

LAR

– et halvt år etter reformen

AV ARILD SCHILLINGER

LAR (legemiddellassistert rehabilitering) ble gjort allment tilgjengelig i Norge i 1998, og ble organisert i ulike sentra med spesialkompetanse, som etter Rusreformen i 2004 nærmest ble hengende i løse luften, da de verken var spesialisthelsetjeneste eller førstelinjetjeneste. Både for å innordne LAR-systemet innenfor det organiserte helsevesenet og å sikre en geografisk likhet for loven, ønsket derfor Helse- og omsorgsdepartementet i 2005 at det skulle utvikles en nasjonal faglig retningslinje som skulle suppleres med en forskrift om regulering av forhold i LAR som krever særskilt regulering.

På hvilken måte har så de nye forskriftene (01.01.2010) og retningslinjene (01.02.2010) for legemiddellassistert rehabilitering (LAR) påvirket behandlingsapparatet og pasienter involvert?

Forskriften slo fast at formålet med LAR er å bidra til at personer med opiatavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte skal få bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opiatavhengighet og faren for overdosedødsfall. Organiseringen skulle nå tillegges spesialisthelsetjenesten som gjennom rettighetsvurderinger skulle få i oppdrag å innstille til behandling i LAR.

Selv om det understrekes at avgjørelsene i forhold til oppstart av behandling skal gjøres i tett samarbeid med førstelinjetjenesten, så sitter spesialisthelsetjenesten nå med det avgjørende ansvaret. Spesialisthelsetjenesten kan delegeres ansvaret til primærhelsetjenesten (fastlegene), men har et særskilt veiledningsansvar for hver enkelt LAR-pasient og det er helt klart at pasientrettighetsloven gjelder fullt ut for denne gruppen. Regelverket er også gjort mye enklere og tydeligere. Indikasjon for igangsettelse av LAR er opiatavhengighet av en viss varighet og omfang.



Arild Schillinger, psykiater og overlege, Østfoldklinikken. Han er faglig ansvarlig for LAR Østfold, har jobbet i rusfeltet fra 1988 og spesialist i psykiatri fra 2005. Han er styremedlem i Fagrådet innen rusfeltet i Norge, og mottok nylig «Godt gjort prisen» fra det Regionale Kompetansesenter for Dobbeltdiagnoser, for godt rusfaglig arbeide. Han var medlem i referansegruppa for de nye LAR-retningslinjene.

Utskrivingsreglene er også forenklet, og skal bare skje når medisinskfaglige kriterier ikke oppfylles. Som grunnlag for utskrivelse skal man som ved inkludering, vurdere nytte, forsvarlighet og kostnadseffektivitet. Hensynet til pasienten må stå sterkest. Dersom pasienten fortsatt ønsker behandling skal forsøk på tilrettelegging forsøkes før utskrivelse. Et annet viktig aspekt ved tilkjennelse av LAR er at rettigheten nå følger pasienten, og ikke kommunen pasienten bor i. Det betyr, i motsetning til tidligere, da det ikke var en selvfølge at en ny hjemstedskommune tillot en ditflyttende LAR-pasient å kontinuere behandlingen, er det nå en selvfølge at pasienten skal ha den behandlingen uansett hvor i landet vedkommende bor.

Substitusjonsbehandling utenfor LAR

Et siste viktig aspekt som er tatt opp i nye forskrifter og retningslinjer, er substitusjonsbehandling utenom LAR. Det er helt klart at det nye lovverket øker mulighetene for primærhelsetjenesten å intervensere ved et alvorlig rusmisbruk, og det er tre avklarende forhold som tillater iverksettelse av slike tiltak:

1. Akutte, livstruende situasjoner (ved overdose/risiko for overdose eller ved medisinsk/psykiatrisk behandling når behandlingen vanskelig kan gjennomføres uten substitusjonsmedikasjon).
2. Ved behov for stabilisering før vurdering av henvisning (der pasienten ikke er i stand til å forholde seg til en

strukturert henvisningsprosess, eller ved lang ventetid for vurdering i tverrfaglig spesialisert behandling, TSB).

3. Der det er avklart at dette er en del av en klart definert nedtrappingsplan (avrusning i institusjon eller stabilisering og nedtrapping utenfor institusjon).

Noe som ikke særskilt nevnes, verken i forskrift eller retningslinjer, er finansieringssystemet i LAR. Inkludering i LAR gir rettigheter i forhold til medisinene man får og ulik vanlig praksis for andre pasientgrupper, betaler ikke LAR-pasientene medisinene selv. Utløste rettigheter i forhold til LAR utløser også rettigheter til medisinene som nå Helseforetakene skal stå økonomisk ansvarlig for, lik inneliggende pasienter på sykehuset har rettigheter til dette. Det er kun to preparater som er godkjent i substisjonsbehandling, og det er buprenorfin og metadon.

Erfaringer fra klinikken et halvt år etter

Undertegnede er medisinsk ansvarlig for LAR i Østfold, og har gjennom denne posisjonen kunnet følge mange av de prosessene som har utspilt seg rundt implementering av nytt lovverk og retningslinjer. Det er ingen tvil om at de nye retningslinjene til å begynne med skapte et nytt klondyke i forhold til LAR-søknader. Flere av de større byene i Østfold hadde uoffisielle ventelister i forhold til pasienter med klare kriterier for LAR-behandling som ventet på å få saken sin behandlet. Disse ble nå videreføret til spesialisthelsetjenesten som utfra gjeldende lovverk har vurdert og innvilget søknaden. Det kan nevnes at man de siste tre årene før reformen i Østfold hadde et snitt på ca 45 pasienter inkludert årlig, mens i år, tall t.o.m. august 2010 viser 71 innvilgede søknader, nært en fordobling før året er omme. Disse tallene illustrerer kanskje noe av problemet rundt LAR-reformen.

Når spesialisthelsetjenesten vurderer en henvisning, må de se på kriteriene i forhold til nytte, forsvarlighet og kostnadseffektivitet. Pasientens frist settes i forhold til oppstart, som er forpliktende for disse pasientene. Opiatavhengighet er en lidelse med høy dødelighet, så alvorlighetsgraden gjør at tidsfristene også blir korte. Søknadene behøver ikke lenge nødvendigvis å komme gjennom sosialtjenesten, men kan komme direkte fra primærhelsetjenesten i kommunen. Selv om intensjonene i lovverket er å styrke samarbeidet spesialisthelsetjenesten-primærhelsetjenesten vil selve lovverket ofte medføre at pasientrettighetene kommer i første rekke, slik at oppfølgingen i kommunen ikke er tilpasset pasienttilsaget. Kapasiteten til å følge opp LAR-pasientene er minsket. Det er dessuten ikke gitt økte ressurser i forhold til at kommunene nå skal ivareta en voksende LAR-pasientmasse og enkelte kommuner har bevisst skjø-

vet ansvaret over på spesialisthelsetjenesten når det gjelder oppfølging av disse pasientene. Vi ser at på enkelte steder har man redusert tilgangen til å avlegge urinprøver og utdeling av medisiner da man nå regner med at dette nå er et spesialistansvar.

Om ikke annet har LAR-reformen krystallisert behovet for et mye tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinjetjeneste i forhold til ansvarsfordeling for svært dårlige pasienter. Likevel, på godt og vondt kan man si at en pasientgruppe som tidligere har vært langt borte fra spesialisthelsetjenesten nå er brakt mye nærmere og at det også da tillegges spesialistene et særskilt ansvar i forhold til veiledning angående disse pasientene. Tidligere har fastlegen blitt sittende med de vanskeligste pasientene.

Fastlegens rolle

Men hvordan har så fastlegene i Østfold forholdt seg til reformen? De sosialmedisinske poliklinikkene, som har hovedansvaret for å behandle LAR-søknadene (fem instanser), har alle en egen lege med veiledningsansvar overfor alle fastlegene med LAR-pasienter i Østfold. Vi har opplevd å få pasienter i retur til spesialisthelsetjenesten der fastlegen ikke føler at det er forsvarlig å medisinere pasienten pga. pasientens ustabilitet i forhold til rus. Hvor grensen går for å returnere pasienten til spesialisthelsetjenesten er selvsagt avhengig av hver enkelt leges kompetanse til å håndtere denne krevende pasientgruppen. Usikre leger kvier seg mer for å ha hovedansvaret, men samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærlegene vurderes å fungere svært bra. Kompetansen innenfor spesialisthelsetjenesten til å håndtere LAR-pasienter, er i Østfold forholdsvis god. Vi har jo fryktet at når spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for rettighetsvurdering av LAR-pasienter, ville en rekke leger som har liten erfaring med denne pasientgruppen, plutselig fremstå som eksperter med særskilt veiledningsansvar. Vår region har hittil greid å unngå dette kompetanseshullet.

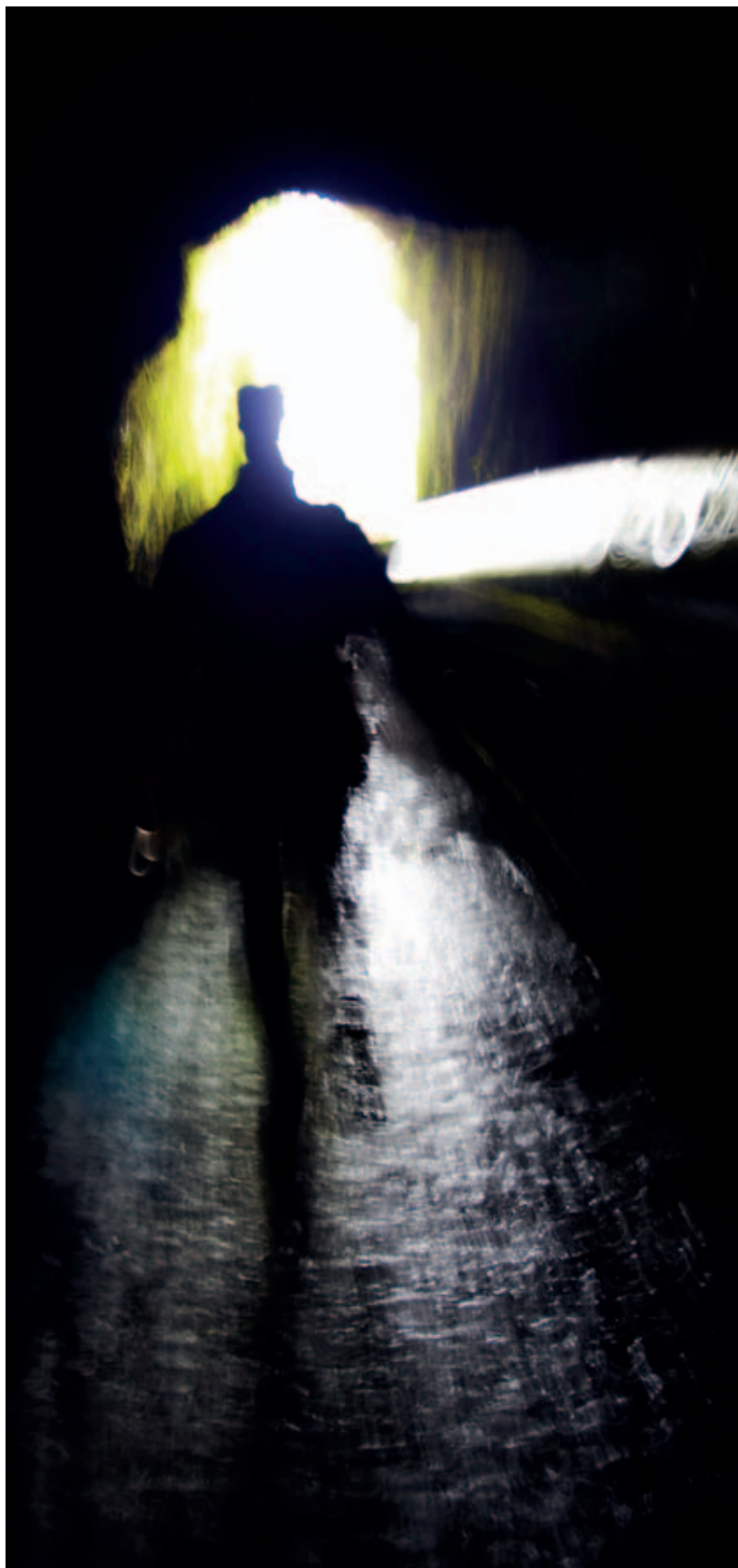
Når det gjelder holdningen overfor LAR-pasienter, virker det nye lovverket som en god etisk veileder. Tidligere var det lettere å dumpe brysomme pasienter. Nå viser lovverket helt klart til at, om for eksempel sidemisbruk er et problem, så må man forholde seg til dette og forsøke å hjelpe pasienten gjennom, istedenfor å anse det som en utskrivningsgrunn. Det virker som om anstrengelsene i forhold til å beholde pasientene i LAR og å hjelpe dem med sin vanskelige livssituasjon er skjerpet. De nye styringsdokumentene er jo klare på nødvendigheten av en slik skjerpet holdning, og ankemulighetene er nå mye tydeligere, og fastlegene har nå mye større støtte i behandlingsapparatet rundt seg i forhold til å ta hånd om de vanskeligste pasientene.

Andre refleksjoner

Når det gjelder inklusjonskriterier i LAR, streves det jo litt med formuleringene i de nye retningslinjene som sier at det er opiatavhengighet som er inngangsporten til substitusjonsbehandling. Opiater innebærer både morfin og kodeinpreparater. Kodein er hovedbestanddelen i Paralgin Forte. Mange av fastlegene sitter med pasienter som har et overforbruk av kodein, som også muligens fyller kriteriene for avhengighet. Det skal en viss grad av kompetanse til for å kunne avgjøre hvorvidt kodeinavhengighet er avhengighet av såpass stor art at det vil kunne tilfredsstillende kriteriene for inklusjon i LAR.

En annen problemstilling som også er dukket opp, er pasienter som får behandling med sterke smertestillende midler og som ender opp i en avhengighet av sterkere opiat. Ved smertebehandling får pasientene en betydelig utgift i forhold til å betale medikamentene, LAR er gratis. Vi håper på at det nye lovverket ikke vil føre til en forskyvning av kroniske smertepasienter over i LAR-behandling. Det dette imidlertid understreker er at det er svært nødvendig at man nå ser nærmere på medisineringen innenfor LAR, hvordan den skal finansieres. Mange krefter har jo hevdet av blåreseptordningen bør gjelde for LAR-pasienter på lik linje med andre pasientgrupper.

Siste store problemstilling som har vært vanskelig å rydde opp i utifra vår erfaring i Østfold, er substitusjonsbehandlingen utenom LAR. Som tidligere nevnt er det tre hovedkriterier. Det er kun ved øyeblikkelig hjelp at fastlegene kan iverksette dette raskt på egenhånd uten forhåndsgodkjenning fra spesialisthelsetjenesten. Men intensjonen bak dette er også at de i løpet av en ukes tid kan skaffe seg kontakt med spesialisthelsetjenesten og dermed få behandlingen inn i faste former. Hovedgrunnlaget for iverksettelse av substitusjonsbehandling utenfor LAR er for så vidt de samme kriteriene som gjelder for å bli inkludert i LAR: Det skal være et opiatdominert misbruk. For å sikre gode samarbeidsrutiner mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten, har spesialisthelsetjenesten utarbeidet spesielle kontrakter, som fastlege sammen med pasient og andre oppfølgende instanser må fylle ut for å sikre både at sikker utdeling ivaretas, og at lekkasje til miljøet unngås. Et av problemene rundt ordningen med substitusjonsbehandling utenfor LAR har vært av økonomisk art. Pasienter som har tilgang til ressurser (f.eks. familie) kan betale behandlingen selv. Pasienter som er økonomisk dårlig stilt kan risikere å få ja til å iverksette behandlingen fra spesialisthelsetjenesten sammen med fastlege uten å ha økonomiske forutsetninger til å gjennomføre tiltaket. I Velstands-Norge med like rettigheter til helsetjenester, blir det et paradoks at tilbudet man får av helsetjenesten, er avhengig av velviljen til



Man håper at den nye LAR-reformen vil nå flere opiatavhengige og at den vil gjøre at flere lykkes med å oppnå en rusfri tilværelse.

ILLUSTRASJONSFOTO: MIKKO PITKANEN

et NAV-kontor. Det er eksempel på flere avslag fra NAV selv om legen har påpekt at dette dreier seg om livsnødvendige medisiner. Blåreseptordning vil her kunne være med på å utviske denne urettferdigheten.

Med ståsted her i Østfold mener jeg at LAR-reformen, til tross for mange uklarheter, vil være et gode for pasientene. Den har økt sannsynligheten for bedre ivaretagelse av pasientene og mer involvering fra spesialisthelsetjenesten.

Noen varsku bør likevel fremheves

Uten at kommunene får økte ressurser til å ivareta denne pasientgruppen vil rehabiliteringsaspektet i LAR stå i fare for å bli sterkt redusert. Dette er pasienter med sammensatte lidelser og behov. Det krever et utstrakt samarbeide mellom de to nivåene. (spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.) Forhåpentligvis vil ressursknapphet ikke føre til en konkurranse om å unngå ansvaret for å ivareta pasienten, men å bruke de ressursene som finnes på best mulig måte. Mislykkes vi, vil vi stå igjen med et lavterskeltilbud der medisineringen er det viktigste tilbud i LAR, stikk i strid med intensjonen i forhold til de nye styringsdokumentene.

Forskyvningen av ansvaret for LAR-behandling til spesialisthelsetjenesten er heller ikke ukomplisert. LAR fordrer god ruskompetanse innenfor psykisk helse, som nå har hovedansvaret for rettighetsvurdering av disse pasientene. Ansvaret for å igangsette behandling innen LAR er nå overført til spesialisthelsetjenesten i psykisk helse og tverr-

faglig spesialisert rusbehandling. Dette nye ansvaret innebærer at en del fagfolk som er ukjent med problemstillingen, nå plutselig er ansvarlig for å ta avgjørelser om hvilke tiltak som skal settes inn.

Kompetanseheving blant ansatte i denne gruppen er høyst nødvendig. Faren ved et mer liberalt system, slik man må anse at både de nye retningslinjene og forskriftene er i forhold til tidligere, krever høy kompetanse i forhold til å unngå at dette blir en lavterskelordning hvor pasienter med en alvorlig avhengighetsproblematikk avspises med medisiner, uten at andre tiltak forsøkes.

Den fremtidige effekten av LAR-reformen kan slå begge veier, et lavterskeltilbud eller et meget ivaretagende tiltak for pasienter med alvorlig rusproblematikk. En vellykket LAR-politikk er avhengig av en målrettet innsats både fra 1.linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De svakestes stemmer har lett for å drukne i kampen om ressursene, men la oss håpe på at den nye LAR-reformen kan bli den drahjelp den er ment å være for en av de svakeste gruppene innen Tverrfaglig Spesialisert rusbehandling.

Referanser

1. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00278/Nasjonalt_retningslinje_278679a.pdf. PAPIRVERSJON: Nasjonal retningslinje for legemiddelasstert rehabilitering ved opioidavhengighet IS-1701
2. FOR 2009-12-18 nr 1641: Forskrift om legemiddelasstert rehabilitering (LAR-forskriften). <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20091218-1641.html>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Arild.Schillinger@so-hf.no