

Unge med blandingsmisbruk. Hvem bør få tilbud gjennom LAR og hvorledes bør vi behandle dem?

10. Nasjonale LAR-konferanse
16. oktober 2014

Ivar Skeie
Sykehuset Innlandet
Senter for rus- og avhengighetsforskning, UiO

Utfordringer og dilemmaer

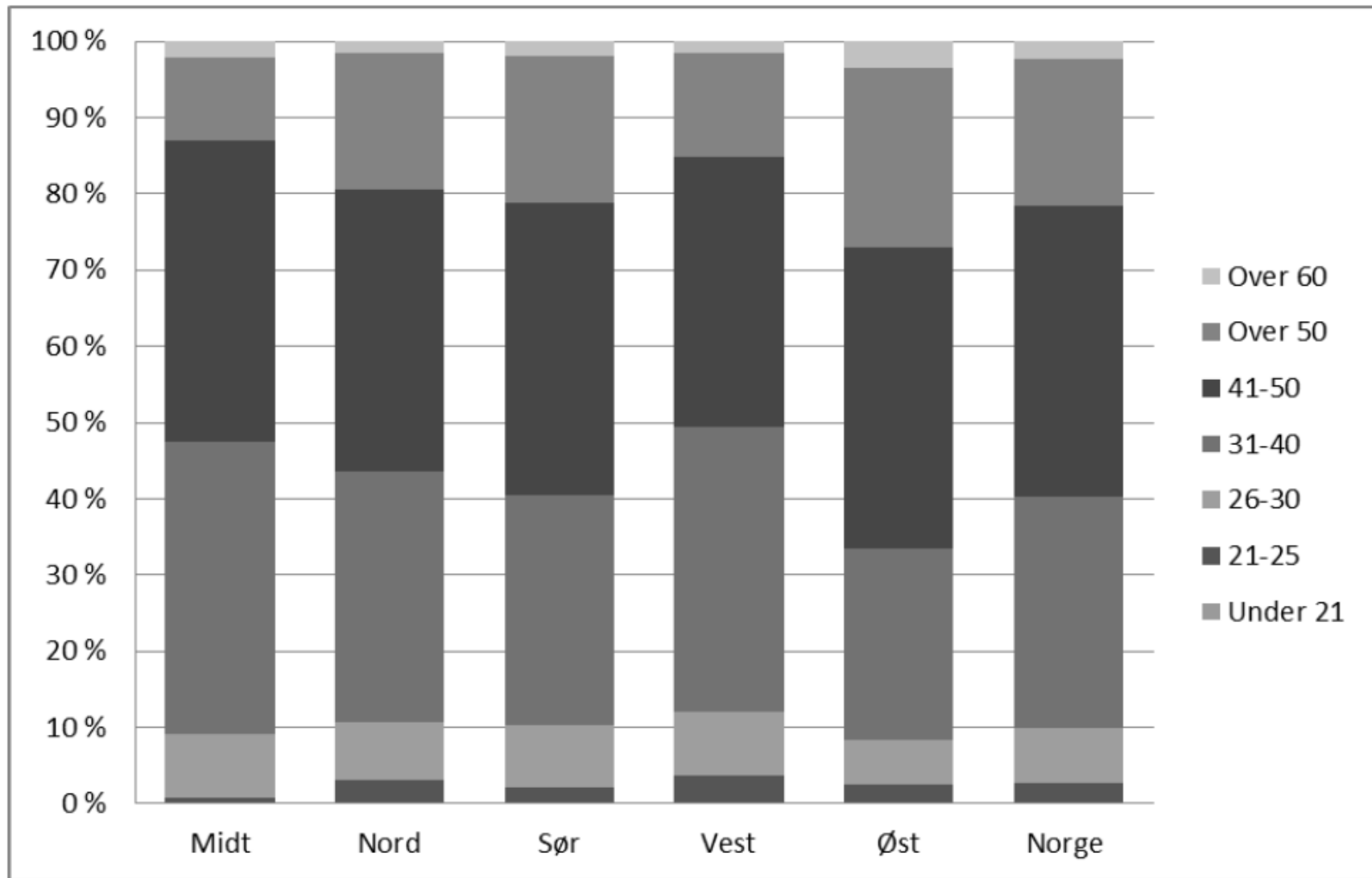
- Er det mange unge i LAR ? Inkluderes det mange unge i LAR i dag ?
- Inngangskriteriet – opioidavhengighet versus blandingsmisbruk
- Undergraver ”for tidlig” LAR-start mulighetene for medikamentfri rehabilitering ?
- Dødsrisikoen – er de unge spesielt utsatt ?

- Lekkasje – spesielt fra de unge ?
- Bruk av tvang – i hvilken grad løser det problemet ?
- Tidsbegrenset vedlikeholdsbehandling og planlagt avslutning av LAR – er det mulig å komme ut av LAR når man er klar for det ?

Er det mange unge i LAR?

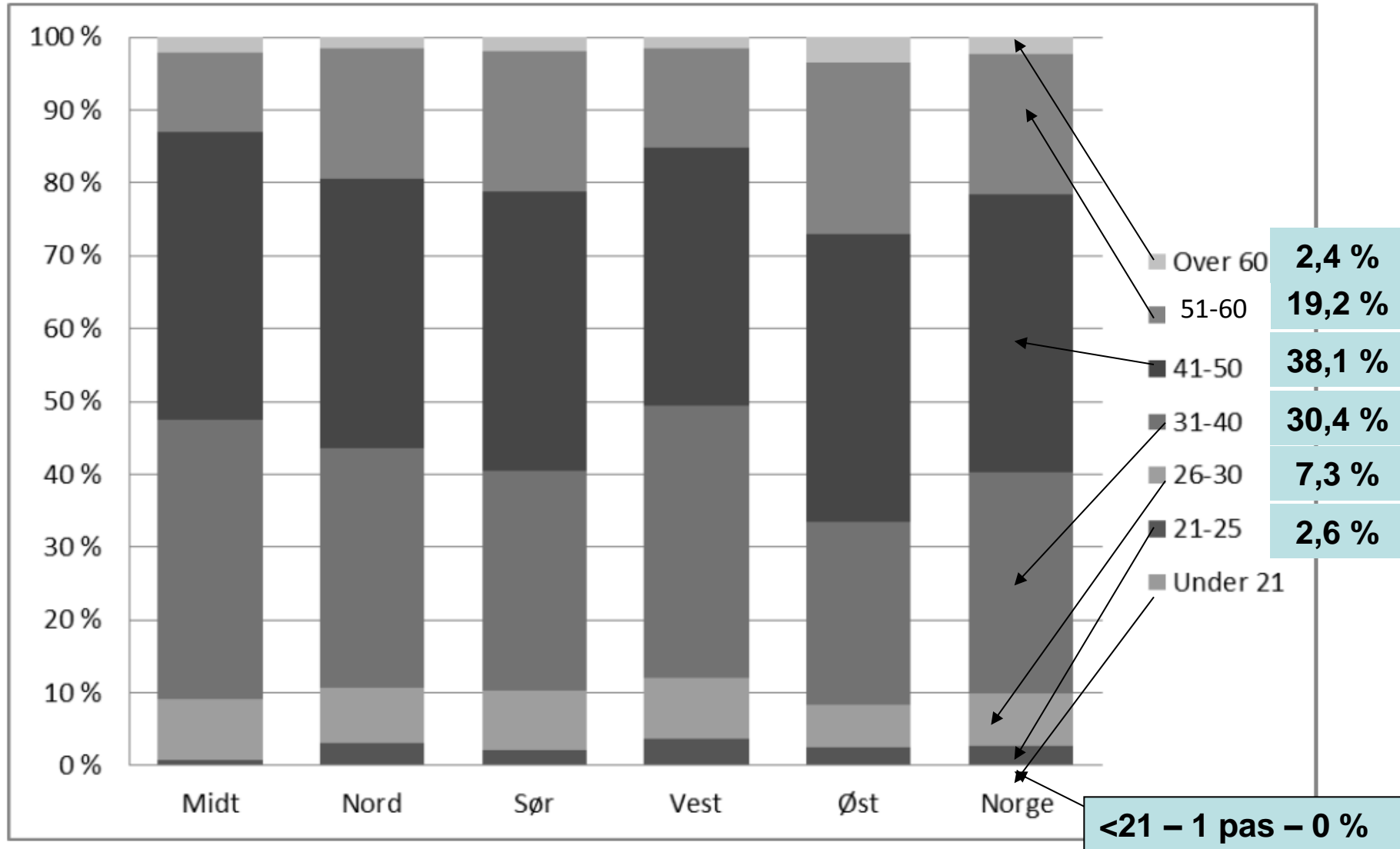
2013

Figur 10 Aldersfordeling i regionene og i hele landet



2013

Figur 10 Aldersfordeling i regionene og i hele landet



Konklusjon

- Det er få unge i LAR
- Nesten ingen under 21 år
- Ingen stor søkning av unge til LAR, men noe forskjell mellom distriktene

Inngangskriteriet – opioidavhengighet vs. blandingsmisbruk

LAR-forskriften 2010

§ 4. *Vilkår for innskriving*

- Når pasienter er henvist til legemiddelassistert rehabilitering skal det foretas en konkret og samlet tverrfaglig spesialisert vurdering av pasientens helsetilstand.
- Legemiddelassistert rehabilitering skal **som hovedregel ikke være det første behandlingsalternativet som velges** ved behandling av opioidavhengighet med mindre det etter den faglige vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. Det skal **alltid foretas en konkret vurdering av andre tiltak** enn legemiddelassistert rehabilitering.
- Pasientens **alder og lengde på opioidavhengighet skal alltid tillegges særskilt vekt** ved vurderingen av om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys.

LAR – Retningslinjen 2010

Grunnlaget for å iverksette LAR er **opioidavhengighet** etter kriterier gitt i ICD-10/DSM-IV.

En bør ytterligere vurdere LAR

- når avhengigheten **forhindrer behandling av annen alvorlig sykdom**
- ved **selvdestruktiv atferd** (eksempelvis selvskading, hyppige overdoser og prostitusjon)
- ved risiko for tilbakefall fra en stabilisert tilværelse til rusmiddelbruk med medfølgende tap vesentlige goder eller rettigheter

Konklusjon

- Bruk av cannabis, benzo, amfetamin ... er ikke en kontraindikasjon for LAR
- **Men** det totale misbruksbildet må vurderes når man avgjør om LAR er den best egnede behandling
- Andre behandlingsformer **må** være vurdert og som regel prøvd
- Opioidavhengighet **må** foreligge
- De fleste unge som søker LAR har et blandingsmisbruk

Undergraver ”for tidlig” LAR-start
mulighetene for medikamentfri
rehabilitering ?

- Unge ”kaotiske” blandingsmisbrukere – mye er prøvd før LAR blir aktuelt – kan behandlingsapparatet bli flinkere ?
- Tunge tiltak *må* – om mulig – settes inn tidlig (***før*** opioidavhengigheten oppstår)
- Opioidavhengighet ***må*** foreligge (hvordan dokumenteres det ?) hvis LAR velges

”Visst kan du bli rusfri, - men først
må du overleve”

Dødsrisikoen – er de unge spesielt
utsatt ?

Oslo 1980 – 2000, standardisert dødsrate

Table 3: Deaths and standardized mortality ratios (SMRs) for opioid addicts for each five-year period

	Self-poisonings		Voluntary detoxification		Total	
	Deaths	SMR (95% CI)	Deaths	SMR (95% CI)	Deaths	SMR (95% CI)
Period 1	12	28.8 (16.3–50.7)	10	38.0 (20.5–70.7)	22	32.4 (21.3–49.1)
Period 2	11	28.2 (15.6–51.0)	9	31.1 (16.2–59.7)	20	29.5 (19.0–45.7)
Period 3	11	27.5 (15.5–49.7)	5	16.0 (6.7–38.4)	16	22.5 (13.8–36.7)
Period 4	6	12.1 (5.4–26.9)	6	15.1 (7.0–33.7)	12	13.4 (7.6–23.7)
Total	40	23.5 (17.2–32.0)	30	23.8 (16.6–40.0)	70	23.6 (18.7–29.9)

Oslo 1980 – 2000, standardisert dødsrate

Table 3: Deaths and standardized mortality ratios (SMRs) for opioid addicts for each five-year period

	Self-poisonings		Voluntary detoxification		Total	
	Deaths	SMR (95% CI)	Deaths	SMR (95% CI)	Deaths	SMR (95% CI)
Period 1	12	28.8 (16.3–50.7)	10	38.0 (20.5–70.7)	22	32.4 (21.3–49.1)
Period 2	11	28.2 (15.6–51.0)	9	31.1 (16.2–59.7)	20	29.5 (19.0–45.7)
Period 3	11	27.5 (15.5–49.7)	5	16.0 (6.7–38.4)	16	22.5 (13.8–36.7)
Period 4	6	12.1 (5.4–26.9)	6	15.1 (7.0–33.7)	12	13.4 (7.6–23.7)
Total	40	23.5 (17.2–32.0)	30	23.8 (16.6–40.0)	70	23.6 (18.7–29.9)

- 9,9 % av overdosedødsfallene i Norge 2009 – 2012 skjedde i aldersgruppa 15 – 25 år, av disse 73 % menn
(SIRUS, 2014)
- I aldersgruppa 15 – 25 er overdosehyppigheten 30-40 % av gruppene 25 – 55
(SIRUS, 2014)
- Det tar en del tid før man utvikler opioidavhengighet
- Risiko for overdosedød – kumulativ risiko

Lekkasje – spesielt fra de unge ?

- Vi vet ikke så mye om det
- Dårlig rusmestring gir strenge henteordninger
- Kanskje mer lekkasje fra pasienter med mindre strenge henteordninger ?
- Går LAR-medisin på avveie mest til etablerte opioidavhengige eller til ”eksperimenterende unge” ?

Bruk av tvang – i hvilken grad løser
det problemet ?

- **Barnevernloven: § 4-24.Plassering og tilbakehold i institusjon uten eget samtykke:**

Et barn som har vist alvorlige atferdsvansker

- ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet
- ved vedvarende misbruk av rusmidler eller
- på annen måte

plasseres

- for observasjon 4 uker (evt + 4 nye uker)
- for behandling 12 mndr (evt + 12 mndr)

Vedtaket fattet før 18 år kan gjennomføres etter 18 år

Frivillige vedtak kan forlenges inntil 23 år

- Helse- og omsorgstjenesteloven: Kapittel 10 - Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

- § 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

- § 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige
(hele svangerskapet)

- § 10-4. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke
("frivillig tvang" – opptil tre uker)

- Psykisk helsevernloven: "Alvorlig sinnslidelse"

§ 3-2. Vedtak om tvungen observasjon – inntil 10 dager

§ 3-3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern – ikke tidsbegrenset
(”behandlingskriteriet” – ”farlighetskriteriet”)

§ 2-2. Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5 – inntil 3 uker, krever ikke ”alvorlig sinnslidelse”

- Lovverket gir begrensede muligheter for behandling
- Tvangsbehandling er ofte prøvd
- Blir oftest brukt i "krisesituasjoner"
- Barnevernsloven gir mest mulighet til lange behandlingsløp på tvang – og blir vel mest brukt
- Underforbruk av tvang etter HOST ?
- Tvangsbehandling i mindre grad alternativ til LAR

Tidsbegrenset
vedlikeholdsbehandling og planlagt
avslutning av LAR – er det mulig å
komme ut av LAR når man er ”klar”
for det ?

- LAR – i utgangspunktet **tidsubegrenset** behandling
- Tidsbegrenset vedlikeholdsbehandling (forhåndsbestemt behandlingsperiode) – fungerer ikke
- Norsk Subutex-prosjekt 2001
- Det er mulig å avslutte LAR med suksess – ved langvarig rusfrihet og god rehabilitering
- Ved inklusjon – pasient og behandler må innse muligheten for at dette er svært langvarig (livslang ?) behandling

Bør unge, kaotiske
blandigsmisbrukere med
opioidavhengighet inn i LAR?

Eksempel – Unge i LAR i Hedmark

- Siste 3 år – 15 under 25 år inkludert (8 kvinner)
- Snittalder ved inklusjon 23 (19 – 25)
- Mange har hatt overdoser
- Noen har først fått avslag, senere inkludert
- Mange har hatt tiltak/institusjonsopphold gjennom Barnevernet

Ved inklusjon

- Som regel "krise": Overdoser, høyrisikoatferd
- En del har tidligere avslag fra LAR
- Noen er inkludert andre steder, institusjon, lavterskel Oslo
- Mange får LAR sammen med HOT § 10.2 (tvang)
- Mange legges inn i institusjon
- Alle fått buprenorfin (de langt fleste Suboxone)

Situasjon nå

- 11 fungerer godt, er i all hovedsak rusfri utenfor institusjon, mange i jobb/skole
- 3 fungerer godt i institusjon
- 1 er uten LAR-medisin, prøvd både buprenorfin og metadon, sannsynligvis rus.
- Alle har fått omfattende oppfølging (LAR, Rusteam SI, NAV/kommune, familie, institusjoner)

Vurdering

- Inklusjon er grundige vurderinger med mange dilemmaer
- Massiv oppfølging – stor satsing på rehabilitering blant de yngste
- (Overraskende ?) gode resultater !
- LAR forever ?
- Bør ”de unge” inn i LAR ?

- Ikke noe enkelt ja eller nei – no quick fix
- LAR skal ikke være – og er ikke – noe ”enkelt” førstevalg
- Som regel skal andre tiltak være prøvd – og som oftest er det prøvd
- Dødsrisiko må tas på alvor og veies mot andre hensyn
- Muligheten for å avslutte LAR med varig rusfrihet må vurderes med realisme

Kompliserte og sammensatte
fenomener karakteriseres først og
fremst ved at de er kompliserte og
sammensatte....

Takk for
oppmerksomheten !