



Kommunene i Vestfold



Sykehuset i Vestfold

HELSE  SØR-ØST

RAPPORT

Prosjektgruppe LAR utdelingsordninger

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Geir Magnussen	Leder prosjektgruppen	Samhandlingsdirektør	01.09.14

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	02.05.14	Alle	Opprettet 1. utkast til rapport	Arild H. Aasen	
0.1	06.05.14	Alle	Videre arbeid med ulike kap.	Arild H. Aasen	
0.2	09.05.14	Alle	Innarbeidet endringer etter kommentarer fra Geir	Arild H. Aasen	
0,2	16.05.14	Alle	Korrigert etter møte 12.05.14	Arild H. Aasen/ Katarina Krokeborg	
0,2	22.05.14	2 og 2.3	Mindre endringer etter møte i Prosjektgruppen 22.05.14	Arild H. Aasen	
0,2	10.06.14	Diverse	Innspill etter møte i internggruppe + skrevet inn innspill til modell fra Sandefjord og Horten kommune	Arild H. Aasen	
0,3	12.06.14	Alle	Klargjort rapport for 1.utkast til prosjektgruppe	Arild H. Aasen	
0,4	20.06.14	Kap beh. i Prosjektgruppen	Tatt inn innspill etter beh. i Prosjektgruppen 20.06.14	Arild H. Aasen	
0,5	26.06.14	Diverse	Korrigert etter møte med Geir	Arild H. Aasen	
0,6	22.07.14	Diverse	Innspill fra Geir etter gjennomgang, samt innspill fra Niels	Arild H. Aasen	
0,7	14.08.14	Diverse	Innspill fra Finn og Geir, klargjøring for utsending til møtebehandling 18.08.14	Arild H. Aasen	
0,8	19.08.14	Alle	Korrigerer etter møte i prosjektgruppen 18.08.14	Arild H. Aasen	
0,9	20.08.14	Alle	Gjennomgang og korrigeringer av versjon 0.8 med Finn/Geir/Arild	Arild H. Aasen/Finn Hall	
0,95	26.08.14	Kap 6 og 7	Innspill fra brukerrepresentanter med bakgrunn i møtet 25.08.14, og innsendte skriftlige innspill.	Arild H. Aasen	

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
1.0	01.09.14	Aktuelle ihht innspill	Korrigert rapport ihht innspill fra prosjektgruppen (siste høringsrunde)	Arild H. Aasen	

Innhold

1. Bakgrunn og mandat	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Mandat	6
Fortolkning av mandatet	6
1.3 Prosjektgruppens sammensetning	6
1.4 Framdriftsplan	7
2. Sentrale føringer og praktisk gjennomføring av LAR forskriften	8
2.1 Nasjonale retningslinjer	8
«Forarbeidene til LAR forskriften	8
Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering	8
Retningslinje for Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, IS- 19019	
Veileder for utlevering av substitusjonslegemidler i og utenfor LAR, IS-2022	10
Sammendrag	11
2.2 Økonomisk ansvar for utdelingskostnader	11
3. Kort beskrivelse av nåsituasjonen i Vestfold	12
3.1 Utdelingsordninger	12
3.2 LAR medisiner	12
3.3 LAR pasienter – kjennetegn ved LAR pasientgruppen	12
3.4 Pasienter fordelt per kommune	14
3.5 Kostnader knyttet til utdelingsordninger	15
4. Partenes ansvar	16
4.1 Specialisthelsetjenestens ansvar	16
Tjenestenivå	16
Individnivå	16
4.2 Kommunens ansvar	16
Individnivå:	17
4.3 Fastlegenes ansvar	17
Lovverk	17
Ansvar	17
Aktuelle LAR-oppgaver for fastlegene	17
Fastlegens handlingsrom	17
Økonomi	18
4.4. Spesielt om urinprøver	18
4.5 Ansvar for LAR brukere innsatt i fengsler	18
5. Innspill fra brukerrepresentantene	19

5.1 Samhandling og samordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, sett opp mot nasjonale retningslinjer	19
5.2 Utfordringer knyttet til LAR-arbeid:	19
5.3 Med bakgrunn i krav om samhandling og utfordringer bør det etableres:	19
Et helsehus kan inneholde	19
Fordeler ved en slik ordning	20
5.4 Hva bør LAR – Vestfold gjøre?	20
5.5 Hva er brukerne opptatt av?	20
5.6 Kommunens og spesialisthelsetjenestens rolle i den ideelle utdelingsordning	20
6. Modeller for utdeling av LAR medisiner	21
6.1 Modeller som er vurdert	21
6.2 Kostnader ved utdelingsordninger	21
6.3 Vurderingskriterier ved valg av modell	21
6.4 Drøfting av modeller	22
Innledning	22
«Kommunehelsetjenestemodellen» og «Spesialisthelsetjenestemodellen» sett i sammenheng med vurderingskriteriene	23
7. Konklusjoner	25
7.1 Arbeidsgruppens anbefaling	25
7.2 Konklusjon	25
8. Brukerrepresentantenes kommentarer/innspill til rapporten	26
8.1 Innledning	26
8.2 Kommentarer/innspill til rapporten	26
Vedlegg	28
Brev fra Helsedirektoratet til Sykehuset i Vestfold HF datert 19.12.13	28
Brev fra Fylkesmannen i Vestfold til Sykehuset i Vestfold HF datert 25.02.2014	28
Brev fra Fylkesmannen i Vestfold til Horten kommune datert 25.02.2014	28

Figurliste

Figur 1 Prosjektgruppens framdriftsplan	7
Figur 2 Oversikt LAR medisiner	12
Figur 3. Pasienter fordelt på kommuner	14
Figur 4. Fordeling per kommune – antall pasienter/type medisiner	14
Figur 5. Utdelingsarena fordelt på kategori pasienter og kommuner	15
Figur 6. Utdelingsfrekvens fordelt på kommuner	15

1. Bakgrunn og mandat

1.1 Bakgrunn

Det har over et lengre tidsrom vært uavklarte forhold mellom Sykehuset i Vestfold HF, Klinikk psykisk helse og rusbehandling (SiV HF, KPR) og Kommunene i Vestfold (KiV) knyttet til avtaler og utdelingsordninger for LAR pasienter. Med dette som bakgrunn besluttet Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) i møte 3. februar 2014, under sak 6/14 og nedsette en prosjektgruppe for å avklare nødvendige avtaler mellom KiV og SiV HF, KPR knyttet til LAR-Avtaler.

1.2 Mandat

Prosjektgruppen ble gitt følgende mandat.

- Utrede alternative organisering av LAR-utdeling for Vestfold og skissere nødvendig dimensjonering av alternativene
- Estimere kostnader ved alternativene
- Avklare finansieringsansvar for de ulike alternativene - om nødvendig med ekstern bistand. Dersom det ikke oppnås enighet om ansvarsforståelsen skal det forberedes et problemnotat som kan være egnet for å legge saken frem for tvisteløsningsordningen, jf overordnet samhandlingsavtale.

Prosjektgruppen leverer en anbefaling i løpet av august 2014, med sikte på innføring pr. 1. januar 2015.

Fortolkning av mandatet

Som bakgrunn for å kunne utrede alternativer for organisering ble prosjektgruppen enige om å gjennomgå, samt ta inn i rapporten det som anses som de sentrale føringene knyttet til det økonomiske ansvaret og nasjonale retningslinjer knyttet til utdeling av LAR medisiner. Når det gjelder prosjektgruppens sammensetning ble det vektlagt å få innspill fra brukerrepresentanter og i tillegg involvere disse i deler av arbeidet (se prosjektgruppens sammensetting)

1.3 Prosjektgruppens sammensetning

OSU besluttet at prosjektgruppen skulle bestå av;

- Klinikksjef Finn Hall, psykisk helse og rusbehandling SiV HF
- Avdelingssjef for rusbehandling Øyvind Børresen, KPR SiV HF
- Klinikksjef (daværende) Geir Magnussen, KFMR SiV HF
- To kommunalsjefer utnevnt av kommunene i SU
- Prosjektgruppen støttes av samhandlingssjef SiV HF og Larvik kommune v/ kommunalsjef i påvente av ny samhandlingskoordinator.

Prosjektgruppen avholdt første møtet 17.mars 2014. Det ble lagt fram forslag til endringer i prosjektgruppens sammensetning, samt til konstituering av gruppen. Det ble enighet om følgende representasjon og konstituering av prosjektgruppen.

Helse- og sosialsjef, Lise Tanum Aulie (Sandefjord kommune)
Kommunalsjef, Karen Kaasa (Larvik kommune)

Kommuneoverlege, Niels Kirkhus (Horten kommune)
Samhandlingskoordinator, Anne May Mauritzen (Kommunene i Vestfold)
Fagenhetsleder, Harald Næss (Tønsberg kommune)
Samhandlingsdirektør, Geir Magnussen (Sykehuset i Vestfold HF) (Leder)
Avdelingssjef, Avdeling for rusbehandling, Øyvind Børresen (Sykehuset i Vestfold HF)
Klinikkssjef, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Finn Hall (Sykehuset i Vestfold HF)
Avd.sjef, fellesfunksjoner, Arild H. Aasen (Sykehuset i Vestfold HF) (Sekretær)

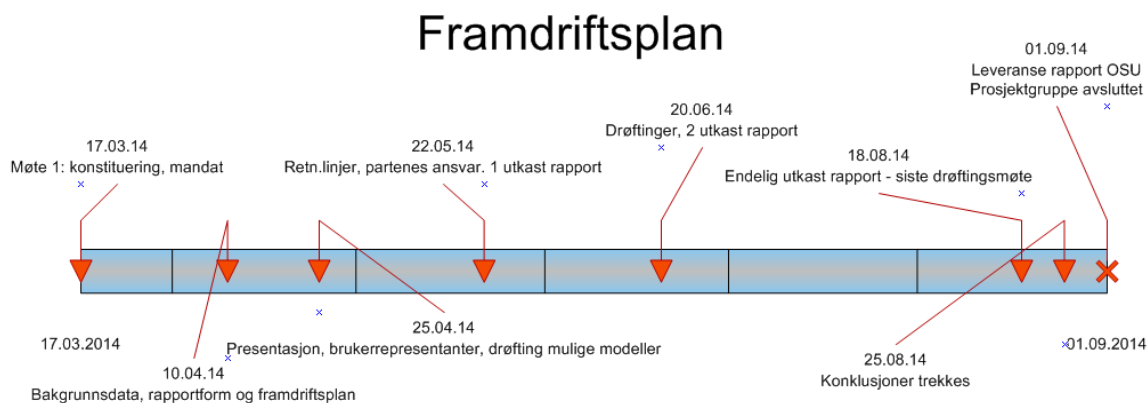
I tillegg er brukerrepresentantene Dag Myhre (LarNett) og Carina Jørgensen (proLAR) oppnevnt av brukerrådet i Klinikk psykisk helse og rusbehandling til å representere brukernes innspill og synspunkter for prosjektgruppen.

OSU ble orientert om dette på møte den 19.mai 2014.

1.4 Framdriftsplan

Prosjektgruppen besluttet følgende framdriftsplan

Figur 1 Prosjektgruppens framdriftsplan



2. Sentrale føringer og praktisk gjennomføring av LAR forskriften

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. beskriver bl.a. de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester, herunder Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). TSB er ansvarlig for spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver knyttet til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. beskriver kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

2.1 Nasjonale retningslinjer

Ulike regelverk og retningslinjer gir føringer for hvordan utlevering av legemidler i LAR skal skje. I denne rapporten er aktuelle utdrag presentert. Nedenfor omtales de mest aktuelle. I tillegg gjelder de generelle helselovene.

En del av målsettingen i St.mld. 47, Samhandlingsreformen, er bedre ivaretagelse av kronikergrupper som de med psykiske lidelser og rus (her målgruppen i LAR). Formålet er lokale tjenester og bedre og mer sømløst samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Kap 2. Juridiske aspekter, gir en fullstendig oversikt over relevante lovtekster, retningslinjer og veileder.

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/utlevering/forord?hideme=true>

Nedenfor følger utdrag av sentrale føringer for LAR og utlevering av LAR legemidler. Innholdet presenteres kronologisk etter omtale i forskrift, retningslinje og veileder.

«Forarbeidene til LAR forskriften

LAR-forskriften innebærer ikke endringer i kommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Blant annet gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet og regjeringens innsats for å redusere fattigdom er det tiltak som bidrar til å styrke tilbudet i kommunene, herunder bedre oppfølging av LAR pasienter. Styrking av kommunenes tilbud vil også bli fulgt opp som del av arbeidet med Samhandlingsreformen.

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering

§ 1. Formålet med forskriften

Formålet med forskriften er å foreta nødvendig og proporsjonal særregulering for at legemiddelassistert rehabilitering skal kunne tilbys pasienter som et tiltak mot opioidavhengighet.

Særreguleringen er nødvendig på grunn av bruken av sterkt vanedannende legemidler i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering og skal motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skade på pasienter og tredjemann gjennom kontrolltiltak.

§ 3. Definisjon

Legemiddelassistert rehabilitering er tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vanedannende legemidler i en bestemt dose (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp.

§ 7 2. ledd Utlevering og inntak av legemidler

Lege i spesialisthelsetjenesten kan videre beslutte at legemidlet skal inntas under påsyn av helsepersonell når dette er nødvendig for å sikre en forsvarlig behandling av pasienten, eller det er nødvendig for å forhindre at legemidlene inntas i strid med legens rekvirering eller at legemidlene blir gjort tilgjengelige for andre enn pasienten selv.

Beslutninger som nevnt i første og annet ledd kan overlates til allmennlege i primærhelsetjenesten.

Retningslinje for Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, IS-1901

Kap 4.1 Trepertssamarbeidet i LAR

I høringene etter LAR-evalueringene ble det gitt uttrykk for at grunnmodellen for LAR slik den har utviklet seg i Norge som et trepartssamarbeid mellom sosialtjenesten i kommunen, allmennlegen og spesialisthelsetjenesten, er god og bør beholdes. Trepertssamarbeidet er også anbefalt i Sosial- og helsedirektoratets LAR-anbefalinger, i retningslinjeoppdraget fra departementet

Kap 9.4 Utleveringssted

Det er ikke identifisert forskning som undersøker effekt på substitusjonsbehandling ved bruk av ulike utleveringssteder.

Noe under halvparten av pasientene i LAR får substitusjonslegemiddelet utlevert i apotek. Det synes som om økende andel får utlevert legemidlene fra ulike ordninger i kommunale helsetjenester.

Hjemmesykepleien er mange steder involvert i utleveringen, særlig til pasienter som har vanskeligheter med å møte opp på apotekene eller har en atferd som gjør at de ikke er ønsket der eller selv ønsker å ikke møte på apotek. Andre steder er avstanden til apotek for stor. Egne utleveringssentra er etablert i deler av landet. Begrunnelsen for dette er forskjellig. Det kan være økonomiske grunner til å forestå utleveringen i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Ønske om direkte kontakt mellom behandler og pasient kan være en annen grunn til å velge andre utleveringsordninger.

9.5.1.2 Urinprøver til kontrollformål

Urinprøver som tas som et ledd i vurderingen av forsvarlig behandling, skal avlegges overvåket, jf. rundskriv IS 13/2002 fra Sosial- og helsedirektoratet. Urinprøver kan ikke alene være grunnlag for behandlingstiltakets vurdering av pasientens forhold til rusmestring, men kan inngå som en del av denne.

Behandler har ansvar for å legge til rette for at slik prøvetaking gjennomføres på en forsvarlig måte. Hensyn til diskresjon og verdighet skal ivaretas, men for å sikre at prøven stammer fra riktig pasient skal prøven avlegges overvåket. Det betyr at det skal være helsepersonell til stede som kan dokumentere at prøven kommer fra pasienten. Det er utviklet metoder og prosedyrer for å sikre dette.

Det er en oppgave for spesialisthelsetjenesten å veilede kommunen i kvalitetssikring av prosedyrene.

Veileder for utlevering av substitusjonslegemidler i og utenfor LAR, IS-2022

Kap 1.1. Opioidavhengighet

Opioidavhengighet er en alvorlig lidelse med sterkt forhøyet dødelighet, ofte preget av samtidig psykisk og somatisk sykkelighet. Behandling av heroinavhengige med substitusjonslegemidler har vist seg å redusere pasientens forbruk av heroin, redusere dødeligheten og bedre livskvaliteten samtidig som risiko for smittsomme sykdommer reduseres. Pasienten vil i større grad kunne nyttiggjøre seg behandling for andre lidelser. Dersom behandlingen kombineres med psykososial rehabilitering, øker effekten.

Kap 1.2 Substitusjonsbehandling med opioider

Behandlingen i LAR organiseres som et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen, med pasienten i midten.

LAR er lovmessig definert som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer – TSB, og ansvaret for behandlingen er gjennom hele behandlingsforløpet forankret på spesialistnivå. Generell helselovgivning ligger til grunn. Det utarbeides som hovedregel en skriftlig samarbeidsavtale mellom allmennlege og spesialisthelsetjeneste som beskriver samarbeidet. Slike avtaler må tilpasses den enkelte(s) situasjon lokalt.

Hovedføringene fra myndighetene er at substitusjonsbehandling i LAR skal normaliseres på linje med annen behandling av kroniske lidelser i helsevesenet og skal integreres i den generelle helsetjenesten. Det er også et uttalt mål at den behandlingen som tilbys, skal være likeartet over hele landet.

3.1. Utleveringssituasjonen.

Utleverer av substitusjonslegemiddel vil normalt se pasientene i LAR minst ukentlig og i mange tilfeller oftere. I 2011 møtte pasientene i LAR for utlevering av substitusjonslegemiddel i gjennomsnitt noe under fire ganger i uken, omtrent som årene tidligere. Ca 15-20 % har henteordning. I et vanlig behandlingsforløp vil den som utleverer substitusjonslegemidlet være det helsepersonell som oftest ser pasienten og som også vil kunne observere pasientens utvikling tetttest.

Utlevering av substitusjonslegemiddel skjer i de fleste tilfeller i kommunal regi eller fra apotek. Organiseringen kan variere sterkt fra kommune til kommune og også mellom nabokommuner. Sett fra et normaliseringsperspektiv vil utlevering fra apotek være å foretrekke når pasienten ikke har særskilte behov. Lokale forhold og pasientenes behov har betydning for hvordan utleveringen organiseres.

Kommunal hjemmetjeneste, legevakt, legekantor og kommunale utleveringssentra er i tillegg til apotek brukt i denne sammenheng.

I perioder der pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er ansvaret for utlevering midlertidig overført til den aktuelle institusjonen.

Dersom pasient er innsatt i fengsel, vil fengselshelsetjenesten ta seg av utlevering av substitusjonslegemiddel etter avtale med spesialisthelsetjenesten. Til dels utleveres substitusjonslegemidler også av ansatte i kriminalomsorgen, som i slike tilfelle fungerer som helsepersonells medhjelper.»

Sammendrag

Opioidavhengighet er en lidelse med høy dødelighet, somatisk og psykisk sykkelighet. LAR behandling reduserer dødeligheten ved heroinavhengighet. Formålet med substitusjonsbehandlingen er å hindre skader av heroinmisbruk, og å sette pasienten i stand til å nyttiggjøre seg omsorgs og rehabiliteringstiltak.

Det er et uttalt mål at behandlingen skal integreres i den generelle helsetjenesten. LAR forskriften har ikke til hensikt å redusere kommunenes ansvar etter kommunehelselovgivningen. I Vestfold ivaretas legemiddelassistert rehabilitering av Sykehuset i Vestfold HF, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Avdeling for rusbehandling. Det er Poliklinikk LAR som er ansvarlig for gjennomføring av tjenestene.

LAR skal vurderes og startes opp i Poliklinikk LAR. Videre vil Poliklinikk LAR være delaktig i hele behandlingsforløpet. Trepartssamarbeidet mellom kommunehelsetjeneste, pasient og Poliklinikk LAR er bærende i gjennomføringen av behandlingen.

Det viktigste kontrolltiltak i behandlingen er overvåket inntak av legemiddelet. Formålet er å sikre forsvarlig behandling av pasienten og hindre lekkasje til illegalt marked.

2.2 Økonomisk ansvar for utdelingskostnader

I brev fra Fylkesmannen i Vestfold, datert 25.02.2014, med referanse 2014/238 heter det bl.a (brevet i sin helhet følger rapporten som vedlegg);

"I statsbudsjettet for 2014 (Prop.1 S (2013-2014)) er det bestemt at helseforetakene skal ha ansvar for å dekke alle legemiddel- og utleveringskostnader i LAR fra 1. januar 2014. Helseforetaket må ikke gjennomføre den praktiske utleveringen i egen regi. Foretaket kan inngå avtale med andre, for eksempel apotek eller kommune, om å stå for utleveringen hver dag eller enkelte ukedager

Helseforetaket har uansett ansvar for kostnadene og for at utlevering er forsvarlig. Det er to unntak fra hovedregelen når det gjelder ansvar for kostnadene til utlevering. Helseforetaket har ikke ansvar for utleveringskostnadene i de tilfellene der LAR-pasienten oppfyller kriteriene for utlevering via hjemmesykepleie, eller der hvor utlevering foretas av fastlege".

3. Kort beskrivelse av nåsituasjonen i Vestfold

3.1 Utdelingsordninger.

I dag foregår utdeling av LAR medisiner ved at;

- Pasienter som kvalifiserer for det henter medisin på apotek. Pasientene møter selv på apoteket.
- Pasienter som ikke kvalifiserer for henting på apotek får medisin utdelt gjennom kommunale utdelingsordninger. Pasientene møter selv til utdelingssted.
- Pasienter som ikke kvalifiserer for henting på apotek, og som selv ikke er i stand til å møte på kommunalt utdelingssted, får medisinerne utdelt av hjemmesykepleien etter vedtak i den aktuelle kommune.
- Pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten får medisiner utdelt på aktuell seksjon.
- Innsatte i fengsel har egne ordninger via fengselshelsetjenesten

3.2 LAR medisiner

Det benyttes i dag følgende medisiner til LAR pasienter. Medisinene har følgende karakteristika som har betydning for hvordan disse administreres.

Figur 2 Oversikt LAR medisiner

Medisin	Karakteristika
Metadon	Raskt og enkelt å administrere, god sikkerhet v/inntak. Overdosefare både for pasient og evt. tredjepart. Tidsbruk ift utdeling av metadon er omtrent 3 minutter per pasient.
Subutex	Svært attraktivt å injisere. Derav risiko for manipulering ved inntak. Absorpsjon kan ta opptil 15 min og må overvåkes nøye. Attraktivt som rusmiddel for «opoid debutanter» og høy gateverdi. Tidsbruk ift utdeling er omtrent 5-15 min.
Suboxone	Noe mindre attraktivt å injisere. Lavere gateverdi enn Subutex. Absorpsjon kan ta opptil 15 min, må overvåkes nøye. Tidsbruk ift utdeling er omtrent 5-15 min.
Suboxonefilm	Rask og sikker absorpsjon, gir tilsynelatende bedre effekt enn samme dose Suboxone. Uregistrert preparat. Tidsbruk ift utdeling er omtrent 5 min.

3.3 LAR pasienter – kjennetegn ved LAR pasientgruppen

Forhold som påvirker valg av utleveringsordning/utleveringssituasjon og ressurser medgått til dette er:

- Grad av rusmestring og funksjonsnivå vil ha betydning for valg av utleveringsordning. F.eks. vil det være brukere som det må tilrettelegges for i forbindelse med arbeid/skolesituasjon. Andre kan ha utfordringer knyttet til atferd som må hensyntas i valg av utleveringsordning.

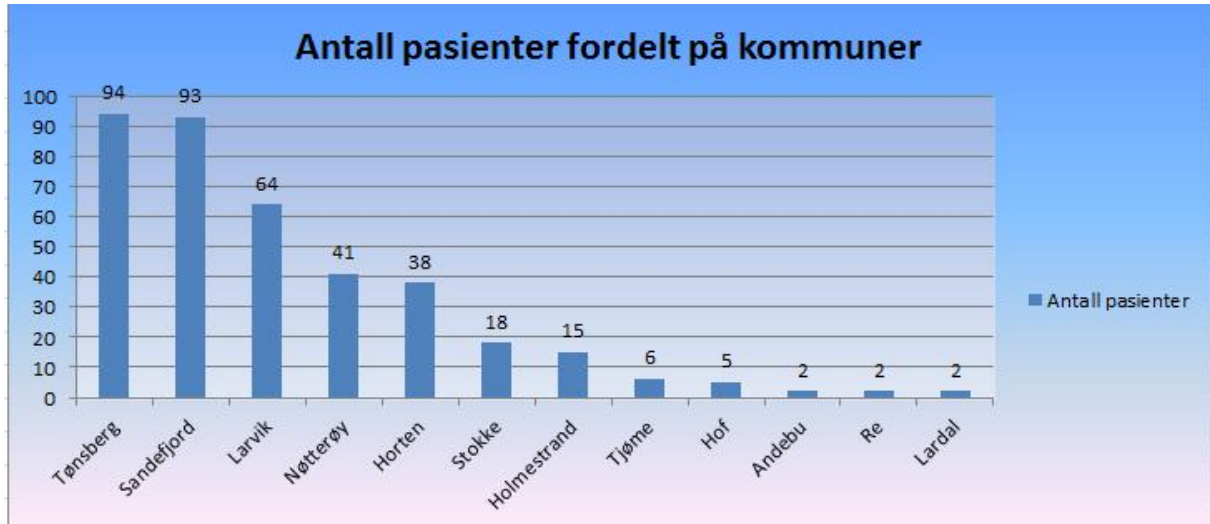
- Hvilken type medisiner pasienten benytter (Metadon og Suboxonefilm er minst krevende)
- Utdelingsfrekvens - hvor ofte medisiner skal deles ut (daglig, 3.g per uke, ukentlig)

Brukerkategori	Mål	Hyppighet
Pasienter som er i oppstartfase (ca. 3 mnd.)	Kartlegge rusmestring og funksjonsnivå.	Daglig utlevering Urinprøver x2 per uke (på de fleste)
Pasienter uten ønske om rusmestring (p.t)	Stabilisering/ skadereduksjon/ kontaktetablering/ kartlegging av behov	Daglig utlevering, Urinprøve på forespørsel fra LAR/lege
Pasienter i endringsprosess, men stadig tilbakefall til rusinntak,	Stabilisering/ kontroll/ motivasjonsarbeid	Daglig utlevering, regelmessige urinprøvekontroller
Pasienter med rusmestring ca. 3-12 mnd	Normalisering	Egenadministrering 1-3 g per uke Regelmessige urinkontroller
Pasienter med rusmestring ca. 12 mnd eller mer	Normalisering	Ukentlig utlevering Stikkprøvekontroller urin

3.4 Pasienter fordelt per kommune

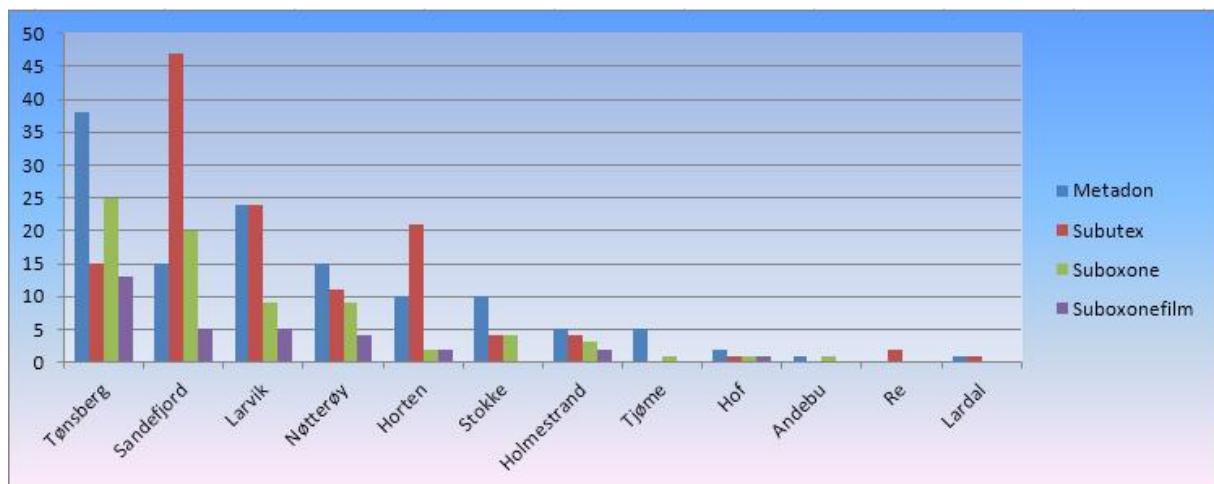
Nedenfor følger noen nøkkeltall for Vestfold knyttet til antall pasienter, type medisiner og fordelt på utdelingsordninger. Alle tall er per 16.03.14. Tallene er representative for fordeling m.m. over tid.

Figur 3. Pasienter fordelt på kommuner



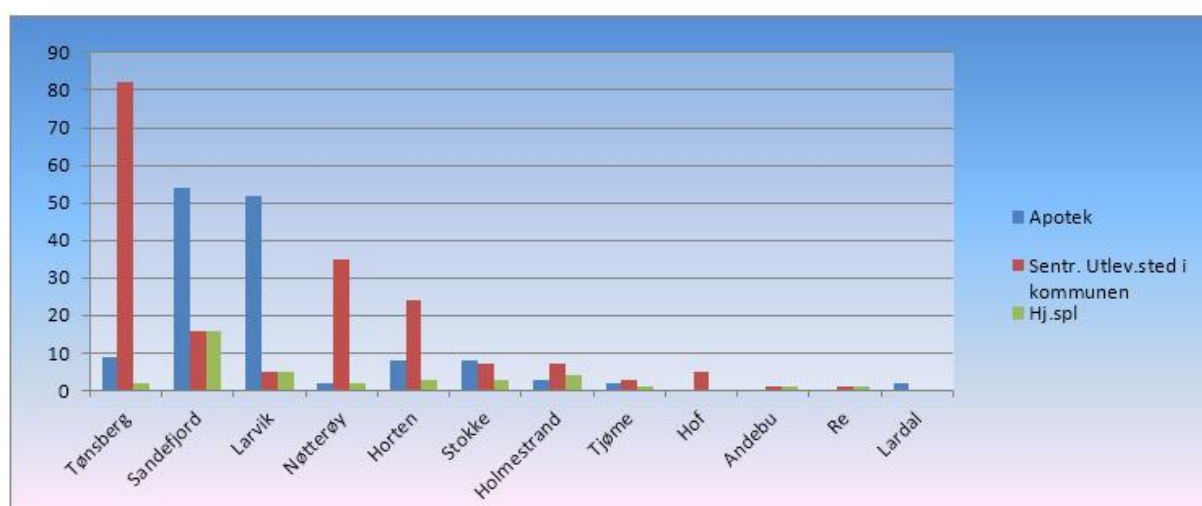
Figuren viser antall pasienter fordelt på kommunene i Vestfold. Flest pasienter finnes naturlig nok i de største kommunene.

Figur 4. Fordeling per kommune – antall pasienter/type medisiner



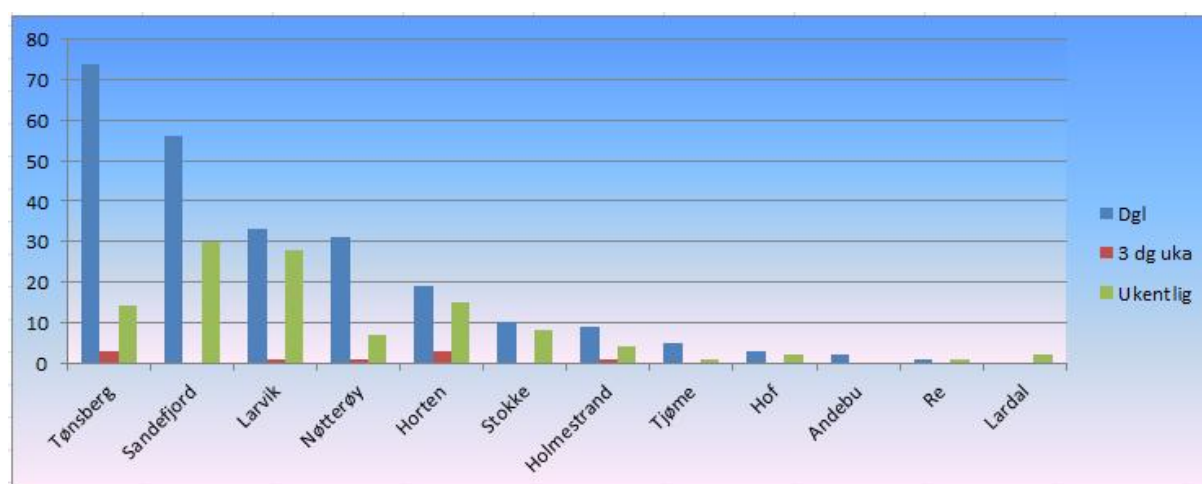
Figuren viser antall pasienter fordelt på legemiddel per kommune. Hvilket legemiddel som benyttes har betydning for medgått tidsbruk ifm utlevering. Tabellen viser store variasjoner mellom kommunene knyttet til type medisin

Figur 5. Utdelingsarena fordelt på kategori pasienter og kommuner



Figuren viser antall brukere som har medisintdeling hos henholdsvis apotek, utlevering i regi av kommunen og hjemmesykepleie. Tabellen viser store variasjoner mellom kommunene knyttet til utdelingsarena.

Figur 6. Utdelingsfrekvens fordelt på kommuner



Figuren viser utdelingsfrekvens per bruker fordelt på kommuner. Figuren vil også kunne gi informasjon knyttet til å vurdere tidsbruk medgått til utdeling i den enkelte kommune.

3.5 Kostnader knyttet til utdelingsordninger

I de avtaler som er inngått med kommunene i 2012 og 2013 samt videreføring for 2014, er det betydelig sprik i forhold til hva Sykehuset i Vestfold HF betaler den enkelte kommune per bruker for å forestå utdeling av LAR medisiner. Utgiftene spenner fra ca. kr 20.000,- til kr. 180.000,- per år per bruker. Gjennomsnittet for 2013-avtalene ligger på ca. kr 35.000,- per bruker per år. For overgangs-/videreførte avtaler er det for de fleste hittil i 2014 en økning ut over statsbudsjettets deflator på 3,1%.

4. Partenes ansvar

4.1 Spesialisthelsetjenestens ansvar

Poliklinikk LAR har ansvar for vurdering, oppstart og endringer av LAR tiltak. Kontrolltiltak knyttet til utlevering og overvåkning, samt forhindre lekkasje til det illegale markedet er sentralt. Poliklinikk LAR inngår som en del av trepartssamarbeidet mellom kommunen og fastlege.

Tjenestenivå

- Finansierte legemiddel og utlevering /overvåket inntak av LAR legemidler.
- Kvalitetssikre informasjonsflyt mellom de ulike aktørene i behandlingen (Poliklinikk LAR, lege, ruskonsulent, utdelingssted og urinprøvested m.m).
- Veilede kommuner, utleveringssteder, fengsel og drive undervisning.
- Utarbeide skriftlige prosedyre til bruk både i 1. og 2. linjetjeneste.
- Undervisning og veiledning på utdelingsstedene (både apotek og kommuner)
- Løpende journal skal holdes oppdatert med alle opplysninger fra deltakere i ansvarsgruppen og pasientmøter
- Samarbeidsmøter med alle kommunene i Vestfold to ganger pr. år.
- Vedlikehold av interne kvalitetsdata (POLK, prosedyrekoding, nye avtaler)
- Eksterne kvalitetsdata

Individnivå

- Vurdere oppstart og avslutning av LAR behandling.
- Oppstart av behandling. Etablere ansvarsgruppe, avklare apotek, utleveringssted og sted for urinkontroller m.m. Skriftlig informasjon til alle involverte i behandlingen.
- Samarbeid om valg av legemiddel
- Beslutte frekvens på utlevering og urinprøvekontroller, tverrfaglig vurdering av tiltak og gjennomføring av disse.
- Kartlegging av psykisk helse og rusproblematikk, viderehenvisning ved behov
- Individualsamtaler, rusmestring
- Sikre at utdelingen skjer på forsvarlig måte
- Har et særlig ansvar for å sørge for at Individuell plan (IP) foreligger.

4.2 Kommunens ansvar

Kommunen har ansvar for å gi LAR brukere nødvendige helse- og omsorgstjenester og for at tjenestene som ytes er forsvarlige.

Tjenestenivå

- Samarbeid med ulike instanser i 3 parts samarbeidet
- Gi informasjon, råd og veiledning om behandlingen i LAR
- Rehabilitering

Individnivå:

- Individuell plan
- Ansvar for utdeling av medisiner via hjemmesykepleien. Skal være basert på vedtak i kommunen.
- Der pasientene ønsker rehabilitering gis det individuell oppfølging i forhold til.
 - Økonomi
 - Bolig
 - Nettverk
 - Rusmestring
 - Fysisk og psykisk helse
- Der pasienten ikke ønsker rehabilitering gis det:
 - Lavterskeltilbud
 - Helsetjenester
 - Mat
 - Klær og personlig hygiene
 - Hjelp til å skaffe/beholde bolig

4.3 Fastlegenes ansvar

Lovverk

LAR-forskriften

Forskrift om legemidler fra apotek

Ansvar

Spesialisthelsetjenesten kan ikke overlate ansvaret for inn- og utskriving av LAR. Andre oppgaver i LAR kan spesialisthelsetjenesten overlate til allmennlege i primærhelsetjenesten, under forutsetning om et nært samarbeid og at det er enighet om dette. LAR-forskriften knytter ikke en slik oppgaveoverføring spesifikt til fastlegerollen, noe som åpner for at også andre allmennleger enn LAR-pasientens fastlege kan overlates slike oppgaver

Aktuelle LAR-oppgaver for fastlegene

En aktuell oppgave å overlate til allmennlege kan være utdeling og kontroll av inntak av foreskrevet medisin. Fastlegen har samtidig et ansvar for å yte allmennlegetjenester til pasientgruppen, inkludert deltagelse ved utarbeidelse av individuell plan, helseattester etc.

Fastlegens handlingsrom

All substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet skal foregå i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til arbeid knyttet til LAR, har allmennlege anledning til å rekvirere substitusjonslegemidler som ledd i en kortvarig, klart definert og tverrfaglig nedtrappingsplan (og som er utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten).

Økonomi

Fastlegens arbeid med LAR-pasienter godtgjøres via normaltariffens refusjonsordninger.

4.4. Spesielt om urinprøver

Både spesialisthelsetjenesten, fastlegen og kommunehelsetjenesten har ansvar for gjennomføring av og dekning av kostnader til urinprøver.

Der urinprøver inngår som et ledd i vurderingen knyttet til å sikre en forsvarlig behandling, og derved som en del av utleveringsordningen vil kostnadene med bakgrunn i den avklaringen som ble gitt gjennom statsbudsjettet for 2014 (Prop.1 S (2013-2014)) dekkes av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder kostnader til urinprøver som spesialisthelsetjenesten anser som nødvendig, og som er godkjent av spesialisthelsetjenesten.

Urinprøver som tas av fastlege dekkes gjennom egne takster.

I tilfeller der kommunene selv har behov for å ta urinprøver for andre formål (f.eks. førerkort, barnevern m.m.) dekkes alle kostnadene til disse av den enkelte kommune.

4.5 Ansvar for LAR brukere innsatt i fengsler

Det er i utvalget forskjellige synspunkter på ansvar og praktisk løsning for utdeling i fengsler. Utvalget velger derfor å be fylkesmannen om en avklaring på hvilket forvaltningsnivå som er ansvarlig for utdeling i fengsler. Det rettes en felles henvendelse fra partene.

Utvalget vurderer at selv om dette punkt ikke er endelig avklart er dette ikke til hinder for at utvalget anbefaler og konkluderer ift det gitte mandat.

5. Innspill fra brukerrepresentantene

Brukerrepresentantene som representerer henholdsvis LarNett og proLAR ble utfordret til å gi innspill til;

- Hva legger brukerne vekt på i en velfungerende utdelingsordning?
- Hva mener brukerorganisasjonene bør være kommunens og spesialisthelsetjenestens rolle i en velfungerende utdelingsordning?

Brukerrepresentantenes innspill gjengis nedenfor.

5.1 Samhandling og samordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, sett opp mot nasjonale retningslinjer

- Dette er en pasientgruppe som trenger samordning av tjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Hovedforslaget vi kommer med i dag, begrunnes på bakgrunn i Nasjonal retningslinje for LAR (IS-17/01) og LAR forskriften.
- ROP-retningslinjen og kommende veileder "Sammen om mestring" (IS 2076) er viktige nasjonale anbefalinger og forventninger til lokale løsninger for pasientgruppen.

5.2 utfordringer knyttet til LAR-arbeid:

- Betydelig rusmisbruk i pasientgruppen med påfølgende helseplager
- Flere med udiagnostiserte psykiske lidelser, trolig ROP pasienter?
- Mangelfull helhetlig kartlegging og utredning
- Pasienter med sporadisk kontakt med hjelpeapparatet
- Behov for bedre samhandling og samordning av tiltak i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

5.3 Med bakgrunn i krav om samhandling og utfordringer bør det etableres:

- Helsehus: tilgang til tannlege, leger, rus/psykiatri (ruskonsulent, psykiatrisk team/ROP), NAV, (feltpleie), aktivitetstilbud, arbeidstilbud/betalt arbeid som ikke går utover trygd
- - Helhetlig behandling på et sted
- Kan fylles med hva man vil, som bidrar til integrering i samfunnet!
- Eget brukerutvalg med representant(er) inn i KPRs brukerråd
- Helsehuset bør ha ansatte som møter pasientene med et smil og klapp på skulderen

Et helsehus kan inneholde

- Dagtilbud med mulighet til å ta en kaffe, få hjelp med søknader, og et sted å vente på bussen hjem, beskyttet fra aktiv rus
- Kontortid for brukerorganisasjonene til å treffe pasientene
- Involvere nærmiljøet til samarbeid, sponsing til ulike aktivitets- og arbeids tilbud til brukerne
- Lange åpningstider, slik at henting av medisin tilpasses den enkelte pasients behov og ønsker
- Det bør være en recoveryorientert tjeneste, hvor man fører en kunnskapsbasert praksis

Fordeler ved en slik ordning

- En slik ordning kan endre arbeidsmetoder for å komme i en bedre posisjon til å samordne helse- og sosiale tjenester til en sårbar og utsatt pasientgruppe
- Sosial- og helsetjenesten vil kunne komme raskere på banen, ved å ha tettere kontakt med pasientgruppen – rehabilitering og skaderedusering
- Pasientene vil oppleve en tjeneste som er mye mer ryddig, og vil kunne få en helhetlig og individtilpasset oppfølging
- I tillegg vil et slikt Helsehus kunne gi pasienten sosial trening, og mulighet til å bygge et positivt nettverk

5.4 Hva bør LAR – Vestfold gjøre?

- Arbeide fram en plan for sine ca 400 brukere, kartlegge behovene til de enkelte, og gå i dialog om hvilke ordninger pasientene ønsker og har behov for.
- Det er store variasjoner på hva folk i LAR syntes er gode ordninger – det er de som klarer seg godt som ønsker å bruke hentesteder pga bedre kontakt og fleksibilitet. Og det er brukere som sliter litt med å røyke hasj eller bruke benzodiasepiner, som vil skjerme seg fra massiv rusmisbruk, og hente på apotek.
- Vi må bort fra A eller B lag tenkning, i motsetning til individuell tilpasning
- Alle har rett til individuelt tilpasset behandling – blir slike skiller nødvendige da?
- Vi mener at et slikt skille medfører økt stigma, og mindre normalisering
- Vi er opptatt av mest mulig valgfrihet – sett opp mot godt nok tilbud til de som trenger tett oppfølging

5.5 Hva er brukerne opptatt av?

- Individuell tilpasning
- Valg frihet – hentested og tidspunkt
- Bli møtt som medmenneske
- Det må lønne seg å kjempe for rusmestring, og det må lønne seg å være ærlig - en rus sprekk er kun et symptom på problemet
- Vi må ha brukerstemmen inn i LAR arbeid i forhold til for eksempel valg av medisin, utdelingsordning, tannbehandling – rehabilitering
- Starte rehabiliteringsprosess tidlig – bolig, økonomi, aktivitet og jobb

5.6 Kommunens og spesialisthelsetjenestens rolle i den ideelle utdelingsordning

- For at alle komponenter i LAR skal bli oppfylt, må det være et tett samarbeid og spleiselag mellom 1. og 2. linjetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten må sørge for at kommunene følger opp sine oppgaver, som R i LAR
- Kommunene må sørge for at spesialisthelsetjenesten følger opp sitt ansvar dvs. et reelt fireparts samarbeid, hvor den fjerde er pasienten selv
- LAR skal fortsatt ha ansvar for medisiner og forsvarlighet
- Kommunen skal ha ansvar for rehabiliteringsdelen

6. Modeller for utdeling av LAR medisiner

Prosjektgruppen har gjennomgått og drøftet totalt syv ulike modeller for utdeling av LAR medisiner. Aktuelle modeller listes opp nedenfor. Videre har prosjektgruppen satt opp vurderingskriterier ved valg av modell. Etter nærmere analyse av fordeler/ulempes av de ulike modellene, sett i forhold til vurderingskriteriene, er prosjektgruppen kommet fram til at det er to modeller som utpeker seg. Dette er «Kommunehelsetjenestemodellen» (modell A) og «Spesialisthelsetjenestemodellen» (modell E) Disse modellene redegjøres det nærmere for.

De øvrige modellene vil ikke bli vurdert i rapporten, da de alle anses for å være mindre aktuelle enn modellene A og E.

Rekkefølgen modellen presenteres i er ikke et uttrykk for prioritering.

6.1 Modeller som er vurdert

De aktuelle modellene som er vurdert er;

MODELL A – Kommunehelsetjeneste, apotek og private tjenesteytere på helg og røde dager

MODELL B - Apotek

MODELL C - Apotek med kommunen på røde dager

MODELL D - Apotek med spesialisthelsetjenesten på røde dager

MODELL E – Spesialisthelsetjenesten, apotek og private tjenesteytere på helg og røde dager

MODELL F - Apotek med private på helg og røde dager

MODELL G - Kommune(r), fastlege, apotek og spesialisthelsetjenesten

6.2 Kostnader ved utdelingsordninger

Basert på erfaringstall gir «Kommunehelsetjenestemodellen» i dag, en gjennomsnittskostnad på ca kr. 35.000,- per bruker per år. Spennet er stort i dagens avtaler, noe som med all tydelighet viser kompleksiteten i, og transaksjonskostnadene knyttet til «Kommunehelsetjenestemodellen».

Foreløpige beregninger gjort av Klinikk psykisk helse og rusbehandling viser at utdelingskostnadene kan reduseres med 3-4 mill ved å velge «Spesialisthelsetjenestemodellen». Kostnadene over inkluderer ikke medisinkostnader.

6.3 Vurderingskriterier ved valg av modell

Prosjektgruppen har lagt følgende kriterier til grunn for valg av modell.

1. Utdelingsordningene skal gi trygghet og kontroll for:
 - a. Samfunnet (ikke medisiner på avveie)
 - b. Pasienten
 - c. Den ansatte
2. Utdelingsordningene skal være så kostnadseffektive som mulig, inkludert transaksjonskostnader
3. Utdelingsordningene skal gi mulighet for faglig forsvarlig utdeling
4. LAR – utdelingen skal ses i sammenheng med brukerens behov for øvrig helse- og omsorgstjenester og øvrige rehabiliteringstjenester
5. Utdelingsordningene skal så langt som mulig ta utgangspunkt i brukernes individuelle behov

6. Utdelingsordningene må være tilstrekkelig fleksible til å dekke opp for endringer i pasientens situasjon/behov
7. Utdelingsordningene skal legge til rette for best mulig samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten + IP
8. Utdelingsordningene skal være enkel og oversiktlig for alle parter

6.4 Drøfting av modeller

Innledning

«Kommunehelsetjenestemodellen» og «Spesialisthelsetjenestemodellen» er de modellene Prosjektgruppen har falt ned på som de mest aktuelle.

«Kommunehelsetjenestemodellen» innebærer at;

- Kommunene står for utdeling av medisiner (alene eller i samarbeid med andre kommuner).
- Pasienter som kvalifiserer for det henter medisiner på apotek, eller hos fastlegen
- Pasienter som har vedtak om det, får utdeling via hjemmesykepleien
- Utdeling på søn- og helgedager kan utføres av private tjenesteytere etter inngått avtale
- Utdelingskostnader dekkes av spesialisthelsetjenesten etter avtale med den enkelte kommune og apotek

Prosjektgruppen mener denne modellen er best egnet til de små og mellomstore kommunene.

«Spesialisthelsetjenestemodellen» innebærer at;

- Spesialisthelsetjenesten står for utdeling av medisiner
- Pasienter som kvalifiserer for det henter medisiner på apotek, eller hos fastlegen
- Pasienter som har vedtak om det, får utdeling via hjemmesykepleien
- Utdeling på søn- og helgedager kan utføres av private tjenesteytere etter inngått avtale
- Knyttet til denne modellen er det prosjektgruppens forslag at dette skal gjøres på kommunenes arena (lokasjoner)

Prosjektgruppen mener denne modellen er best egnet for de store kommuner. Imidlertid må det hensyntas at det vil være tilfeller der små og mellomstore kommuner finner det hensiktsmessig at deres brukere får utdelt medisiner f.eks. i nabokommunen, eller at det tilrettelegges for enkeltbrukere som f.eks. jobber, eller går på skole i en annen kommune. Det bør åpnes for slike løsninger etter vurdering.

Ingen modeller er absolutte i sin form. I både «Kommunehelsetjenestemodellen» og «Spesialisthelsetjenestemodellen» vil f.eks. private tjenesteytere kunne bidra ved å dele ut medisiner i helger og på røde dager. Larvik og Sandefjord kommune har inngått slike avtaler i dag. I begge modeller vil kommunene ha en rolle i utdeling via hjemmesykepleien når det er fattet vedtak om dette. LAR brukere er også tidvis innsatt i fengsel, eller innlagt i spesialisthelsetjenestens institusjoner, og vil i disse tilfellene få medisinerne utdelt der de befinner seg.

Fastlegene er en sentral aktør i begge modellene.

«Kommunehelsetjenestemodellen» og «Spesialisthelsetjenestemodellen» sett i sammenheng med vurderingskriteriene

Vurderingskriterium 1: Utdelingsordningene skal gi trygghet og kontroll for:

- Samfunnet (ikke medisiner på avveie)
- Pasienten
- Den ansatte

Det er ikke noe stort skille mellom «Kommunehelsetjenestemodellen» og «Spesialisthelsetjenestemodellen» når det gjelder dette kriteriet, men gjennom at aktørene som er involvert i «Spesialisthelsetjenestemodellen» kun forholder seg til en arbeidsgiver vil «Spesialisthelsetjenestemodellen» ha en fordel sett mot dette kriteriet.

Vurderingskriterium 2: Utdelingsordningene skal være så kostnadseffektive som mulig:

Når det gjelder dette kriteriet, anses «Spesialisthelsetjenestemodellen» å ha et fortrinn vs «Kommunehelsetjenestemodellen». Årsaken til dette er dels av økonomisk art, både i direkte kostnader på flere områder (personell, medisiner), men også sett i forhold til transaksjonskostnader. Ressurser medgått til forhandling og reforhandling av avtaler mellom tjenestenivåene reduseres betraktelig ved å velge «Spesialisthelsetjenestemodellen». «Kommunehelsetjenestemodellen» krever også et betydelig og regelmessig opplegg for opplæring og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. I «Spesialisthelsetjenestemodellen» vil spesialisthelsetjenesten i større grad kunne samorganisere utdelingsordningen med øvrige tjenester i LAR. Videre er det fordeler av «ikke-økonomisk» karakter med denne modellen. Eksempler på dette er felles journalsystem, samt at de ansatte har samme arbeidsgiver.

Vurderingskriterium 3: Utdelingsordningene skal gi mulighet for faglig forsvarlig utdeling:

Dette kriteriet vil være rimelig likeverdig i begge modeller. Igjen, med bakgrunn i en arbeidsgiver og felles journalsystem gir dette en fordel til «Spesialisthelsetjenestemodellen». Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for opplæring og veiledning. Ved at det er kun egne ansatte som skal gis opplæring, samt at disse kan instrueres, vil «Spesialisthelsetjenestemodellen» ha en fordel sett mot dette kriteriet. Endringer initiert av fastlegen vil også raskere kunne fanges opp.

Vurderingskriterium 4: LAR – utdelingen skal ses i sammenheng med brukerens behov for øvrig helse- og omsorgstjenester og øvrige rehabiliteringstjenester:

Kriteriet om å se utdelingsordningen i sammenheng med brukernes behov for øvrige helse- og omsorgstjenester, og øvrige rehabiliteringstjenester går i utgangspunktet i favør av «Kommunehelsetjenestemodellen».

En klar fordel ved å benytte «Kommunehelsetjenestemodellen» er at de pasientene som har behov for det, regelmessig har kontakt med Kommunehelsetjenesten. Dette er

antakelig det mest sentrale argumentet for å velge «Kommunehelsetjenestemodellen». Imidlertid kan dette kompenseres for ved at «Spesialisthelsetjenestemodellen» organiseres slik at utdelingen foregår i kommunens lokasjoner, eller så nær disse som mulig. En slik løsning vil også kunne ha en god effekt i samhandlingsøyemed. I den modellen som er skissert av spesialisthelsetjenesten («Spesialisthelsetjenestemodellen») vil en slik organisering derfor være et viktig premiss.

Vurderingskriterium 5: Utdelingsordningene skal så langt som mulig ta utgangspunkt i brukernes individuelle behov:

Kriteriet om at utdelingsordning så langt som mulig tar utgangspunkt i brukernes individuelle behov vil kunne ivaretas i begge modeller. Kriteriet viser til nødvendig tilrettelegging i forhold til arbeid, skole m.m. Ved at apotek eller fastleger også inngår i begge ordninger, samt mulighet for hjemmesykepleie ved behov, anses dette for tilfredsstillende ivaretatt i begge modeller.

Vurderingskriterium 6: Utdelingsordningene må være tilstrekkelig fleksible til å dekke opp for endringer i pasientens situasjon/behov:

Dette kriteriet er uavhengig av modell og vil kunne ivaretas i begge modeller. På dette området må det uansett etableres ordninger som er tilstrekkelig robuste og fleksible.

Vurderingskriterium 7: Utdelingsordningene skal legge til rette for best mulig samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten:

Det er ikke modellen i seg selv som avgjør dette, men hvordan samordningen blir forvaltet av nivåene. Begge parter må ha vilje og evne til å sikre samordningen. Som nevnt over vil «Spesialisthelsetjenestemodellen» bidra til dette på regelmessig og operativ basis gitt premisset om at utdeling skjer på kommunehelsetjenestens arena. Samordning på systemnivå vil måtte løses gjennom andre ordninger.

Vurderingskriterium 8: Utdelingsordningene skal være enkel og oversiktlig for alle parter:

Det er mulig å ivareta dette kriteriet i begge modeller, men en samlet vurdering gir et fortrinn i retning av å velge «Spesialisthelsetjenestemodellen». Dette gjelder dels argumenter som er anført over, opplæring og veiledning, og dels poenget med en arbeidsgiver og et journalsystem. Videre vil det være en fordel for fastlegen med et mindre «kommunikasjonsspenn».

7. Konklusjoner

7.1 Arbeidsgruppens anbefaling

Etter en samlet vurdering anbefaler Prosjektgruppen at «Spesialisthelsetjenestemodellen» velges som modell for de største kommunene, og derved for de fleste pasientene i Vestfold.

For de minste og mellomstore kommunene anbefales «Kommunehelsetjenestemodellen». Dersom man trekker fra pasienter som har egenadministrering og henter på apotek, så vil det være totalt ca. 30 pasienter som omfattes av «Kommunehelsetjenestemodellen».

Konklusjonene bygger på de fordeler «Spesialisthelsetjenestemodellen» har der det er tilstrekkelig antall pasienter. Det tillegges også betydelig vekt på at i et økonomisk samfunnsperspektiv er dette den mest kostnadseffektive løsningen. Spesialisthelsetjenesten vil på denne måten kunne sørge for at gevinsten ved å drive det i egen regi i de største kommunene, kommer flere pasienter til gode.

Det presiseres at et sentralt premiss i anbefaling av løsning er at det legges til rette for at utdelingen primært foregår på kommunehelsetjenestens arenaer, der det allerede ytes andre tjenester i dag. Dette vil representere et gode for brukerne av tjenesten. Dersom dette ikke lar seg realisere i første omgang i de aktuelle kommuner har modellen så mange kvalitative, organisatoriske og transaksjonsmessige positive sider, at det allikevel tilsier bruk av modellen.

I mandatet som prosjektgruppen har fått, heter det at det skal tas sikte på en innføring av valgt modell 01.01.15. Det vil imidlertid være nødvendig med prosesser knyttet til avtale med kommunene inklusiv avklaring av lokaler. Videre vil det være behov for rekruttering av ansatte, omstillingstiltak og opplæring i Poliklinikk LAR ved Avdeling for Rusbehandling. Dette medfører at innføring i de aktuelle kommunene ikke kan forventes realisert fra 01.01.15

Målet er en raskest mulig iverksettelse av løsningen. Alle avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune bør være inngått innen utløpet av 2014. Gjennomføringen vil måtte skje suksessivt og så raskt det praktisk er mulig med mål om fullføring innen 1. halvår 2015. Det vil i ulik grad være behov for fortsatt overgangsavtaler mellom Sykehuset i Vestfold HF v/Klinikk psykisk helse og rusbehandling og den enkelte kommune.

7.2 Konklusjon

1. Prosjektgruppen konkluderer med at «Spesialisthelsetjenestemodellen» primært benyttes i kommunene Larvik, Sandefjord, Tønsberg, Nøtterøy og Horten
2. Det legges fra kommunene til rette for at utdeling i regi av spesialisthelsetjenesten kan skje i kommunale lokaler
3. «Kommunehelsetjenestemodellen» benyttes primært i øvrige kommuner i Vestfold
4. For enkeltbrukere kan det være aktuelt etter nærmere vurdering, å få medisintdeling i annen kommune enn egen bostedskommune.
5. Iverksettelse av utdelingsordningene avklares mellom Sykehuset i Vestfold HF og den enkelte kommune innen 01.01.15.
6. Modellene innføres fra 01.01.15 og senest innen 1. juli 2015
7. Det forutsettes at brukerorganisasjonene (LarNett og proLAR) holdes informert og involveres i relevante forhold knyttet til iverksettelse av utdelingsordningene.

8. Brukerrepresentantenes kommentarer/innspill til rapporten

8.1 Innledning

Brukerrepresentantene Carina Jørgensen (ProLAR) OG Dag Myhre (LarNett) ga sine innspill i oppstarten av arbeidet. Det ble da besluttet at når prosjektgruppen hadde ferdigstilt rapporten ville brukerrepresentantene få anledning til å kommentere denne før arbeidet ble avsluttet. Det ble avholdt møte med brukerrepresentantene 25.08.14. Etter dette møtet ble det besluttet å ta inn et nytt pkt i konklusjonen (pkt. 7). I tillegg er det gitt skriftlige innspill til rapporten. Disse følger nedenfor i sin helhet.

8.2 Kommentarer/innspill til rapporten

«Slik vi leser rapporten har arbeidsgruppen vurdert, og bestemt seg for å innføre "spesialisthelsetjenestemodellen".

Ved å gå for denne organiseringen har brukerrepresentantene noen bekymringer. Det vi hovedsakelig er bekymret for gjelder i forhold til 3- partsamarbeidet (eller som vi ønsker begrepet endret til, 4-partsamarbeidet), og kommunens rolle i pasient- og brukers behandling/ oppfølging – vi er bekymret for en mer distansert kommune – Hvilken rolle skal de kommune ansatte ha? Hvilken oppfølging skal de gi til de utfordrende pasientene eller ny oppstarta LAR pasienter?

Med denne modellen blir den daglige kontakten med kjente kontaktpersoner mer borte, frykter vi. Vil ansvarsgruppe møter bli hovedkontaktflate mellom pasient og rehabiliterings arbeid?

Hvordan vil hverdagen for en pasient i LAR bli, hvordan blir det i praksis?

Vi er også opptatt av at når endringen er bestemt, og skal innføres, at det skjer på en mest mulig smidig og åpen måte. Brukerne har behov for informasjon fortløpende. Alle endringer gjør noe med folk, og kan skape usikkerhet og mistillit.

LAR Vestfold som nå skal overta rollen og oppgaven som til nå kommunens ansatte har hatt, har ikke samme tillit i pasient gruppen – dette må det gjøres noe med. Slik det er nå kan LAR Vestfold oppleves som den instansen som sørger for konsekvenser, sanksjoner og kontrolltiltak – derfor tenker vi at pasientene vil oppleve denne modellen veldig annerledes. Men vi kan også ta helt feil... Det er helt avhengig av prosessen fram til omorganiseringen.

Vi vil oppfordre spesialisthelsetjenesten til å innføre gode systemer for innhenting av brukererfaring på de "nye" utleveringsstedene – innføre reell brukermedvirkning. Det tror vi kan bidra til en positiv holdningsendring blant pasientene.

Kapittel 4, som omhandler partenes ansvar

Vi er positive til denne avklaringen og tydeliggjøringen av ansvarsfordelingen mellom de ulike instansene. Likevel, slik vi leser det har prosjektgruppen lagt til grunn at det er slik det jobbes på nåværende tidspunkt, hvilket vi mener det ikke gjør. Vi opplever det mer som en beskrivelse av idealet, enn faktisk klinisk praksis.

Vi undrer oss videre på det siste punktet vedrørende kommunens ansvar – da særlig punktet om rehabilitering. Hva legger kommunene i det? Og hva er realistisk at kommunene kan tilby? Vi frykter at det blir lang vei fra teori og praksis.

Når kommunene overlater oppgaver til spesialisthelsetjenesten, vil det da bety at kommunene har mer tid og ressurser til de oppgavene kommune har mht LAR pasientene?

Kapittel 4.3 Fastlegenes ansvar og 4.4 spesielt om urinprøver

Vi ønsker at informasjon til fastlegene må være tydeligere, de må vite hva de kan og ikke kan gjøre. Samt vil vi oppfordre til mer tydelighet mht hva LAR Vestfold faktisk skal dekke av utgifter vedrørende LAR behandling og ikke. Det er fortsatt store forskjeller mellom legekantor til legekantor – Den riktige informasjonen må ut til fastlegene og til pasientene, slik at det blir slutt på at noen betaler noe, mens andre får alt gratis.

Kapittel 6.4 Drøfting av modeller

Vurderingskriterium 2: Utdelingen skal være så kostnadseffektiv som mulig. Dette er et punkt vi ikke får helt tak på. Vi lurer på hvilken måte det er mer effektivt? Slik vi ser det vil det gå litt opp i opp? Vi ser klart fordeler, for de ansatte, ved å ha samme system å jobbe under (sykehuset), og samme journal system. Men på den andre siden, må det ikke brukes mye ressurser på integrering i kommunen, opplæring av nye ansatte etc.

Det blir veldig klart hvor viktig innholdet i vurderingskriterium 4 og 7 blir i denne prosessen med tanke på samhandling. Her har spesialisthelsetjenesten og kommunen en vei å gå – og det er avgjørende at dette fungerer for at det skal ha nytte og verdi for pasientene (og det er uavhengig om man henter på apotek eller benytter hentested).

Sett fra en annen vinkel er det positivt med denne endringen, for det tvinger fram et større fokus, og aktiv jobbing for et tettere samarbeid og samhandling mellom 1. Og 2. Linjetjenesten.

Vi vil gjerne oppfordre prosjektgruppen, og kanskje først og fremst ARB, i å ta med seg våre innspill på kvaliteter i personale, som brukerrepresentantene har beskrevet tidligere i rapporten, når de skal i gang med rekruttere nye ansatte. Hvem skal de være?

Helt til slutt ønsker vi at det gjennomføres en evaluering av ordningen etter en periode, hvor innspill fra brukerne av tilbudet bør benyttes. Brukerrepresentantene er veldig opptatt av at brukerperspektivet og brukererfaringer benyttes aktivt i utviklings- og endringsarbeid i LAR Vestfold, men da spesielt i denne omstillingsprosessen.»

Vedlegg

**Brev fra Helsedirektoratet til Sykehuset i Vestfold HF datert
19.12.13**

**Brev fra Fylkesmannen i Vestfold til Sykehuset i Vestfold HF
datert 25.02.2014**

**Brev fra Fylkesmannen i Vestfold til Horten kommune datert
25.02.2014**

Sykehus i Vestfold HF
v/Klinikk psykisk helse og rusbehandling
Postboks 2168
3103 TØNSBERG

Deres ref.:
Vår ref.: 13/9620-5
Saksbehandler: Martin Ingvald Blindheim
Dato: 19.12.2013

Hjemmesykepleie i LAR

Vi viser til brev fra Sykehuset i Vestfold av 29 oktober i år. Sykehuset i Vestfold ber om avklaring av flere spørsmål knyttet til bruk av hjemmesykepleie til utdeling av substitusjonslegemiddel til pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med bakgrunn i prop 1 S, statsbudsjettet for 2014, avsnittet Utleveringskostnader i lar, sidene 99 – 100.

Det vil være av interesse for Sykehuset i Vestfold å vite at Helsedirektoratet tidligere i høst har fått spørsmål fra ulike deler av helsetjenesten i Vestfold om hvorvidt formuleringen i statsbudsjettet om utlevering av legemiddel i LAR er uttømmende. Direktoratet har svart bekreftende på disse henvendelsene; de to situasjonene som er nevnt i statsbudsjettet for 2014 – utlevering fra hjemmesykepleie og fra fastlege - og er å forstå som de to eneste situasjonene der utlevering av substitusjonslegemiddel i LAR skal bekostes av kommunen.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at de som oppholder seg i kommunen tilbys «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Hva kommunen skal tilby er nærmere omtalt i § 3-2, og i nr. 6 bokstav a følger at kommunen skal sørge for «helsetjenester i hjemmet». I § 4-1 er det videre presisert at kommunen skal sørge for at tjenestene som tilbys og ytes etter loven er «forsvarlige». Forutsatt at kommunen overholder sitt ansvar etter loven, kan tjenestene organiseres på ulike måter, ut fra lokale behov og prioriteringer.

I brevet fra Sykehuset Vestfold stilles flere spørsmål som dreier seg om hvorvidt pasienter i LAR skal vurderes på linje med andre pasientgrupper når det gjelder helsehjelp, mer spesifikt når det gjelder utlevering av LAR-legemiddel via hjemmesykepleien. Helsedirektoratet legger til grunn at behovet for utdeling av substitusjonslegemiddel i LAR fra hjemmesykepleie skal vurderes individuelt ut fra pasientens medisinske behov for bistand og at faglig forsvarlighet skal ligge til grunn for vurderingen.

Hjemmesykepleie er et tilbud til pasienter som på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan oppsøke helsehjelp og som er avhengig av at denne hjelpen gis i pasientens bolig for å få dekket grunnleggende medisinske behov

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling psykisk helsevern og rus

Sabine Meyer, tlf.: 24163778

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

og omsorgsbehov. Utgangspunktet er at det ikke er behandlingsmessig forsvarlig for pasienten å selv oppsøke helsetjenesten, apotek eller lignende.

Det finnes ikke godkjente nasjonale kriterier for tildeling av hjemmesykepleie, disse vil til en viss grad variere fra kommune til kommune. Uansett er det pasientens individuelle behov som avgjør om pasienten vil kunne motta hjemmesykepleie.

LAR-forskriften fastslår at «lege i spesialisthelsetjenesten» «beslutter individuelle utleveringsordninger» i LAR. Denne beslutningen «kan overlates til allmennlege i primærhelsetjenesten». Helsedirektoratet har tidligere presisert at det er naturlig at primærhelsetjenesten drøfter viktige endringer i behandlingsopplegget med spesialistnivå.

En søknad om utlevering av LAR-legemiddel via hjemmesykepleien i kommunen kan således komme fra spesialisthelsetjenesten, fra allmennlegen eller fra pasienten selv.

Valg av utleveringsordning i LAR skal alltid foretas ut fra en vurdering av hva som er forsvarlig helsehjelp. Det er imidlertid grunn til å påpeke at forsvarlighetsvurderingen i LAR har to hensyn, hensynet til pasienten selv og hensynet til samfunnets interesser, jfr § 7 i forskriften der det står at det skal legges vekt på behovet for å hindre at «legemidlene blir gjort tilgjengelige for andre enn pasienten selv.» Slik skiller forsvarlighetsvurderingen i LAR seg fra behandling av de fleste andre sykdomstilstander.

Overvåking av inntak er pålagt pasienten, både ut fra pasientens medisinske behov og som en del av samfunnets behov for kontroll med substitusjonslegemidler. At overvåket inntak inngår som en del av behandlingen i LAR, kan ikke i seg selv være grunn for bruk av hjemmesykepleie. Det at pasienten er i LAR, vil likeledes ikke i seg selv være kriterium for tildeling av hjemmesykepleie. Plager som følger av pasientens opioidavhengighet, vil imidlertid naturlig kunne inngå i slike kriterier.

På samme måte vil en vurdering av hvorvidt pasienten trenger oppfølging og veiledning fra sin fastlege og får utlevert sitt substitusjonsmedikament på legekontoet, måtte gjøre ut fra en individuell medisinsk vurdering.

Stortinget har vedtatt en overordnet normalitetsføring for LAR, forstått slik at behandlingstilbudet skal integreres i vanlig helsetjeneste så langt det lar seg gjøre på linje med behandling av andre kroniske lidelser. Som begrunnelse for en egen LAR-forskrift slår imidlertid forskriftens § 1 fast at det er sider ved behandlingen som fordrer «en proposjonal særregulering». Sentralt i denne begrunnelsen er hensynet til å forhindre at LAR-legemidler kommer på avveier, jfr § 7 i forskriften.

LAR-pasienter skal derfor vurderes på lik linje med andre pasientgrupper så sant hensynet til tredjepersons forsvarlighet er ivarettatt. Kriterier for vurdering av behov for hjemmesykepleie vil derfor ikke endre seg vesentlig hvis pasienten er i LAR eller ikke, bortsett fra når det gjelder tredje persons forsvarlighet.

Helsedirektoratet antar at det vil sikkert forekomme situasjoner der behovet for bruk av hjemmesykepleie ved utlevering av LAR-legemiddel vurderes ulikt sett fra kommunen

og fra spesialisthelsetjenestens side. Helsedirektoratet erfarer at slike uenigheter vanligvis lar seg løse gjennom dialog.

Det er bare å ta kontakt dersom dere har spørsmål eller kommentarer.

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør

Martin Ingvald Blindheim
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk



Fylkesmannen i Vestfold

MOTTATT

28 FEB 2014

2012/144

Sykehuset i Vestfold HF
Klinikk psykisk helse og rusbehandling
Postboks 2168

3103 Tønsberg

Vår saksbehandler / telefon:
Inge Bendik Sandvold
33372387

Deres referanse:
Øyvind Børresen/
Katarina Krokeborg

Vår referanse:
2014/238
Arkivnr: 733.0

Vår dato:
25.02.2014

Svar på brev om kostnader og utleveringsordninger for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Det vises til brev datert 31. januar 2014 der Sykehuset i Vestfold HF (SiV HF) ber Fylkesmannen bistå i tolkningen av hvordan helse- og omsorgstjenesteloven skal forstås, og om årets statsbudsjett setter til side pasientrettigheter etter samme lov (del 1).

Saken gjelder uenighet mellom SiV HF og Horten kommune om fordeling av ansvar for utlevering av legemidler til pasienter som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Vi har også mottatt brev om denne saken fra Horten kommune.

Vi finner ikke grunnlag for å kommentere den del av saken som omhandler det Sykehuset i Vestfold HF, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Avdeling for rusbehandling (ARB), beskriver som sentrale paradokser i LAR behandlingen i dag (del 2).

Vår vurdering bygger på: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering, avsnittet om utleveringskostnader i LAR i Prop. 1 S (2013-2014), og helse- og omsorgstjenesteloven.

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) § 7, sier at lege i spesialisthelsetjenesten skal beslutte individuelle utleveringsordninger for legemidler til bruk i LAR. Lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at legemidlet skal inntas under påsyn av helsepersonell når dette er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig behandling av pasienten.

I den samme forskriften § 8, heter det at lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at en LAR-pasient skal avlegge urinprøve, blodprøve og prøver av annet biologisk materiale. Det kan besluttes at prøvene skal avlegges under påsyn.

Beslutningene etter §§ 7 og 8 kan overlates til allmennlege i primærhelsetjeneste, men det er lege i spesialisthelsetjeneste som har ansvaret for at utleveringen av medikamenter i LAR skjer på en forsvarlig måte.

I Statsbudsjettet for 2014 (Prop. 1 S (2013-2014)), er det bestemt at helseforetakene skal ha ansvar for å dekke alle legemiddel- og utleveringskostnader i LAR fra 1. januar 2014. Helseforetaket må

ikke gjennomføre den praktiske utleveringen i egen regi. Foretaket kan inngå avtale med andre, for eksempel apotek eller kommunene, om å stå for utleveringen hver dag eller enkelte ukedager.

Helseforetaket har uansett ansvar for kostnadene og for at utleveringen er forsvarlig. Det er to unntak fra hovedregelen når det gjelder ansvar for kostnadene til utlevering. Helseforetaket har ikke ansvar for utleveringskostnadene i de tilfellene der LAR-pasienten oppfyller kriteriene for utlevering via hjemmesykepleie, eller der hvor utleveringen foretas av fastlege.

Det har vært reist spørsmål om utlevering av medikamenter til LAR-pasientene kan løses ved at de har rett til hjemmesykepleie fordi de har behov for utdeling av medikamenter og noen ganger inntak under overvåkning. Både pasienten selv, fastlegen og spesialisthelsetjenesten kan søke om utlevering av LAR-legemidler via hjemmesykepleien. Dersom det er behandlingsmessig forsvarlig at pasienten selv oppsøker utleveringsstedet, er kommunen, ut i fra en individuell vurdering, fri til å avslå søknad om hjemmesykepleie.

Helsedirektoratet har uttalt seg til dette i brev av 19.12.2013 og sier: "At overvåket inntak inngår som en del av behandlingen i LAR, kan ikke i seg selv være grunn for bruk av hjemmesykepleie. Det at pasienten er i LAR, vil likeledes ikke i seg selv være kriterium for tildeling av hjemmesykepleie. På samme måte vil en vurdering av hvorvidt pasienten trenger oppfølging og veiledning fra sin fastlege og får utlevert sitt substitusjonsmedikament på legekontoret, måtte gjøres ut fra en individuell medisinsk vurdering."

Selv om pasienten ikke har krav på hjemmesykepleie, har kommunene likevel en generell plikt til å yte tjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 slår fast at personer med rusmiddelproblemer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Stortinget har også vedtatt en overordnet normalitetsføring for LAR, som innebærer at rehabiliteringstilbudet skal integreres i vanlig helsetjeneste så langt det lar seg gjøre på linje med andre kroniske lidelser. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nært pasientens bosted.

I deres brev beskrives fire konkrete forhold der Sykehuset i Vestfold HF, og kommunene, fortsatt er uenige om hvem som skal dekke kostnadene. Disse fire forhold er:

- Pasienter med store psykiske- rusmestrings- og atferdsvansker som ikke kan nyttiggjøre seg utlevering fra apotek, men som har klart å møte på utleveringsstedene i kommunen
- Utlevering på dager der apotek er stengt
- Pasienter som bor så langt unna apotek at de ikke kan komme dit ved egen hjelp
- Ved akutt sykdom som hindrer pasienten i å oppsøke apotek

Slik vi oppfatter det er Helseforetaket, i denne saken ARB, ansvarlig for å dekke utleveringskostnadene ved de fire konkrete forhold som nevnt over. Vår oppfatning er at kommunene er ansvarlig for å organisere utleveringen.

Konklusjon:

På grunnlag av det som fremkommer ovenfor, er vår vurdering at kommunene, sammen med Helseforetaket, har plikt til å medvirke til å finne en løsning på den praktiske utdelingen av legemidler i LAR. Kommunen må organisere utdelingen forsvarlig. Vurderingen av en forsvarlig ordning inkluderer også arbeidsmiljøet for de ansatte. Helseforetaket har det totale økonomiske ansvaret for kostnader til utlevering og medikamenter, og har ansvaret for at løsningen må være faglig forsvarlig.

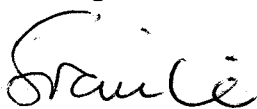
Kommunen kan vurdere en søknad om hjemmesykepleie til LAR-pasienter ut fra de kriteriene kommunen benytter for andre pasienter. Det at en pasient er i LAR, og eventuelt i tillegg har vansker med sin rusmestring, er i seg selv ikke et kriterium for tildeling av helsetjenester i hjemmet.

Fylkesmannen har ingen rolle i utforming av avtalene, men fører tilsyn med at kommuner og helseforetakene inngår avtaler om samarbeid, jf kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven. Vi er kjent med at planlegging, organisering og drift av utleveringsordninger i LAR for pasienter i Vestfold, i noen kommuner har fungert svært godt. Vi antar at samarbeidet mellom rustjenesten i kommunene, fastlege, ARB og pasienten selv, har stått sentralt i dette arbeidet. Vår anmodning er at de positive erfaringene fra dette samarbeidet i kommunene i Vestfold, skal kunne danne grunnlag for tilrettelegging av forsvarlige individuelle utleveringsordninger i LAR fremover.

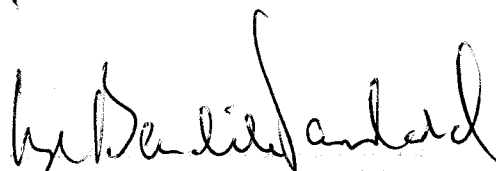
Horten kommune vil motta brev med de samme vurderingene som fremkommer ovenfor.

Helse- og omsorgsdepartementet, og Helsedirektoratet, orienteres som kopimottakere av dette brevet.

Med hilsen
Avdelingen for helse og sosial



Svein Lie
Avdelingsdirektør/fylkeslege



Inge Bendik Sandvold
seniorrådgiver

Juridisk rådgiver: Linda Endrestad, fagsjef

Kopi til:
Helsedirektoratet Avdeling psykisk helsevern
og rus
Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 7000 St. Olavs plass 0130 Oslo

Postboks 8011 Dep 0030 Oslo



Fylkesmannen i Vestfold

Horten kommune
rådmannen
Postboks 10

3191 Horten

Vår saksbehandler / telefon:
Inge Bendik Sandvold
33372387

Deres referanse:
Niels Einar Kirkhus

Vår referanse:
2014/238
Arkivnr: 733.0

Vår dato:
25.02.2014

Svar på anmodning om avklaring om ansvarsforhold og finansieringsansvar for utdeling av LAR-medisiner

Det vises til brev datert 29. januar 2014 der fylkeslegen anmodes om en avklaring om ansvarsforhold og finansieringsansvar for utdeling av medisiner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Saken gjelder uenighet mellom Horten kommune og Sykehuset i Vestfold HF, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Avdeling for rusbehandling (ARB) om fordeling av ansvar for utlevering av legemidler til pasienter som er under LAR. Vi har også mottatt brev om denne saken fra ARB.

Vår vurdering bygger på: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering, avsnittet om utleveringskostnader i LAR i Prop. 1 S (2013-2014), og helse- og omsorgstjenesteloven.

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) § 7, sier at lege i spesialisthelsetjenesten skal beslutte individuelle utleveringsordninger for legemidler til bruk i LAR. Lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at legemidlet skal inntas under påsyn av helsepersonell når dette er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig behandling av pasienten.

I den samme forskriften § 8, heter det at lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at en LAR-pasient skal avlegge urinprøve, blodprøve og prøver av annet biologisk materiale. Det kan besluttet at prøvene skal avlegges under påsyn.

Beslutningene etter §§ 7 og 8 kan overlates til allmennlege i primærhelsetjeneste, men det er lege i spesialisthelsetjeneste som har ansvaret for at utleveringen av medikamenter i LAR skjer på en forsvarlig måte.

I Statsbudsjettet for 2014 (Prop. 1 S (2013-2014)), er det bestemt at helseforetakene skal ha ansvar for å dekke alle legemiddel- og utleveringskostnader i LAR fra 1. januar 2014. Helseforetaket må ikke gjennomføre den praktiske utleveringen i egen regi. Foretaket kan inngå avtale med andre, for eksempel apotek eller kommune, om å stå for utleveringen hver dag eller enkelte ukedager.

Helseforetaket har uansett ansvar for kostnadene og for at utleveringen er forsvarlig. Det er to unntak fra hovedregelen når det gjelder ansvar for kostnadene til utlevering. Helseforetaket har

ikke ansvar for utleveringskostnadene i de tilfellene der LAR-pasienten oppfyller kriteriene for utlevering via hjemmesykepleie, eller der hvor utleveringen foretas av fastlege.

Det har vært reist spørsmål om utlevering av medikamenter til LAR-pasientene kan løses ved at de har rett til hjemmesykepleie fordi de har behov for utdeling av medikamenter og noen ganger inntak under overvåkning. Både pasienten selv, fastlegen og spesialisthelsetjenesten kan søke om utlevering av LAR-legemidler via hjemmesykepleien. Dersom det er behandlingsmessig forsvarlig at pasienten selv oppsøker utleveringsstedet, er kommunen, ut i fra en individuell vurdering, fri til å avslå søknad om hjemmesykepleie.

Helsedirektoratet har uttalt seg til dette i brev av 19.12.2013 og sier: "At overvåket inntak inngår som en del av behandlingen i LAR, kan ikke i seg selv være grunn for bruk av hjemmesykepleie. Det at pasienten er i LAR, vil likeledes ikke i seg selv være kriterium for tildeling av hjemmesykepleie. På samme måte vil en vurdering av hvorvidt pasienten trenger oppfølging og veiledning fra sin fastlege og får utlevert sitt substitusjonsmedikament på legekontoret, måtte gjøres ut fra en individuell medisinsk vurdering."

Selv om pasienten ikke har krav på hjemmesykepleie, har kommunen likevel en generell plikt til å yte tjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 slår fast at personer med rusmiddelproblemer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Stortinget har også vedtatt en overordnet normalitetsføring for LAR, som innebærer at rehabiliteringstilbudet skal integreres i vanlig helsetjeneste så langt det lar seg gjøre på linje med andre kroniske lidelser. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nært pasientens bosted.

I deres brev bes fylkeslegen konkret om å «avklare at helseforetaket har ansvaret for utdeling av LAR-medisiner til brukere som ikke sitter i fengsel, ikke får medisiner sine av fastlege eller som ikke er avhengig av å motta LAR-medisinene i hjemmet».

Slik vi oppfatter det er Helseforetaket, i denne saken ARB, ansvarlig for å dekke utleveringskostnadene ved de tre forhold som nevnt over. Etter vår oppfatning er kommunen ansvarlig for å organisere utleveringen.

Konklusjon:

På grunnlag av dette er vår vurdering at kommunen, sammen med Helseforetaket, har plikt til å medvirke til å finne en løsning på den praktiske utdelingen av legemidler i LAR. Kommunen må organisere utdelingen forsvarlig. Vurderingen av en forsvarlig ordning inkluderer også arbeidsmiljøet for de ansatte. Helseforetaket har det totale økonomiske ansvaret for kostnader til utlevering og medikamenter, og har ansvaret for at løsningen må være forsvarlig.

Kommunen kan vurdere en søknad om hjemmesykepleie til LAR-pasienter ut fra de kriteriene kommunen benytter for andre pasienter. Det at en pasient er i LAR, og eventuelt i tillegg har vansker med sin rusmestring, er i seg selv ikke et kriterium for tildeling av helsetjenester i hjemmet.

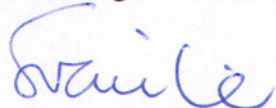
Fylkesmannen har ingen rolle i utforming av avtalene, men fører tilsyn med at kommuner og helseforetakene inngår avtaler om samarbeid, jf kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven. Vi er kjent med at planlegging, organisering og drift av utleveringsordninger i LAR for pasienter i Vestfold, i noen kommuner har fungert svært godt. Vi antar at samarbeidet mellom rustjenesten i

kommunene, fastlege, ARB og pasienten selv, har stått sentralt i dette arbeidet. Vår anmodning er at de positive erfaringene fra dette samarbeidet i kommunene i Vestfold, skal kunne danne grunnlag for tilrettelegging av forsvarlige individuelle utleveringsordninger i LAR fremover.

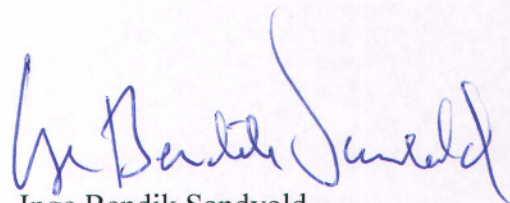
Sykehuset i Vestfold HF vil motta brev med de samme vurderingene som fremkommer ovenfor.

Helse- og omsorgsdepartementet, og Helsedirektoratet, orienteres som kopimottakere av dette brevet.

Med hilsen
Avdelingen for helse og sosial



Svein Lie
Avdelingsdirektør/fylkeslege



Inge Bendik Sandvold
seniorrådgiver

Juridisk rådgiver: Linda Endrestad

Kopi til:
Helsedirektoratet Avdeling psykisk helsevern og rus
Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 7000 0130 Oslo
Postboks 8011 0030 Oslo