

Kapittel i LAR-retningslinjen	Anbefalinger	Hvilke anbefalinger i LAR-retningslinjen er det spesielt viktig at blir gjenstand for revisjon?	Kommentar til prioritering	Er det anbefalinger som ikke bør være med i en revidert retningslinje?	Kommentar til prioritering
04 Rammeverk og organisering	Et nasjonalt forskningsinstitutt bør ha et overordnet ansvar for evaluering av behandling og rehabilitering, koordinering av forskning og utvikling av opplæringsprogram som kan implementeres på ulike behandlingsnivåer				
04 Rammeverk og organisering	Anbefalinger i de faglige retningslinjene bør innarbeides i helsetjenestens kvalitetssystemer.				
04 Rammeverk og organisering	Det bør utvikles kvalitetsindikatorer og opprettes et kvalitetsregister for å sikre god kvalitet i LAR på nasjonalt nivå.				
05 Informasjon og brukermedvirkning	Informasjon til pasientene bør gis både skriftlig og muntlig og gjentas i ulike faser av behandlingsforløpet.				
05 Informasjon og brukermedvirkning	For å sikre at informasjonen er forståelig og stemmer overens med pasientenes behov, bør informasjon utarbeides i samarbeid med pasientene og deres organisasjoner.				
05 Informasjon og brukermedvirkning	Pasienten bør gis informasjon om forventet nytte av behandlingen, nytte av å arbeide med rusmestring og hvordan substitusjonsbehandlingen kan øke nytten av rehabilitering og andre behandlingstiltak.				
05 Informasjon og brukermedvirkning	Grunnleggende informasjon til pasientene bør utarbeides nasjonalt				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	Grunnlaget for å iverksette LAR er opioidavhengighet etter kriterier gitt i ICD-10/DSM-IV. (A)				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	En bør ytterligere vurdere LAR når avhengigheten forhindrer behandling av annen alvorlig sykdom, ved selvdestruktiv atferd (eksempelvis selvskaading, hyppige overdoser og prostitusjon) og ved risiko for tilbakefall fra en stabilisert tilværelse til rusmiddelbruk med medfølgende tap av vesentlige goder eller rettigheter.				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	Sosialtjeneste og fastlege bør, sammen med pasienten, etablere et samarbeid tidlig i henvisningsprosessen med sikte på å lage en felles henvisning.				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	Sosialtjeneste og fastlege bør, i samarbeid med pasienten, avklare en arbeidsdeling for å få belyst problemstillinger av betydning for spesialisthelsetjenestens vurdering av henvisningen.				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	Når andre enn fastlege og sosialtjeneste i pasientens hjemkommune vurderer henvisning, bør førstelinjen kontaktes for å sikre medvirkning fra disse i forbindelse med henvisningen.				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	Henvisningen bør inneholde pasientens motivasjon og ønsker for behandlingen, rushistorie, psykososial situasjon, ressurser og medisinske forhold.				
06 Indikasjon, henvisning og vurdering	Substitusjonsbehandling bør alltid vurderes opp mot og sammen med andre behandlingsmuligheter.				

07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Det bør arbeides aktivt terapeutisk for å optimalisere den enkelte pasients rusmestring.				
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Pasienten bør være uten bruk av beroligende (anxiolytica) og søvngivende (hypnotika) legemidler før oppstart i LAR.				
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Benzodiazepiner bør ikke forskrives til pasienter i LAR.		For store sprik i praksis. 2 Kunnskapsgrunnlaget har endret seg.		
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Unntaksvis forskrivning av benzodiazepiner til pasienter i LAR bør vurderes av spesialisthelsetjenesten.		2 Bør fastlegen ha en funksjon her?		
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Pasienter med benzodiazepinavhengighet bør tilbys behandling for dette.			1 Bør være en selvfølge og kan strykes	
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	LAR-pasienter som har eller er i ferd med å utvikle alkoholavhengighet, bør tilbys behandling.			1 Bør være en selvfølge og kan strykes	
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Pasienter bør utredes og tilbys behandling for psykiske lidelser.				
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Behandling av psykiske lidelser bør integreres i den øvrige behandlingen.				
07 Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten	Pasienter bør utredes og tilbys behandling for somatiske lidelser.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Før oppstart bør følgende forhold av medisinsk betydning avklares: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valg av legemiddel</li> <li>• Medisinske tilstander og bruk av andre legemidler som har betydning for den medikamentelle behandlingen</li> <li>• Nødvendige undersøkelser som skal foretas, herunder EKG</li> <li>• Hvor oppstarten skal skje - poliklinisk eller under innleggelse</li> <li>• Behov for avrusning før oppstart</li> <li>• Andre rammevilkår som sikrer at legemiddelet kan inntas forsvarlig.</li> </ul>				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Buprenorfin bør være et førstevalg i substitusjonsbehandling.		1 Dette bør være mer individuelt tilpasset enn generelt regulert.		
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Pasientens eget ønske bør vektlegges ved legemiddelvalget.		1 Mange forholder seg ikke til denne anbefalingen. Anbefalingen er delvis motstridende til nr 32 og bør fjernes		
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Buprenorfin bør forskrives som kombinasjonspreparat med nalokson.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Stabile, rusfrie pasienter bør kunne benytte enkeltpreparat buprenorfin (Subutex®) hvis det ikke er mistanke om salg av legemidler eller injisering av legemiddelet.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Før oppstart med metadon bør det opptas en sykehistorie med vekt på familier forekomst av brå hjertedød, egne symptomer på hjertelidelse og tas EKG med måling av QT-tid.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	For en pasient uten familiehistorie eller egne symptomer på hjertelidelse kan EKG tas etter oppstart på metadon.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Nytt EKG med måling av QT-tid bør tas etter ferdig opptrapping på metadon.				

08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Ved dosering over 110 - 120 mg metadon og andre risikofaktorer (som bruk av legemidler som påvirker QT-tiden eller elektrolyttballansen og ved sykdommer med innvirkning på hjerterytmen) bør utviklingen kontrolleres årlig med EKG.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Legemidler som forlenger QT-tiden, bør unngås ved metadonbehandling.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Pasienten bør være avruset fra alkohol og benzodiazepiner ved oppstart.		2	Endret kunnskapsgrunnlag. Eks erfaringer ved 24sju og Kirkens bymisjon	
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Pasienten som ikke makter en poliklinisk avrusning, bør få tilbud om avrusning i institusjon.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Ved oppstart med buprenorfin bør pasienten avstå fra all heroinbruk minst åtte timer før oppstart og starte opp ved tegn på abstinens.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Pasienter som ikke klarer å avvike en risikopreget eller forstyrrende rusmiddelbruk eller som er for ustabile til å samarbeide forsvarlig i en poliklinisk situasjon, bør startes opp i institusjon.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Pasienter som er under behandling i rusinstitusjoner, psykiatriske institusjoner, somatisk institusjoner eller er fengslet, bør kunne starte opp substitusjonsbehandling i den institusjonen de er innlagt i, med veiledning fra kompetent instans.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Oppstart i primærhelsetjenesten bør skje med bruk av buprenorfin.		3	Her må en kunne gjøre individuelle vurderinger	
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Ved unntaksvis oppstart av metadon på primærhelsetjenestenivå bør det den første uka sikres en utleveringsform med medisinsk forsvarlig tilsyn og observasjon de første to timene etter inntak.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Poliklinisk oppstart bør avbrytes dersom pasienten viser aktiv rusatferd og videreføres eventuelt i institusjon.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Dersom det oppstår plager under oppstart, bør pasienten støttes og beroliges og tempo i oppstart, eventuelt redusert dosering, bør vurderes.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Ved plagsomme bivirkninger bør årsakene til disse utredes i samråd med pasienten og skifte av legemiddel vurderes.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Behandler bør, sammen med pasienten, prøve å skille mellom hvilke plager som skyldes legemidlene og hvilke som skyldes andre forhold, f.eks. abstinenser etter avsluttet bruk av benzodiazepiner.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Det bør gå ca 14 dager mellom hver doseøkning for å sikre stabil blodkonsentrasjon av legemiddelet.				
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Delte doseringer bør unngås, bortsett fra for gravide pasienter og pasienter med dokumenterte plager og smertetilstander.			Mange deler doser med bedre effekt. Nytt kunnskapsgrunnlag?	
08 Oppstart av substitusjonsbehandling	Legemiddelkonsentrasjonsmålinger av metadon etter stabilisering bør vurderes dersom pasienten opplever manglende effekt av den medikamentelle behandlingen.				

09 Kontroll av behandlingen	Utlevering av substitusjonslegemiddel bør reguleres strengt av hensyn til sikkerhet og forsvarlighet.		Bør tenke mer kreativt på gode løsninger her for å unngå politi -røver...		
09 Kontroll av behandlingen	Utleveringsordning bør tilpasses pasientens deltakelse i utdanning, yrkesliv og dagligliv for øvrig.		1 ikke bør men må		
09 Kontroll av behandlingen	Substitusjonslegemidlene bør utleveres daglig de første tre månedene av behandlingen.		Her må en vektlegge individuelle og geografiske forhold		
09 Kontroll av behandlingen	Ved oppstart bør substitusjonslegemidlet inntas under tilsyn.				
09 Kontroll av behandlingen	Når pasienten viser stabil rusmestring og vurderes egnet for egen håndtering av substitusjonslegemiddelet, bør en gradert henteordning utarbeides.				
09 Kontroll av behandlingen	Ved tilbakefall til rusing bør henteordningen revurderes og inntak av legemiddel under daglig påsyn innføres til stabil rusmestring er oppnådd.		Andre tiltak enn bare strengere henteordning må inn. Bruker må tas med på råd hva han/hun trenger av bistand		
09 Kontroll av behandlingen	Metadon og buprenorfin bør maksimalt kunne tas med hjem en uke av gangen.		Noen bruker preparatet i mange år. Her må det være større fleksibilitet		
09 Kontroll av behandlingen	For å sikre at pasienten bruker hele legemiddeldosen bør den første dosen tas under tilsyn ved henting av flere dagers forbruk.				
09 Kontroll av behandlingen	Utlevering av legemiddel i LAR bør sikres ved gode rutiner for kommunikasjon mellom behandler og utleveringssted.				
09 Kontroll av behandlingen	Det bør utarbeides skriftlige rutiner for utlevering og føres journal for kontakten mellom utleverer og pasient.				
09 Kontroll av behandlingen	Urinprøver som tas i terapeutisk øyemed, kan avtales med pasienten og bør kombineres med samtaler med fokus på rusmestring.				
09 Kontroll av behandlingen	Urinprøver for å kontrollere forsvarligheten av den medisinske behandlingen bør avlegges to ganger i uken de første tre månedene etter oppstart, deretter etter individuell vurdering, men ikke mindre enn to ganger årlig.		I samarbeid med folkehelsinstituttet se på mulighetene for å teste på annet biologisk materiale enn urin.		
10 Rehabilitering og individuell plan	Behandling av opioidavhengighet bør kombinere behandling med substitusjonslegemiddel med psykososiale tiltak.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Pasienten bør oppfordres til å gi samtykke til at ulike instanser som skal medvirke i rehabiliteringsprosessen, har adgang til kontakt seg imellom.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Planarbeidet i LAR bør organiseres ved opprettelse av ansvarsgruppe.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Pasientens vurdering av hvem som skal sitte i ansvarsgruppa, bør tillegges stor vekt.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Ansvarsgrupper i LAR bør organiseres med én definert koordinator.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Kommunen bør sørge for tilfredsstillende oppfølging i bolig som et ledd i rehabiliteringsarbeidet.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Målene for arbeidsmessig rehabilitering og ulike former for sysselsetting bør baseres på kartlegging av pasientens individuelle evner og muligheter, ønsker og behov.				

10 Rehabilitering og individuell plan	Sosialtjenesten bør, gjennom økonomisk rådgiving, hjelpe pasienten til å bedre sin økonomiske situasjon og forbygge og avhjelpe økonomiske problemer.				
10 Rehabilitering og individuell plan	En planlagt strategi for forebygging og håndtering av tilbakefall bør inngå som en naturlig del av LAR.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Som del av den individuelle planen bør ansvarsgruppa sammen med pasienten utarbeide en plan for hvordan kriser skal håndteres.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Sosialtjenesten bør tilby en grundig nettverkskartlegging etter stabilisering og bidra til å støtte alternative rusfrie nettverk.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Allmennlegen bør sikres lett kontakt med spesialist for råd og veiledning i oppfølgingen i LAR.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Pasienter med psykiske lidelser som trenger oppfølging fra kommunal instans, bør henvises til kommunal psykiatritjeneste.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Pasienter med behov for videre utredning og behandling for sine psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten bør henvises til de distriktpspsykiatriske senterne.				
10 Rehabilitering og individuell plan	Kvinner som begynner i LAR, bør gis aktiv prevensjonsveiledning.		3	Ordlyden er ugrei	
11 Skifte av legemiddel	Ved skifte av legemiddel bør allmennlegen samarbeide med spesialisthelsetjenesten.				
11 Skifte av legemiddel	Skifte av legemiddel fra buprenorfin til metadon kan gjøres poliklinisk dersom pasienten ikke bruker rusmidler / er rusfri.				
11 Skifte av legemiddel	Overgang fra metadon til buprenorfin bør gjøres i institusjon.				
11 Skifte av legemiddel	Etter nedtrappingen fra substitusjonsbehandling og overgang til naltreksonbehandling bør pasienten være knyttet til aktiv psykososial oppfølging og rådgivning.				
11 Skifte av legemiddel	Overgang fra substitusjonsmedisinering til naltrekson bør skje under medisinsk overvåkning.				
12 Vedlikehold av behandlingen	Pasienten bør møte til konsultasjon hos legen minimum én gang i året for å vurdere substitusjonsmedisineringen.				
12 Vedlikehold av behandlingen	Pasienten bør innkalles til urintesting to ganger årlig for å få et objektivt mål på sin utvikling. Hvis pasienten synes det er en trygghet med flere urinprøver, bør ønsket etterkommes.				
12 Vedlikehold av behandlingen	Ansvarsgruppemøter bør avholdes 1-2 ganger i året og avvikes når behovet bortfaller.				
12 Vedlikehold av behandlingen	Pasienter med stabil manglende rusmestrning bør få behandlingen tilpasset sine muligheter og ønsker.				
13 Avslutning av substitusjonsbehandling	Avslutning av substitusjonsbehandling bør frarådes med mindre det er god grunn til å tro at pasienten vil klare seg uten opioider.				
13 Avslutning av substitusjonsbehandling	Informasjon om erfaringer og risiko med avslutning av substitusjonsbehandling, hvordan en nedtrapping best kan gjøres, muligheten for gjeninntak og mulige behandlingalternativ bør formidles til pasientene tidlig.				

<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	De pasientene som velger å avslutte substitusjonsbehandlingen, bør følges opp med tett rådgiving og støtte under og etter nedtrapping for å redusere risiko for tilbakefall.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Ved behandlingsvansker bør ansvarsgruppa, i samarbeid med pasienten, utarbeide og iverksette forsterkningstiltak.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Ufrivillig avslutning av substitusjonsbehandling bør bare vurderes når alle muligheter for tettere oppfølging og andre forsterkningstiltak har vist seg å være nytteløse eller hvis pasienten ikke godtar nødvendige sikkerhets- og kontrolltiltak.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Vold bør alltid politianmeldes, og ved trusler bør anmeldelse vurderes.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Ved vold og trusler om vold overfor tjenesteutøvere eller medpasienter bør pasienten innkalles til samtale med ansvarlig tjenesteutøver med mål å avklare situasjonen og finne hensiktsmessige opplegg for videre behandling i LAR.				Nytt kunnskapsgrunnlag knyttet til helsegevinst. Eks Ivar Skeie
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Dersom grundige forsøk på å finne hensiktsmessige løsninger på voldelig atferd i LAR ikke fører fram, bør utskrivning vurderes.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Hvis det påvises at pasienten avhender hele eller deler av sitt substitusjonslegemiddel, bør situasjonen drøftes med pasienten for å klarlegge årsaken og møte den med relevante tiltak.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Hvis det påvises at pasienten avhender hele eller deler av sitt substitusjonslegemiddel, og problemet er knyttet til dose og henteordning, bør dose og henteordning revideres.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Dersom pasienten vedvarende uteblir fra henting av substitusjonslegemiddel, bør dette tas opp med pasienten for å klarlegge bakgrunnen for uteblivelsen samt følgene av manglende henting.				
<b>13 Avslutning av substitusjonsbehandling</b>	Uteblivelse fra henting mer enn fire dager sammenhengende, samtidig som pasienten har vært uten substitusjonsbehandling, bør medføre revurdering av behandlingen.				
<b>14 Andre forhold</b>	Ved spørsmål om søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens krav bør behandlingsansvarlig lege gjøre pasienten oppmerksom på vilkårene og bidra til at søknad sendes Fylkesmannen om pasienten ønsker det.				
<b>14 Andre forhold</b>	Ved dosejustering bør bilkjøring opphøre til 14 dager etter avsluttet justering.				
<b>14 Andre forhold</b>	Ved tilfeldige kortvarige rusepisoder, kan situasjonen møtes med avtale om at pasienten ikke kjører bil til det er tilfredsstillende dokumentert at all rusbruk har opphørt i minimum 14 dager.				
<b>14 Andre forhold</b>	Utførsel av substitusjonslegemiddel bør vurderes i et forsvarlighetsperspektiv.				
					1
					3
					1 Se 97
					3 Og/eller revurdering av oppfølging

14 Andre forhold	Ved tvil om forsvarlighet ved reiser bør oppholdene planlegges nøye slik at det kan inngås avtale om utlevering av legemidler på apotek på det stedet pasienten skal oppholde seg eller inngås avtale med lokalt behandlingssted som kan bistå i behandlingen.				
14 Andre forhold	Ansvarlig behandler bør bistå pasienten med planlegging av behandling ved utenlandsopphold.				
14 Andre forhold	Pasienter som vurderes for LAR, bør informeres om regelverket rundt utenlandsreiser.				
14 Andre forhold	Flytting mellom kommuner bør planlegges i god tid og involvere både kommuner og spesialisthelsetjenester i fraflytnings- og tilflytningsområdet.				
14 Andre forhold	Ansvarlig behandler bør bistå pasienten med planlegging av flytting.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Hvis en pasient henvender seg direkte til lege med ønske om nedtrapping for opioidbruk, bør legen i samarbeid med sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten ta initiativ til et strukturert tverrfaglig samarbeid, vanligvis i form av en ansvarsgruppe.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Ved kortvarig nedtrapping ved opioidavhengighet bør buprenorfin, vanligvis som kombinasjonspreparat, brukes som substitusjonslegemiddel av forsvarlighetsgrunner.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Somatiske og psykiatriske avdelinger bør vurdere substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet for å sikre forsvarlig behandling av den tilstanden pasienten er innlagt for.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Somatiske og psykiatriske avdelinger bør henvise til TSB for vurdering av videre behandling for pasientens opioidavhengighet.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet i den hensikt å stabilisere og utrede pasienter utenfor LAR bør etableres i et samarbeid mellom kommunale instanser og TSB.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Ved stabilisering utenfor LAR bør forskrivning av A- og B-preparater alltid skje i samråd med spesialisthelsetjenesten.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Ved substitusjonsbehandling utenfor LAR bør buprenorfin, fortrinnsvis i kombinasjon med nalokson, brukes.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Ved stabilisering bør allmennlegen lage en nedtrappingsplan av eventuell forskrevet benzodiazepin.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Ved stabilisering før oppstart i LAR bør tiden frem til ordinær oppstart brukes til kvalitetssikring av behandlingsplaner, individuell plan og samarbeidsavtaler.				
15 Substitusjonsbehandling utenfor LAR	Ved stabilisering før vurdering for LAR bør det inngås avtale om poliklinisk avvenning av eventuell annet rusmiddelbruk.				

<b>Bør LAR-forskriften revideres i forbindelse med revisjon av retningslinjen?</b>			
<b>Begrunn svaret</b>			
<b>Hvilket tiltak tilhører du?</b>	Annet		
<b>Angi organisasjonen/ tiltakets navn</b>	Fagrådet -rusfeltets hovedorganisasjon		
Antall prioriterte anbefalinger. Dette er kun til kontroll/informasjon. Skal ikke fylles ut.	1. prioritet	5	
	2. prioritet	5	
	3. prioritet	5	3



















