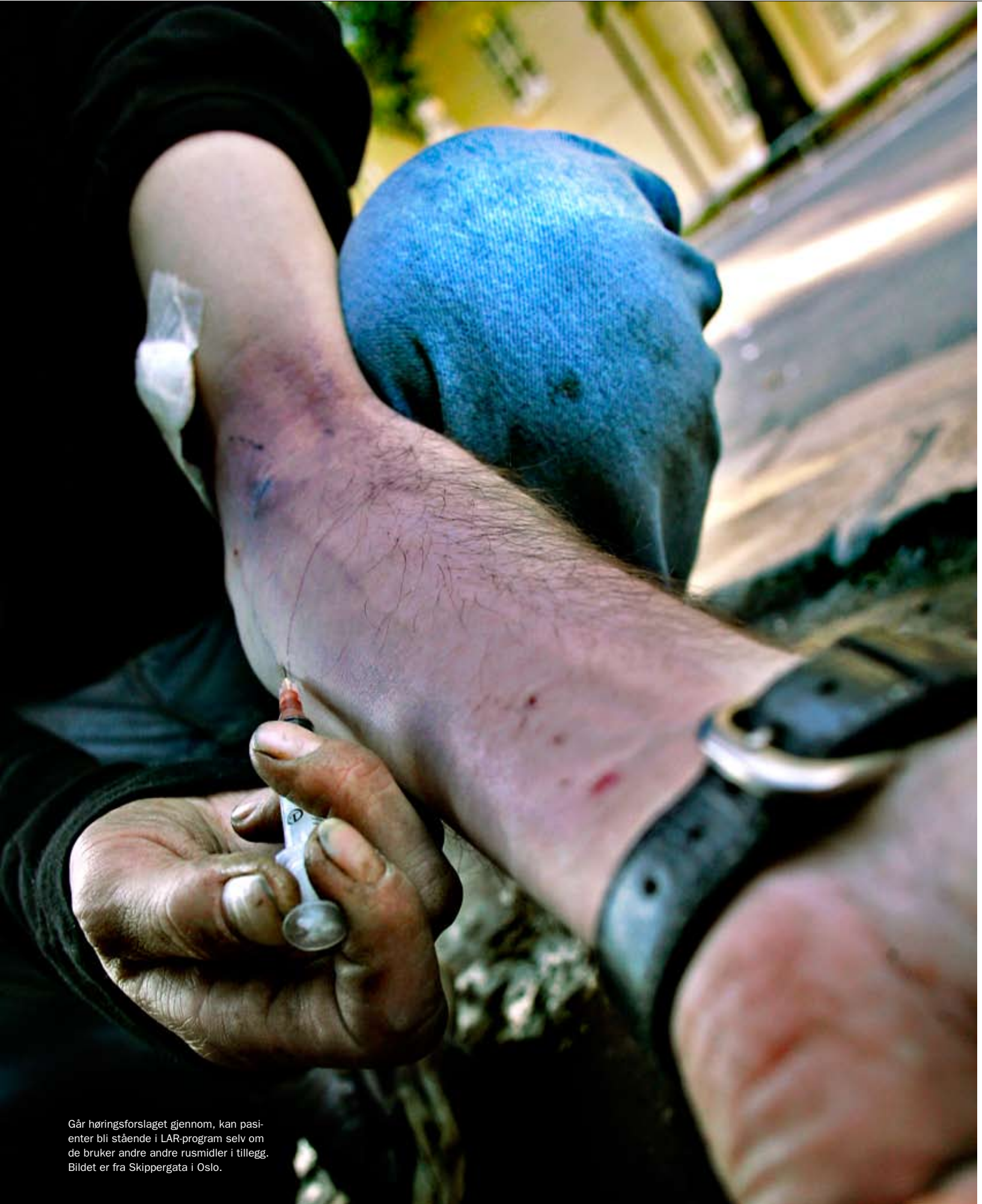
## Heroinhistorie

Hundrevis av sesonger med opiumsvalmuer (Papaver somniferum) har blitt tappet for plantesaft siden avhengighetspreget bruk av opium ble kjent i Vesten på 1600-tallet. I 1823 kom morfin, på midten av 1800-tallet kom injeksjonssprøyten, og da heroinen ble oppdaget i 1874 var det bare å starte storproduksjon, skjønt det tok 100 år før nordmenn merket noe særlig til det.

I Norge oppstod det moderne narkotikaproblemet først på 1960-tallet og i 1975 stod det i den første narkotikameldingen at «heroin er bare konstatert rent sporadisk».

Rundt år 2000 ble det anslått at Norge hadde opptil 15 000 sprøytebrukere. I 2005 ble anslaget nedjustert til 12 500. 85 prosent av dem bruker heroin.

Kilde: Helsedirektoratet



Går høringsforslaget gjennom, kan pasienter bli stående i LAR-program selv om de bruker andre rusmidler i tillegg. Bildet er fra Skippergata i Oslo.



Foto: Marit Fonn

”LAR er en anerkjent og regulær behandling med legemidler. Derfor blir det viktig at sykepleierne lærer seg legemidlene og møter LAR-pasientene på lik linje med andre pasienter.

Svein Roald Olsen

agonist. Metadon er en full agonist og virker fullt ut på alle opiatreseptorer i hjernen. Dermed kan den lettere føre til overdosering, forklarer Johannesen.

– Men hvorfor anbefaler dere Suboxone – brukerorganisasjonene foretrekker Subutex?

– Suboxone vil gi mindre effekt hvis de injiseres, og noe av hensikten er også å hindre salg. Men i retningslinjene står det klart at man skal legge vekt på pasientens ønsker, sier Johannesen.

– Suboxone har over dobbelt så lang liste med bivirkninger som Subutex i Felleskatalogen. Vi er ikke glade for at det har blitt førstevalget, sier Lise Aasmundstad, leder av RehabPiloten.

Hun var eneste brukerrepresentant i arbeidsutvalget for de nye retningslinjene.

#### Savner mer kunnskap

Aasmundstad synes de nye retningslinjene er et skritt i riktig retning, men hun savner mer kunnskap hos både brukergruppen og hos sosial- og helsepersonell i førstelinjetjenesten.

– Mange vet ikke at vi er pasi-

enter en gang. Her trengs det et kunnskapsløft, sier hun.

Aasmundstad ønsker også at de psykososiale tiltakene kunne vært definert litt klarere.

– Det kreves riktige tiltak for den enkelte. Det tar ikke forskriften hensyn til, men nå har vi en mal som kan utvikles videre, sier hun.

#### Hjemmesykepleien får mer å gjøre

– Hva blir så de største endringene for sykepleiere hvis forslagene går gjennom?

– Utleveringsordningene må differensieres i større grad. I dag skjer mye via apotek, men trolig vil hjemmetjenesten forpliktes i større grad enn før, sier Arne Johannesen.

Svein Roald Olsen i NSF tipper at også sykepleierne ved poliklinikkene ved TSB vil få mer å gjøre i forhold til henvisningsspørsmål.

– Det er bra at vi endelig får nasjonale retningslinjer for et likt helsetilbud til denne pasientgruppa. LAR er en anerkjent og regulær behandling med legemidler. Derfor blir det viktig at sykepleierne lærer seg legemidlene og møter LAR-pasientene på lik linje med andre pasienter.

ANTISTIGMA: – Sykepleiere må bidra med antistigmaarbeid overfor LAR-pasientene som ofte har blitt sett på som B-pasienter av helsevesenet, sier Svein Roald Olsen i NSF.

## Nedtrapping fra LAR

LAR trenger ikke være livsvarig behandling. Det er fullt mulig å trappe ned og bli helt rusfri. Her er oppskriften fra psykiater og overlege Arild Schillinger, ved avrusningsenheten på Østfold-klinikken:

– Min erfaring er at man etter hvert får en nedgradering av opiatreseptorene ved langvarig bruk av buprenorfin (Subutex, Suboxone). Dette innebærer at de kan gå ned i dosering, uten at det medfører noe ubehag.

**Dosereduksjon:** Det er uproblematisk å redusere med 2 mg per gang. Nedtrappingen skjer helt etter LAR-pasientens tempo, men det kan være lurt å ikke gå fortere ned enn 2 mg per uke.

**Full seponering:** Samme oppskrift, men det kan være lurt å bruke naltrexon (Revia) de første tre måneder etter full seponering. Naltrexon er en 100 prosent opiatblokker, og vil hindre tilbakefall til heroin og lignende. Preparatet er nå avregistrert i Norge, men fås i Sverige. Apoteket er behjelpelig med å søke synonympreparater på registreringsfritak.