Ulik praksis og tolkning i LAR og i spesialisthelsetjenesten



Ukom



NÅR RUSEN DEFINERER HELSEHJELPEN

Ulik praksis og tolkning i LAR og i spesialisthelsetjenesten

Publisert 23. juni 2026
ISBN 978-82-8465-048-7

> “Det som er så dumt med LAR er at det er så mange kokker inne og ikke alle er enige (…) Det er høy turnover og det er også utskiftning av leger. Noen vil være mer konservative og noen mer liberale.”
> - Psykologspesialist og leder, avdeling for rus og avhengighet i spesialisthelsetjenesten

Da Lars flyttet tilbake til hjemkommunen, ble ansvaret for oppfølging i LAR overført til et annet helseforetak. På dette tidspunktet var han i en pågående prosess med å bytte LAR-medisin i helseforetaket han flyttet fra. Denne prosessen ble videreført og styrt av det tidligere helseforetaket under flyttingen.

Det nye helseforetaket stilte spørsmål ved dosen LAR-medisin Lars sto på. De vurderte dosen som høy. Behandlerne ved det tidligere helseforetaket var enige i at dosen var høy, men vurderte den som riktig ut fra Lars sine individuelle behov. Lars var frustrert over kontakten med det nye helseforetaket, både på grunn av redusert forutsigbarhet, ulike faglige vurderinger mellom behandlerne og fordi han ikke fikk medvirke i behandlingen sin på samme måte som tidligere.

Lars og LAR-tjenesten hadde etter hvert ulike mål for behandlingen. LAR vurderte at kombinasjonen av LAR-medisin i gjeldende dose og fast bruk av benzodiazepiner ikke var

forsvarlig, og ønsket nedtrapping i samarbeid med fastlegen. Lars ønsket å videreføre behandlingsplanen fra det tidligere helseforetaket, som innebar stabiliseringsdose med benzodiazepiner og medvirkning i valg av dose og medikament. Han hadde tidligere erfaring med å medvirke i medikamentbehandlingen, der behandlende LAR-lege lyttet til hans behov og justerte dosene for å bedre funksjonen.

Lars opplevde nedtrappingen av benzodiazepiner som uutholdelig. Kort tid etter ble også dosen LAR-medikamentet halvert, begrunnet med forsvarlighet og samtidig bruk av flere rusmidler som han var åpen om at han brukte. Lars ble gradvis dårligere, og funksjonsnivået falt. Situasjonen bidro til økt mistillit og krevende relasjoner, og han opplevde å bli straffet av LAR for å være åpen om sidebruk.



Foto: Shutterstock

Forskjeller i LAR-praksis gjorde Lars usikker på hvilke rammer som gjaldt for ham. Flyttingen førte til at han mistet et behandlingsopplegg som han opplevde fungerte, og måtte forholde seg til en ny lokal LAR-praksis. Med svekket psykisk helse strevde han med å holde seg rusfri. Samtidig opplevde han at psykisk helsevern ikke tok ham inn fordi han var i LAR, mens LAR vurderte at psykisk helsevern burde håndtere angstsymptomene. Han befant seg i en gråsone mellom tjenestene.

Pasienter i LAR får ulike behandlingstilbud avhengig av hvor de mottar helsehjelp. Både inntakskriterier og håndteringen av medikamenter praktiseres ulikt. Det er også betydelige forskjeller i hvordan retningslinjer for behandling og oppfølging blir tolket og anvendt, både mellom og innad i helseforetak og kommuner. Flere ansatte uttrykker usikkerhet knyttet til hvordan retningslinjene skal forstås i praksis, og etterlyser tydeligere nasjonale føringer. Slike variasjoner kan bidra til et gap mellom pasientens forventninger til helsehjelpen og det helsepersonell vurderer som faglig forsvarlig.

> “Jeg ønsker å være stabil og fungere. Jeg ønsker å jobbe og ta vare på de som jeg skal ta vare på.”
> - Lars

Da Lars startet behandlingen i LAR var målet å stabilisere seg på legemidler slik at han kunne være i arbeid, ivareta familie og fullføre fagutdanningen. Etter 14 år i LAR-behandling er dette fremdeles hans mål. Kommunen han flyttet til hadde ikke FACT-team, og det var krevende for tjenestene å følge ham opp i perioder der han ikke møtte til konsultasjoner. Utredning og behandling kom da ikke i gang. ADHD hadde vært et gjennomgående tema siden ungdomstiden, med flere forsøk på diagnostisering. Etter mange år i LAR ble han igjen henvist til psykisk helsevern med ønske om utredning, men henvisningen ble avslått på grunn av manglende rusfrihet.

Behandlere vi har intervjuet beskriver at det kan være krevende å få gjennomført utredning og behandling for psykiske lidelser når pasienten samtidig har en rusmiddelavhengighet. Det er et nasjonalt krav at alle regioner og helseforetak skal tilby nødvendig rusbehandling, inkludert LAR. Riksrevisjonen har vist at regionale forskjeller i prioriteringer og ressurser gir ulikheter i tilbudet (2). Et eksempel fra rapporten er at flere helseforetak stiller krav om rusfrihet før behandling i psykisk helsevern. I undersøkelsen svarte 33 prosent av institusjonene i psykisk helsevern og 29 prosent av TSB-enhetene at de i stor grad krever rusfrihet før utredning for psykiske lidelser. Denne praksisen varierer mellom regioner.

> «*Dagens praksis kan sammenliknes med at det avkreves et visst blodsukkernivå før insulinbehandling kan iverksettes, eller at man må bevise tre måneders røykeslutt for å få behandling for nikotinrelaterte lidelser som emfysem eller kreft.»*
>
> Fra kronikk av Lien, Knutsen og Lunde i Dagens Medisin (32)

Hvordan helsetjenestene praktiserer krav om rusfrihet før utredning av ADHD varierer fra sted til sted. Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet stiller ikke krav om rusfrihet for å starte utredning av ADHD. Retningslinjene åpner for at utredning kan bli gjennomført også ved pågående rusmiddelbruk. Forutsetningen er at funnene blir tolket i lys av dette (33). Anbefalingen om dokumentert rusfrihet i om lag tre måneder er knyttet til oppstart av behandling med sentralstimulerende legemidler, av hensyn til pasientsikkerheten. Når kravet om rusfrihet i praksis ofte blir oppfattet som en forutsetning også for utredning, kan det bidra til at pasienter ikke kommer i posisjon til diagnostisk vurdering (34).

Sentralstimulerende legemidler

Sentralstimulerende legemidler er legemidler som påvirker sentralnervesystemet ved å øke våkenhet, oppmerksomhet og konsentrasjon. De brukes blant annet i behandling av ADHD. Legemidlene kan også ha bivirkninger og et misbrukspotensial, og forskrivning krever derfor tett oppfølging.

Samtidig finnes det tjenestemiljøer som har utviklet mer fleksible tilnærminger. Lovisenberg Diakonale Sykehus har endret praksis slik at samtidig ruslidelse ikke skal være til hinder for å starte utredning, og utredning kan bli gjennomført uavhengig av pågående rusmiddelbruk (35

). Fagmiljøer tilknyttet Helse Bergen har også utviklet lokale veiledere og en praksis som åpner for mer individuelle vurderinger og mindre rigid bruk av krav om rusfrihet (35).

Variasjonen innebærer i praksis at tilgang til utredning og diagnostikk kan avhenge av hvor i landet pasienten mottar helsehjelp.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924