

Høringsnotat

**Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering
(LAR-forskriften)**

Høringsfrist: 1. september 2009

Mai 2009

Innhold

1	Innledning.....	4
2	Bakgrunn	5
2.1	Om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	5
2.2	Evaluering av LAR og anbefalinger om fremtidig regulering	7
2.3	Vedtakelse av forskriftshjemmel – spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.....	9
3	Normalisering eller særregulering av LAR?	11
3.1	Gjeldende rett og praksis	11
3.1.1	Rusreformen og spesialisthelsetjenesteloven.....	11
3.1.2	Pasientrettighetsloven	12
3.1.3	Kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og arbeids- og velferdslovgivningen.....	13
3.1.4	Rekvirerings- og utleveringsforskriften.....	13
3.1.5	Rundskriv	14
3.2	Departementets vurderinger og forslag	15
4	Formål	16
4.1	Gjeldende praksis	16
4.2	Departementets vurderinger og forslag	17
5	Inntakskriterier	18
5.1	Gjeldende rett og praksis	18
5.2	Departementets vurderinger og forslag	19
6	Tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg – individuell plan	20
6.1	Gjeldende rett og praksis	20
6.2	Departementets vurderinger og forslag	21
7	Utskrivningskriterier	24
7.1	Gjeldende rett og praksis	24
7.2	Departementets vurderinger og forslag	25
8	Oppstart og avvikling av LAR	26
8.1	Gjeldende rett og praksis	26
8.1.1	Legers rekvireringsrett	26
8.1.1.1	Rekvirerings- og utleveringsforskriften	26
8.1.1.2	Særskilte rekvirerings- og utleveringsbestemmelser i tilknytning til markedsføringstillatelsen	27

8.1.1.3	Forsvarlighetskrav	28
8.1.2	Spesialisthelsetjenestens beslutning om inntak og utskrivning	28
8.2	Departementets vurderinger og forslag	29
9	Kontrolltiltak som ledd i rehabiliteringen	31
9.1	Gjeldende rett og praksis	31
9.1.1	Utlevering og inntak av legemidler.....	32
9.1.1.1	Forskrift om legemiddelhåndtering.....	32
9.1.1.2	Apotekloven, apotekforskriften, rekvirerings- og utleveringsforskriften, mv.....	32
9.1.2	Urinprøver.....	34
9.2	Departementets vurderinger og forslag	34
10	Organisering og godkjenning av LAR-senter	36
10.1	Gjeldende rett og praksis	36
10.2	Departementets vurderinger og forslag	36
11	Særskilte grupper	37
11.1	LAR til innsatte i fengsel.....	37
11.2	Gravide i LAR	38
12	Utfordringer på rusfeltet	39
12.1	Situasjonsbeskrivelse.....	39
12.2	Behovet for helse- og sosialtjenester	40
12.3	Opptrappingsplanen for rusfeltet.....	41
13	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.....	44
14	Merknader til de enkelte bestemmelsene.....	44
15	Forskriftsutkast	49

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til forskrift om legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Forskriften vil, sammen med den øvrige helse- og sosiallovgivningen og en ny nasjonal faglig retningslinje ("Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet"), utgjøre rammeverket for LAR. Utkast til den nasjonale retningslinjen er utarbeidet av Helsedirektoratet. For at høringsinstansene best mulig skal kunne se forskriften i sammenheng med retningslinjen, har helse- og omsorgsministeren besluttet felles høring av de to utkastene. Høringsuttalelser til forskriftsutkastet og utkastet til retningslinjen sendes **Helsedirektoratet innen 1. september 2009.**

Det foreslås at LAR i større grad reguleres på lik linje med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, kombinert med en nasjonal faglig retningslinje. Faglige og individuelle vurderinger av pasientens behov for helsehjelp bør i utgangspunktet være overordnet også med hensyn til inntak, behandling og utskriving fra LAR. Dette innebærer i hovedsak at de særskilte inntaks- og utskrivningskriteriene av ikke-faglig art bortfaller, og at spørsmålet om en pasient skal tilbys LAR avgjøres ut fra en tverrfaglig og individuell vurdering av pasientens behov for helsehjelp, hvilken type behandling pasienten bør få, og om kriteriene i prioriteringsforskriften er oppfylt.

Rehabilitering foreslås fastsatt som målet for LAR, forstått slik at pasienten skal få hjelp til å endre sin livssituasjon gjennom en gradvis bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Etter departementets vurdering vil et krav om rusfrihet for tilstrekkelig behandlingseffekt angi et for høyt ambisjonsnivå som for mange i målgruppen for LAR vil kunne være et urealistisk krav. Departementet vil fremheve nødvendigheten av pragmatisme i møtet med mennesker med rusmiddelavhengighet. I dette ligger at hjelpeapparatets tilnærming må ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon, behov og forutsetninger på det aktuelle tidspunktet, og at gjennomføringen av behandlingen tilpasses hver enkelt pasient med betydelig rom for fleksibilitet. En gradvis bedring av pasientens mestrings- og funksjonsnivå kan være en lang og krevende prosess, med mulighet for tilbakefall. Dette må hensyntas som en del av det samlede rehabiliteringsforløpet. Skadereducerende tiltak vil således kunne være et første steg – og mellomtrinn – på veien mot rehabilitering. Rehabiliteringsmålsettingen kan også innebære at det på lengre sikt settes mål om rusfrihet, eventuelt også medikamentfrihet.

Mennesker som søker behandling for sin rusmiddelavhengighet bør gis en vurdering av ulike behandlingsalternativer før en beslutning om langvarig substitusjonsbehandling tas. Ofte vil pasienten også ha annen rusavhengighet som kan kreve spesialisert behandling, samt alvorlige psykiske og somatiske lidelser. På denne bakgrunn mener departementet at LAR fortsatt bør besluttes i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at LAR i større grad integreres i og ses i sammenheng med øvrig tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk samt annen spesialisthelsetjeneste. Dette er også langt på vei dagens praksis i henhold til

styringskrav gjennom oppdragsdokument til de regionale helseforetakene. Det er et mål at LAR skal bli et likeverdig tilbud i hele landet. Regionale forskjeller i praksis harmoniseres derfor gjennom en nasjonal faglig retningslinje.

LAR er en rehabiliteringsform som innebærer behandling med sterke vanedannende medikamenter. Legemidler som brukes i LAR har et stort skadepotensial dersom de ikke tas på foreskrevet måte, og faren for lekkasje av legemidlene til det illegale markedet er stor. Departementet ser derfor behov for å synliggjøre at LAR har en noe annen innretning enn medikamentfri rusbehandling. Dette gjøres ved forslag om at LAR som hovedregel ikke skal være førstevalget av behandling for opiatavhengighet, og at pasientens alder skal tillegges særskilt vekt ved vurdering av om LAR skal tilbys, uten at det settes en bestemt nedre aldersgrense for inntak. Videre er det behov for å opprettholde, og til dels utvide, adgangen til å beslutte nødvendige kontrolltiltak som ledd i rehabiliteringen for å minske risikoen for uriktig bruk av legemidlene samt risikoen for at legemidlene kommer på avveie.

Behandlingsintervensjonen og rehabiliteringsarbeidet i LAR, som for annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, inkluderer deltakelse fra flere tjenesteytere og fra tjenesteytere på begge forvaltningsnivåer, i særdeleshet fastlegen, sosialtjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen, i tillegg til spesialisthelsetjenesten. De fleste pasienter med opiatavhengighet har sammensatte vansker, og det kreves et godt og tett samarbeid mellom de ulike aktørene for at rehabiliteringen skal bli vellykket.

Departementet mener forslagene samlet sett vil senke terskelen for LAR sammenlignet med dagens praksis. Forslagene følger opp evalueringen av LAR og evalueringen av rusreformen, og styrker implementeringen av pasientrettighetene til mennesker med rusmiddelavhengighet. Ufordringer knyttet til kapasitet og tilgjengelighet knytter seg i stor grad til ressursbruk og hensiktsmessig organisering, og bør derfor møtes med andre styringsvirkemidler og en nasjonal faglig retningslinje. Når en pasient søker behandling for sin rusmiddelavhengighet, og for pasienter i påvente av LAR, forventes det at ulike motivasjons- og rehabiliteringstiltak startes opp.

2 Bakgrunn

2.1 Om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR ble landsdekkende i 1998, og det har etter dette vært en betydelig økning i antall i behandling. Per 31. august 2008 var 4755 pasienter inkludert i LAR og 387 pasienter stod på samme tidspunkt på venteliste. Ved oppstarten av det landsdekkende tilbudet i 1998, ble det anslått at om lag 750 mennesker med opiatavhengighet ville være aktuelle for denne formen for behandling. Ifølge Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er antall mennesker med injiserende opiatmisbruk estimert til å være om lag 8 200-12 500. Det anslås

samtidig at om lag halvparten av antall mennesker med injiserende opiatmisbruk kan være aktuelle for LAR, men dette anslaget er usikkert.

LAR-modellen slik den opprinnelig ble utarbeidet i Norge etter anbefaling fra fagfeltet, bygget blant annet på erfaringer som var gjort i metadontiltakene ved Ullevål sykehus og MiO (Metadontiltaket i Oslo) tidlig på 90-tallet, samt evalueringer og forskningsresultater fra en rekke land, i hovedsak USA, Sverige og Danmark. Utredningsrapporten for et nasjonalt kompetansesenter for metadonassistert rehabilitering redegjorde for valg av modell (Waal et al., 1997). Den narkotikapolitiske utviklingen i Norge fra 1960-tallet frem til i dag er også viktig for å forstå valg av modell. Modellens ideologiske overbygning slik den beskrives i utredningsrapporten er følgende:

”Målsettingen for bruk av metadon i Norge er å øke den enkeltes muligheter til egen problemløsning. Siktetpunktet er minsket morbiditet og mortalitet og bedret evne til å skape en meningsfull tilværelse for den enkelte, bedre livskvaliteten i familie og øke mulighetene til konstruktiv innsats i samfunnet.”

De faglige anbefalingene som lå til grunn for utvidelse av LAR til et nasjonalt behandlingsprogram, forutsatte betydningen av en streng ramme for opplegget når målet var rehabilitering. Bakgrunnen for at det ble utarbeidet særskilte kriterier for hvem som skulle tilbys LAR, var blant annet det utgangspunkt at de aktuelle legemidlene skaper avhengighet samt at legemidlene kan brukes som rusmiddel og som illegal salgsvare. Det ble også lagt til grunn at mennesker med opiatavhengighet ofte har sammensatte problemer, og vil trenge bistand fra ulike tjenester på begge forvaltningsnivåer for at innsatsen skal ha effekt på lang sikt. Det ble derfor forutsatt at det samtidig og innenfor rammen av en tiltaksplan, også skulle iverksettes andre hjelpetiltak som det måtte være behov for, herunder bolig, arbeid og sosial rehabilitering.

I forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett i 2001, sluttet Stortinget seg til en desentralisert LAR-modell med formål å integrere LAR tydeligere i de ordinære helse- og sosialtjenestene. På dette tidspunktet var det mange steder problematisk å få overført pasienter fra LAR-sentrene til kommunal oppfølging, og fastlegene deltok i liten grad i rehabiliteringsarbeidet. På denne bakgrunn ble det i forbindelse med behandlingen av saken lagt til rette, både organisatorisk og økonomisk, for at fastlegen, etter delegasjon fra det enkelte LAR-senter, fikk ansvar for den medisinsk-faglige oppfølgingen i kommunen. Det var forutsatt at en ny modell, iverksatt fra 1. juli 2001, skulle øke kapasiteten i LAR.

LAR-tilbudet er i dag organisert rundt følgende regionale sentra som foretar vurdering og fatter beslutning om inntak i LAR: LAR Nord, LAR Midt-Norge, LAR Vest, LAR-Rogaland, LAR Vest-Agder, LAR Aust-Agder, LAR Telemark, LAR Vestfold, LAR Buskerud, LAR Oslo, LAR Innlandet og LAR Øst. Flere fylker har i tillegg etablert egne LAR-team. Ved siden av å være regionsenter,

fungerer LAR-Øst i Helse Sør-Øst også som et nasjonalt kompetansesenter for LAR.

Slik nåværende regulering av LAR er, legges det til grunn et samarbeid mellom et LAR-senter, sosialtjenesten i kommunen og fastlege. LAR representerer ved dette et helhetlig og systematisk rehabiliteringsopplegg med medikamentell støttebehandling. Medikamentene som for tiden er godkjent til bruk i LAR er metadon, Subutex® og Suboxone®. Dette innebærer at heroinet erstattes med et legalt foreskrevet legemiddel. Slik substitusjonsbehandling har til hensikt å vedlikeholde en nøytral tilstand uten rus og uten abstinenser slik at pasienten lettere vil kunne nyttiggjøre seg andre tiltak og behandlingsformer. For noen pasienter vil substitusjonsbehandlingen være livslang.¹ De pasienter som ønsker å trappe ned på substitusjonslegemidlet med sikte på medikamentfrihet skal sikres god støtte og en forsvarlig nedtrapping i kombinasjon med tiltak for videre oppfølging.

De psykososiale tiltakene i LAR er mange, og kan omfatte individuelle støtte- eller terapisaamtaler eventuelt gruppetilbud, rådgivning og støtte med hensyn til utdanning og arbeid, kartlegging av økonomisk situasjon og bistand til å søke eventuelle arbeids- og velferdstjenester fra NAV, tilbud om bolig, oppfølging i omsorgsbolig eller andre botiltak, bistand og støtte til etablering eller re-etablering av sosialt nettverk.

En pasient i LAR vil i tillegg kunne ha behov for behandling for øvrige somatiske og psykiske helseproblemer.

2.2 Evaluering av LAR og anbefalinger om fremtidig regulering

Helsedirektoratet (daværende Sosial- og helsedirektoratet) fikk våren 2003 i oppdrag av departementet å gjennomføre en uavhengig og helhetlig evaluering av LAR. På grunnlag av resultatet fra evalueringen, ble direktoratet bedt om å vurdere gjeldende regelverk og organisering av tilbudet samt foreslå eventuelle endringer.

Direktoratet ga evalueringsoppdraget til AIM ResearchBasedConsulting. Universitetet i Oslo v/ Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer fikk i oppdrag å levere en delrapport² med analyse av klientdata.

Evalueringen forelå 3. november 2004 og hadde følgende hovedfunn: En systematisk rehabiliteringsinnsats og oppfølging av LAR-pasienter gir gode

¹ Ifølge statusrapport for 2007 "LAR i Norge" (Serap rapport 1/2008) er retensjonen, dvs. andelen som fortsetter i behandlingen, høy. 9 av 10 fortsetter i behandlingen over tid. Av de som avslutter behandlingen, starter om lag en tredjedel i LAR igjen. Det er imidlertid en andel som avslutter behandlingen og som har en betydelig økt dødelighet.

² *Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004.* SKR-rapport nr. 7/2004, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for psykiatri, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer.

resultater og redder liv. Mange LAR-pasienter er blitt bedre i stand til å dra nytte av andre tiltak og behandlingsformer. LAR bidrar til økt livskvalitet, bedre fungering fysisk og sosialt, og bidrar til at mange med rusmiddelavhengighet kommer ut av hardt belastede rusmiljøer. LAR ble ansett for å være en langt på vei vellykket strategi for rehabilitering av mennesker med opiatavhengighet.³

Samtidig pekte evalueringen på store regionale forskjeller med hensyn til ventetid, rehabiliteringsinnsats, medikamentbruk, organisering (oppgavefordeling mellom LAR-senter og kommune) og praktisering av gjeldende retningslinjer. Feltet har i så måte utviklet seg i til dels ulike retninger slik at LAR på evalueringstidspunktet ikke fremstod som et likeverdig tilbud i hele landet.

På bakgrunn av evalueringen, presenterte Helsedirektoratet (daværende Sosial- og helsedirektoratet) i mai 2005 sine anbefalinger⁴ om fremtidig forankring og regulering av LAR. Hovedanbefalingene var:

- å integrere LAR-sentrene organisatorisk i helseforetakene (i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk)
- LAR bør reguleres på lik linje med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, kombinert med faglige retningslinjer
- indikasjon for igangsettelse av LAR bør baseres på en faglig vurdering i henhold til en egnet definisjon av opiatavhengighet
- utskriving bør skje på faglig grunnlag eller etter pasientens ønske
- gjeldende retningslinjer med blant annet særskilte inntaks- og utskrivningskriterier bør oppheves

Videre anbefalte direktoratet at de nasjonale faglige retningslinjene skulle omfatte blant annet følgende tema:

- prosedyrer for inn- og utskriving
- valg av medikament og dosering
- kunnskapsbasert metodikk for rehabiliteringsarbeidet
- verktøy for målstyring av LAR-arbeidet
- samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner
- samarbeid mellom ulike tjenester i kommunene

Den 22. august 2005 avholdt departementet en høringskonferanse om evalueringen av LAR og direktoratets anbefalinger. Høringsmøtet hadde bred deltakelse fra tjenestene, brukerrepresentanter og organisasjoner. Høringsinstansene var gjennomgående opptatt av betydningen av kommunal oppfølging. Instansene fremstod imidlertid delt med hensyn til den fremtidige reguleringen av LAR og direktoratets anbefalinger. Om lag halvparten støttet anbefalingen om integrering organisatorisk i helseforetakene og samme regulering som annen tverrfaglig

³ *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering*. Evalueringsrapport. Oslo: AIM ResearchBasedConsulting, Sosial- og helsedirektoratet, 3.11.2004.

⁴ *Oppfølging av LAR-evalueringene. Anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Den andre halvparten ønsket i hovedsak å beholde dagens retningslinjer. Særlig påpekt ble viktigheten av å opprettholde krav om at LAR med avhengighetsskapende medikamenter ikke skal være førstevalget innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Som oppfølging av evalueringen og de faglige anbefalingene på bakgrunn av denne, fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for LAR. Dette ble signalisert i statsbudsjettet for 2006, jf. St.prp. nr.1 (2005-2006) side 110. Av proposisjonen fremgår også at departementet tok sikte på å fastsette en forskrift som sammen med de faglige retningslinjene vil erstatte gjeldende rundskriv for LAR. Den lovmessige hjemlingen av forskriften ville bli nærmere vurdert.

2.3 Vedtakelse av forskriftshjemmel – spesialisthelsetjenesteloven § 3-16

Forslag til ny § 3-16 i spesialisthelsetjenesteloven med hjemmel til å fastsette nærmere regler om LAR ble fremmet for Stortinget i Ot.prp. nr. 53 (2006-2007). Helse- og omsorgskomiteen avga sin innstilling i Innst. O. nr. 10 (2007-2008). Departementets forslag til forskriftshjemmel ble vedtatt ved Odelstings- og Lagtingsvedtak av henholdsvis 4. og 13. desember 2007. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-16 trådte i kraft 1. januar 2008, jf. kgl. res. 21. desember 2007 nr. 1574, og har følgende ordlyd:

”Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og kan blant annet gi regler om:

- a) formål med legemiddelassistert rehabilitering
- b) kriterier for inntak og utskrivning
- c) krav om at det skal utarbeides individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering
- d) når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger
- e) ansvarsgrupper
- f) hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering
- g) adgang til å kreve urinprøver og blodprøver for kontrollformål

Regler etter første ledd bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd.”

I særmerknadene til bestemmelsen, slik disse fremgår av Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) side 49, heter det:

”Det er foreslått en ny bestemmelse i § 3-16 som gir anledning til å gi nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Etter forslaget kan det fastsettes regler om vilkår for inntak og utskrivning i LAR selv om disse eventuelt begrenser pasientens rett til nødvendig

helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Det kan for eksempel gis regler som setter en aldersgrense for inntak - tilsvarende dagens 25-års grense, krav om at det foreligger en individuell plan før pasienten henvises til LAR, eller noen av de andre inntakskriteriene etter dagens retningslinjer.

Forskriften kan også inneholde regler om utskrivning som vil kunne komme i strid med retten til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Det kan for eksempel være utskrivningsregler tilsvarende dagens retningslinjer. Etter disse vil følgende forhold gi grunnlag for utskrivning:

- omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler
- bruk av vold og/eller trusler om vold
- vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen
- fusk med urinprøver eller legemiddelinntak
- manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel
- samarbeidsvegring i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan

Videre kan det gis regler om konsekvenser for behandlingen at det ikke er utarbeidet individuell plan. Slike regler kan også gis selv om de vil kunne komme i konflikt med pasientens rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Dette kan for eksempel være regler om at den medikamentelle delen av LAR-behandlingen ikke skal settes i gang før det er utarbeidet en individuell plan. Det kan da gis regler om at utsettelse av behandlingsstart på grunn av manglende individuell plan ikke skal anses som fristbrudd med de konsekvenser som fremgår av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd. Pasienten vil ikke ha rett til LAR-behandling dersom vilkårene etter forskriften ikke er oppfylt, selv om pasienten fyller kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1.

Unntaket fra pasientrettighetsloven vil imidlertid ikke gjelde i forhold til eventuell annen rusbehandling. Pasienten kan ha rett til annen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i påvente av oppstart i LAR eller rett til en annen type rusbehandling dersom det er inntakskriteriene som ikke er oppfylt.”

3 Normalisering eller særregulering av LAR?

3.1 Gjeldende rett og praksis

3.1.1 Rusreformen og spesialisthelsetjenesteloven

Gjennom Stortingets behandling av rusreformen, ble fylkeskommunenes tidligere ansvar for spesialisert behandling av mennesker med rusmiddelavhengighet overført til staten ved de regionale helseforetakene. Dette førte til en rettslig omdefinering av behandlingstiltakene fra å være sosiale tjenester regulert etter sosialtjenesteloven, til å være spesialisthelsetjenester regulert etter spesialisthelsetjenesteloven. Overføringen trådte i kraft 1. januar 2004.⁵

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys nødvendig spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk”, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Med tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk menes hele det tidligere fylkeskommunale ansvaret etter sosialtjenesteloven § 7-1 for spesialisttjenester for omsorg og behandling av mennesker med rusmiddelavhengighet. Det vil si ansvar for avrusning, utredning og spesialisert behandling. Tjenestetilbudet skal ha både en medisinsk, psykologisk og sosialfaglig tilnærming, jf. ”tverrfaglig”. De regionale helseforetakene plikter å utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen som straks skal motta og yte øyeblikkelig hjelp til pasienter med behov for akutt tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd.

LAR-tiltakene var ikke direkte omfattet av rusreformen da LAR ikke var et fylkeskommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven. LAR ble etablert av daværende Sosial- og helsedepartementet som en statlig finansiert rehabiliteringsmetode for mennesker med opiatavhengighet, basert på et avtalefestet samarbeid med vertsfylkeskommuner og regionale LAR-sentre. Rusreformen førte imidlertid til at også LAR-sentrene ble overført til de regionale helseforetakene ved at de organisatorisk var tilknyttet institusjoner som var omfattet av reformen.

⁵ Forarbeidene til lovendringene er Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere), Innst. O. nr. 51 (2002-2003), Besl. O. nr. 56 (2002-2003), Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan), Innst. O. nr. 4 (2003-2004) og Besl. O. nr. 5 (2003-2004). Regjeringens forslag i Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) ble endret gjennom Stortingets vedtak i Besl. O. nr. 5 (2003-2004). Det vises derfor særlig til Innst. O. nr. 4 (2003-2004) for kommentarer til lovendringene.

Se også rundskriv I-8/2004 ”Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven”.

Som følge av dette er LAR som behandlingsform å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.

3.1.2 Pasientrettighetsloven

Mennesker som har behov for tverrfaglig spesialisert behandling for sin rusmiddelavhengighet er pasienter med samme rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten som andre pasienter. Det vil si at spørsmålet om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen en nærmere fastsatt oppfyllelsesfrist må avgjøres ut fra om vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd og prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt.

Pasienten har etter pasientrettighetsloven § 3-1 rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette innebærer imidlertid ikke at pasienten har rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener at en annen metode er mer egnet eller mer forsvarlig. I enkelte tilfelle kan det imidlertid være slik at det bare er én behandlingsmetode som er adekvat. I slike tilfeller vil pasientens rett til nødvendig helsehjelp innebære at vedkommende får rett til én bestemt type behandling.

Både allmennlege og sosialtjenesten kan henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder LAR, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-12 første ledd, jf. § 2-1a første ledd nr. 5. Henvisning fra lege vil ofte være fra pasientens fastlege. Det følger av retningslinjene i rundskriv I-35/2000 og I-33/2001 (se punkt 3.1.5 nedenfor) at uttalelse fra lege og tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg skal vedlegges henvisningen (i rundskrivene omtalt som søknaden). Dette innebærer i praksis at henvisning til LAR må skje etter et samarbeid mellom fastlegen og sosialtjenesten.

Ved henvisning av pasienter fra og med 23 år, gjelder pasientrettighetsloven § 2-2 første ledd om rett til vurdering innen 30 virkedager fra mottatt henvisning. For rettighetspasienter skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at retten til nødvendig helsehjelp senest skal starte opp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd siste punktum.

Ved henvisning av pasienter under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet gjelder prioriteringsforskriften § 4 a, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 syvende ledd og § 2-2 femte ledd, om rett til vurdering innen 10 virkedager etter mottatt henvisning. For rettighetspasienter skal det som nevnt fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at retten til nødvendig helsehjelp senest skal starte opp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd siste punktum. Fristen kan ikke overstige 65 virkedager regnet fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften § 4 a annet ledd. Både 10- og 65-dagersfristen er *maksimalfrister*, dvs. at kravet til faglig forsvarlighet vil kunne tilsi at vurdering og oppstart av helsehjelp må foretas raskere. For inntak i LAR skal pasienten som hovedregel være fylt 25 år, se punkt 3.1.5 nedenfor.

Retten til å velge behandlingssted, jf. pasientrettighetsloven § 2-4, gjelder også for LAR. LAR-pasienters rett til å velge LAR-senter er imidlertid ikke absolutt. For å bidra til å sikre målet om en helhetlig rehabilitering der et tett og godt samarbeid mellom LAR-senteret og de kommunale helse- og sosialtjenestene inngår, er det gjort unntak fra valgretten for LAR-pasienter når gjennomføringen av en slik valgrett vil være ”uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen”, jf. pasientrettighetsloven § 2-4 tredje ledd tredje punktum. Slik begrensningen er formulert, vil det kreve en del for at pasienten ikke skal kunne velge LAR-senter, jf. bruken av begrepene ”uforsvarlig” og ”betydelig grad”. Det understrekes at LAR-pasienter ikke vil være avskåret fra å velge behandlingssted dersom opphold i døgninstitusjon er aktuelt som ledd i LAR. Begrensningene i valgretten omfatter heller ikke situasjoner der LAR-pasienter trenger å bytte LAR-senter i forbindelse med flytting.

(Det vises til rundskriv I-8/2004 med en nærmere oversikt over pasientrettighetslovens anvendelse på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Det vises også til endringene i pasientrettighetsloven på bakgrunn av Ot.prp. nr. 53 (2006-2007), med blant annet justeringer etter rusreformen. Endringene (med unntak av spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd) trådte i kraft 1. januar 2008. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, se IS-1505.)

3.1.3 Kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og arbeids- og velferdslovgivningen

For å sikre et helhetlig rehabiliteringsopplegg, vil også kommunale helsetjenester, herunder oppfølging fra fastlege, kommunale rehabiliteringstjenester og sosiale tjenester samt arbeids- og velferdstjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) inngå. Det medisinske oppfølgingsansvaret i kommunen reguleres av kommunehelsetjenesteloven. Medisinsk bistand i forbindelse med LAR er i rundskriv I-33/2001 ansett for å være nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd annet punktum. Som oftest vil det være pasientens fastlege gjennom sin kurative virksomhet overfor egne listepasienter som ivaretar den allmenntilleggsmedisinske bistanden i forbindelse med LAR. Det vises til forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene, jf. § 3 om retten til å stå på liste hos fastlege.

Rett til sosiale tjenester og ytelser reguleres av sosialtjenesteloven. Tilgangen til arbeids- og velferdstjenester gjennom NAV reguleres først og fremst av folketryktdloven, arbeidsmarkedsloven og sosialtjenesteloven kapitlene 5 og 5A.

3.1.4 Rekvirerings- og utleveringsforskriften

Legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering kan bare rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av departementet,

jf. forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-1 tredje ledd bokstav d, se nærmere kapittel 8.

Departementet har godkjent LAR-sentre med hjemmel i denne bestemmelsen. LAR-sentrene vurderer henvisninger til LAR, godkjenner plan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg for den enkelte pasient og fatter beslutning om inntak og utskrivning. LAR-sentrene skal også veilede og utvikle det lokale hjelpeapparatet innenfor sine respektive regioner, se nærmere kapittel 10.

3.1.5 Rundskriv

LAR-tilbudet skiller seg fra andre spesialisthelsetjenester ved at det er gitt særskilte inntaks- og utskrivningskriterier i form av administrative rundskriv, jf. I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003. Kriteriene er av både faglig og ikke-faglig art, og supplerer den generelle helselovgivningen, herunder pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Kriteriene skal legges til grunn ved vurderingen av om LAR skal tilbys pasienten, og ved spørsmål om eventuell utskrivning, se nærmere kapitlene 5, 6 og 7.

For inntak skal pasienten som hovedregel være fylt 25 år og hatt en langvarig "narkotikamisbrukskarriere" bak seg. Misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiattdominert. Pasienten skal i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider før inntak i LAR. Det kan gjøres unntak fra disse inntakskriteriene dersom pasienten har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det. Som en del av grunnlaget for inntaksvurderingen skal det foreligge en tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg.

Ved omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler eller begrunnet mistanke om dette, og ved bruk av vold og/eller trusler om vold, skal pasienten skrives ut. Dette gjelder likevel ikke dersom utskrivning vil fremstå som en uforholdsmessig reaksjon. Vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen, fusk med urinprøver eller legemiddelinntak, manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel og samarbeidsvegning i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan kan gi utilstrekkelig behandlingseffekt. Slike forhold kan derfor gi grunnlag for utskrivning i henhold til rundskrivene.

For noen pasienters vedkommende innebærer de særskilte inntaks- og utskrivningskriteriene en innskrenkning i retten til nødvendig helsehjelp, i strid med pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd og prioriteringsforskriften § 2. Dersom slike kriterier skal opprettholdes, må de fastsettes med nødvendig hjemmel i lov. Slik forskriftshjemmel fremgår nå av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.

3.2 Departementets vurderinger og forslag

Når det gjelder den fremtidige reguleringen av LAR som behandlingsform, er det overordnede spørsmålet om LAR (fortsett) helt eller delvis skal særreguleres gjennom egen forskrift med særskilte inntaks- og utskrivningskriterier, eller om LAR skal reguleres på lik linje med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (normalisering). En normalisering vil innebære at dagens ordning med gjeldende rundskriv avvikes og at de særskilte inntaks- og utskrivningskriteriene bortfaller. Dette innebærer videre at spørsmålet om en pasient skal tas inn i LAR utelukkende må avgjøres på bakgrunn av en tverrfaglig og helhetlig vurdering av pasientens behov for nødvendig helsehjelp, hvilken type behandling pasienten bør gis og en vurdering av om kriteriene i prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt.

På samme måte vil en avgjørelse om utskrivning utelukkende måtte baseres på faglige vurderinger av forsvarlighet, behandlingseffekt og om det er faglig grunnlag for å avslutte behandlingen. Slik sett vil det være de faglige retningslinjene for LAR, som er sendt på høring sammen med dette høringsnotatet, som vil danne grunnlaget for det innholdsmessige i LAR.

En særregulering gjennom forskrift med særskilte inntaks- og utskrivningskriterier som supplerer den generelle helselovgivningen, vil innebære at det for noen pasienter opprettholdes en høyere inngangsport for LAR enn det som nødvendigvis kan begrunnes faglig. Dette innebærer at pasienter som ellers etter faglige vurderinger anses å ha behov for og nytte av LAR, vil kunne bli avvist eller utvist fra LAR-tilbudet. Avgjørelsene om inntak og utskrivning vil i slike tilfeller i større grad bero på kategoriske regler fremfor konkrete, faglige vurderinger av den enkelte pasients behov. Det presiseres imidlertid at pasienten likevel vil kunne ha rett til *annen* type tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Vurderingen av type regulering (normalisering eller særregulering) må vurderes opp mot hvilken overordnet målsetting som skal settes for LAR, og på hvilken måte slike målsettinger ønskes oppnådd. Noen spørsmål vil også være mer egnet for en nasjonal faglig retningslinje.

Departementets vurdering sammenfaller i hovedsak med Helsedirektoratets anbefaling om at LAR som behandlingsform i størst mulig grad bør alminneliggjøres og integreres som en del av den øvrige tverrfaglige spesialiserte behandlingen for rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetjenesten, kombinert med en faglig retningslinje. Regelverket på helseområdet bør i minst mulig grad være innrettet slik at handlingsrommet for faglig forsvarlig skjønn begrenses gjennom (detalj)regulering. Pasientens behov for helsehjelp bør i utgangspunktet være overordnet også med hensyn til inntak, behandling og utskrivning fra LAR.

Departementets vurdering er videre slik at LAR i større grad bør integreres i og ses i sammenheng med øvrig tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk samt annen spesialisthelsetjeneste. Dette er også langt på vei dagens praksis i henhold til

styringskrav gjennom oppdragsdokument til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etter dette sørge for en organisering som sikrer at det for pasienter som er henvist til LAR blir foretatt en helhetlig vurdering av hvilke(t) behandlingstiltak pasienten bør tilbys. Videre skal de regionale helseforetakene sørge for en organisering som sikrer at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke får tilbud om LAR, gis tilbud om annen tverrfaglig spesialisert behandling for sin rusmiddelavhengighet, eventuelt også annen spesialisthelsetjeneste.

Departementet erkjenner imidlertid at LAR er en rehabiliteringsform som innebærer behandling med sterke vanedannende medikamenter. For noen vil substitusjonsbehandlingen være livslang. Legemidler som brukes i LAR har et stort skadepotensiale dersom de ikke tas på foreskrevet måte. Faren for lekkasje av legemidlene til det illegale markedet er stor, noe også et stigende antall overdosedødsfall der det er funnet spor etter metadon i blodet til den avdøde, er en bekreftelse på. Departementet ser derfor behov for å synliggjøre at LAR har en noe annen innretning enn medikamentfri rusbehandling. Det er videre behov for å opprettholde, og til dels utvide, adgangen til nødvendige kontrolltiltak som ledd i rehabiliteringen for å minske risikoen for uriktig bruk av legemidlene samt risikoen for at legemidlene kommer på avveie. Hensynet til tredjepart veier meget tungt i denne sammenhengen.

Departementet foreslår derfor at reguleringen av LAR i hovedsak normaliseres, men at det på enkelte punkter er behov for særregulering kombinert med en faglig retningslinje. De enkelte temaene omtales og drøftes i det følgende.

4 Formål

4.1 Gjeldende praksis

Målgruppen og formålet med LAR fremgår av rundskriv I-35/2000 punktene 1, 2 og 3.

Målgruppen for LAR er mennesker med rusmiddelavhengighet som har hatt et ”langvarig, opiatdominert misbruk uten at andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak har forhindret at tilstanden domineres av opiatavhengighet”. Av dette følger at medikamentfri behandling forutsettes forsøkt før LAR tilbys.

Formålet med LAR, der bruk av legemidler inngår som ett av flere virkemidler i et helhetlig rehabiliteringsopplegg, er å bistå aktuelle mennesker med rusmiddelavhengighet med å:

- ”komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene,
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak,
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall,
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og

- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og – så langt mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering”

Punktene ovenfor utgjør de kriteriene som legges til grunn når effekten av behandlingen skal vurderes. Det er imidlertid ikke påkrevd at samtlige målsettinger må være oppfylt for at behandlingen opprettholdes.

4.2 Departementets vurderinger og forslag

I fagmiljøene har det fremkommet ulike syn på hva den enkelte pasient i LAR skal forventes å oppnå i en rehabiliteringsprosess. Dette gjenspeiler seg blant annet i LAR-sentrene og tilsynsmyndighetenes ulike tolkning og praktisering av gjeldende rundskriv. Ambisjonsnivået som legges til grunn er av avgjørende betydning for om behandlingen opprettholdes eller avvikles som følge av utilstrekkelig behandlingseffekt. Det er særlig målsettingen om rusfrihet som har vært omdiskutert. Spørsmålet er om rusfrihet i seg selv angir et for høyt ambisjonsnivå, som for mange i målgruppen for LAR vil kunne være et urealistisk krav, særlig på kortere sikt. Det at rusfrihet ikke oppnås er ikke ensbetydende med at pasienten ikke har hatt nytte av behandlingen i form av gradvis økt rehabilitering og sosial fungering.

Helsedirektoratets anbefaling er at LAR-tiltak bør ha rehabilitering som mål forstått slik at pasienten skal få hjelp til å oppnå sitt optimale funksjonsnivå. Dette begrunnes med at rehabilitering som begrep og mål i behandlingen av mennesker med opioidavhengighet ikke må knyttes utelukkende til målsetting om rusfrihet og sysselsetting, men til gradvis oppnåelse av et så godt mestrings- og funksjonsnivå som mulig.

Departementet er enig i direktoratets anbefaling. Rehabilitering foreslås derfor fastsatt som målet for LAR, forstått slik at pasienten skal få hjelp til å endre sin livssituasjon gjennom en gradvis bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Etter departementets vurdering vil et krav om rusfrihet for tilstrekkelig behandlingseffekt angi et for høyt ambisjonsnivå som for mange i målgruppen for LAR kan synes uoppnåelig. Departementet vil fremheve nødvendigheten av pragmatisme i møtet med mennesker med rusmiddelavhengighet. I dette ligger at hjelpeapparatets tilnærming må ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon, behov og forutsetninger på det aktuelle tidspunktet, og at gjennomføringen av behandlingen tilpasses hver enkelt pasient med betydelig rom for fleksibilitet. En gradvis bedring av pasientens mestrings- og funksjonsnivå kan være en lang og krevende prosess, med mulighet for tilbakefall. Dette må hensyntas som en del av det samlede rehabiliteringsforløpet. Det er viktig å unngå at rehabilitering og skadereduksjon blir to atskilte tenkemåter. Skadereduserende tiltak er snarere det første steget på veien mot rehabilitering, og kan fungere som hensiktsmessige og nødvendige mellomtrinn ved eventuelle tilbakefall. Dette kan igjen virke positivt inn på brukerens motivasjon til å gjøre noe med rusmiddelbruken.

Rehabiliteringsmålsettingen kan også innebære at det på lengre sikt og i samråd med pasienten settes mål om rusfrihet, eventuelt også medikamentfrihet.

Et langsiktig mål om rusfrihet kan være et viktig pedagogisk virkemiddel i behandlingen for gradvis å motivere pasienten til en tilværelse med mestring av egne rusproblemer. På en annen side bør manglende rusmestring i seg selv ikke kunne danne grunnlag for opphør av behandlingen når manglende rusmestring nettopp er årsaken til behandlingsbehovet. Det å fastsette rehabilitering som mål er etter departementets syn en anerkjennelse av den enkeltes situasjon og behov for bistand fra hjelpeapparatet. Rehabiliteringspotensialet er individuelt, og rehabiliteringen må følgelig planlegges og gjennomføres ut fra den enkeltes forutsetninger og muligheter.

Departementet vil videre understreke viktigheten av at det foretas gode faglige og individuelle vurderinger av hvem som kan ha nytte av LAR. Ifølge Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget er pasienter med rusproblematikk ofte dårlig utredet i forkant av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rus- og livssituasjonen vanskeliggjør ofte slik utredning. Konsekvensen er at behandling kan bli tilbudt før utredning er gjennomført, og derfor ofte på mangelfullt kunnskapsgrunnlag. Det vises til det igangsatte "Matching-prosjektet", hvor det søkes etter å kvalitetssikre et standardisert kartleggingsverktøy for alle vurderingsinstansene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk slik at det for pasienter med rusmiddelavhengighet som henvises til spesialisthelsetjenesten, foretas en riktigere vurdering av optimalt behandlingsnivå og rett behandlingsinstans. Formålet er å skreddersy behandlingen mest mulig ut fra pasientens individuelle behov. Prosjektet pågår frem til 2010.

5 Inntakskriterier

5.1 Gjeldende rett og praksis

De særskilte inntakskriteriene for LAR fremgår av rundskriv I-35/2000 punkt 6. For å få innvilget LAR må pasienten som hovedregel:

- "ha fylt 25 år" (jf. punkt 6 a)
- hatt en langvarig "narkotikamisbrukskarriere", hvor misbruket på søkertidspunktet og over flere år har vært klart opiattdominert (jf. punkt 6 b), og
- i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet (jf. punkt 6 c)

I punkt 7 er det gitt adgang til å gjøre unntak fra hvert av inntakskriteriene ovenfor dersom:

- personen med rusmiddelavhengighet har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller
- en samlet vurdering tilsier det

Unntaksadgangen ble presisert i senere rundskriv I-5/2003. Bakgrunnen var rapporteringer som viste at inntakskravene, særlig aldersgrensen, ble tolket strengt og at adgangen til å gjøre unntak ikke så ut til å bli praktisert. I det sistnevnte rundskrivet er unntaksalternativet ”samlet vurdering” nærmere utdypet, særlig med hensyn til alderskriteriet i punkt 6 a. I den samlede vurderingen er det relevant å legge vekt på om opiatmisbrukeren over tid har hatt en særlig vanskelig livssituasjon med massiv og sammensatt problematikk, herunder:

- helsetilstand, som på ulik måte kan medføre invalidiserende tilstander og/eller store og vedvarende smerter
- psykiske lidelser
- fare for tap av omsorgsrett/samværsrett med barn
- destruktiv atferd, herunder: selvskading, hyppige overdoser eller prostitusjon

I rundskrivet presiseres det at listen ikke er uttømmende. En kombinasjon av flere forhold vil kunne begrunne unntak.

Dersom det følger av vurderingen fra spesialisthelsetjenesten at pasienten ikke skal tilbys LAR, men pasienten selv mener at dette behandlingstilbudet vil være det eneste adekvate og forsvarlige tilbudet, kan pasienten eller representant for pasienten anmode LAR-senteret om å fatte vedtak om at vedkommende skal tas inn i LAR, jf. pasientrettighetsloven § 7-1 første ledd. Dersom LAR-senteret avviser anmodningen, kan pasienten eller representant for pasienten klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2 første ledd.

5.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratets anbefaling er at indikasjon for igangsettelse av LAR utelukkende bør baseres på en egnet definisjon av opiatavhengighet. Dette begrunnes med at det ikke foreligger faglig grunnlag for å opprettholde gjeldende inntakskriterier som absolutte vilkår for at pasienten skal bli vurdert for LAR. Direktoratet understreker imidlertid at LAR krever en særskilt årvåkenhet med tanke på at indikasjon for behandlingen er opiatavhengighet. Legemidlene som brukes i substitusjonsbehandling er i seg selv avhengighetsskapende, og man må således unngå å skade en pasient ved å påføre pasienten en avhengighet som vedkommende ikke lider av på forhånd.

Direktoratet påpeker videre at en særlig skal være varsom med å igangsette substitusjonsbehandling til unge mennesker dersom det er mulighet for at de kan behandles på en annen måte. Likevel mener direktoratet at det ikke er holdepunkter for å hevde at pasienter under 25 år ikke kan tenkes å ha behov for og nytte av LAR.

Departementet er i hovedsak enig i direktoratets anbefaling, og foreslår at dagens inntakskriterier slik disse er formulert i gjeldende rundskriv, bortfaller. Likevel mener departementet at det er behov for å synliggjøre at LAR har en annen

innretning enn medikamentfri rusbehandling. Legemidler i LAR er sterkt avhengighetsskapende og vil kunne utgjøre en livsvarig behandling for noen. Folkehelseinstituttet har tidligere påpekt at substitusjonsbehandling kan ha alvorlige bivirkninger, for eksempel skade på kognitive evner. Det er således behov for å sikre en viss terskel for LAR, særlig med tanke på unge mennesker. Det er også viktig å understreke at bruk av legemidler i et behandlingsformål ikke er en snarvei til rusmestring og rehabilitering. Evalueringen av LAR har vist at god rehabiliteringseffekt oppnås ved samtidig og god innsats fra flere tjenesteytere på begge forvaltningsnivåer.

På denne bakgrunn foreslår departementet at LAR som en hovedregel ikke skal være førstevalget av behandling for opiatavhengighet. Dette innebærer at medikamentfri behandling skal være vurdert og prøvd ut før pasienten kan tas inn i LAR. Dersom imidlertid LAR ut fra en helhetsvurdering er å anse som det klart mest adekvate og forsvarlige behandlingsalternativet i det konkrete tilfellet, bør LAR likevel kunne tilbys som førstevalg i tråd med pasientens behov for helsehjelp og vedkommendes pasientrettigheter.

For sikre en varsomhet med hensyn til å igangsette langvarig substitusjonsbehandling til unge mennesker dersom det er en mulighet for at de kan behandles på en annen måte, foreslår departementet at alder inntas i forskriften som et vurderingskriterium for inntak, men at en særlig aldersgrense på 25 år bortfaller.

6 Tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg – individuell plan

6.1 Gjeldende rett og praksis

I tillegg til krav til egenskaper ved pasienten, er det stilt krav til egenskaper ved opplegget for den enkelte pasient som forutsetning for innvilgelse av LAR. Ifølge retningslinjene i rundskriv I-35/2000, jf. punkt 6 annet avsnitt, og rundskriv I-33/2001 skal det være utarbeidet en tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg før henvisning til LAR. Tiltaksplanen skal vedlegges henvisningen (i rundskrivet omtalt som søknaden), og være en del av grunnlaget for inntaksvurderingen. Uttalelse fra lege, herunder opplysninger om rekvirerende lege, skal også vedlegges henvisningen. Tiltaksplanen er obligatorisk for pasienten, dvs. at pasienten ikke kan nekte at slik plan blir utarbeidet, dersom vedkommende ønsker å bli inkludert i LAR.

Tiltaksplanen skal angi målene for rehabiliteringsprosessen, hvilke virkemidler som skal settes inn for å nå ulike mål og hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene. Sosialtjenesten har ansvaret for å koordinere tiltaksplanen. I rundskriv I-33/2001 er det forutsatt at sosialtjenesten, helsetjenesten, eventuelt nødvendig spesialisthelsetjeneste og andre involverte instanser, inngår et forpliktende samarbeid rundt den enkelte LAR-pasient om det helhetlige rehabiliteringsopplegget, herunder delta i ansvarsgrupper.

Tiltaksplanen i tilknytning til dagens regulering av LAR samsvarer langt på vei med individuell plan. Individuell plan er en lovfestet rettighet for alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder LAR-pasienter, jf. pasientrettighetsloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3a og arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15 tredje ledd. Individuell plan er imidlertid ikke obligatorisk for brukeren eller en forutsetning for å motta nødvendige tjenester.

Individuell plan er nærmere regulert i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837. Av § 2 fremgår det at formålet med individuell plan er tredelt:

- Planen skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.
- Planen skal bidra til å avklare tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester. Det skal foretas en vurdering av tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov. Tiltakene skal koordineres.
- Planen skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og tjenestene plikter å legge til rette for dette, jf. forskriften om individuell plan § 4 første ledd. Det vises til forskriftens § 7 om hva en individuell plan skal inneholde.

Den tjenesten som brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med den individuelle planen igangsettes selv om det ikke er fremsatt krav om det, men forutsatt at tjenestemottakeren samtykker, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og forskriften om individuell plan §§ 5 og 6. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Øvrige samhandlingskrav for tjenestene fremgår av forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, kommunehelsetjenesteloven § 6-6a om helsepersonells plikt til å samarbeide med sosialtjenesten, sosialtjenesteloven § 3-2 om sosialtjenestens initiativansvar ved mangelfullt tjenestetilbud fra andre deler av forvaltningen, og spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

6.2 Departementets vurderinger og forslag

Det er naturlig å erstatte tiltaksplanen for LAR-pasienter med individuell plan. Individuell plan i tilknytning til LAR reiser i hovedsak to spørsmål av rettslig betydning: Skal individuell plan være et vilkår for innvilgelse av LAR? Og skal

individuell plan være obligatorisk for pasienten, dvs. at pasienten plikter å medvirke til at planen utarbeides?

Tiltaksplanen for LAR-pasienter er ment å målfeste pasientens rehabiliteringsmål samt sikre den kommunale deltakelsen og oppfølgingen. Ifølge LAR-evalueringen synes imidlertid ”tiltaksplanen [...] å fungere mer som en inngangsbillett til LAR, enn som en rettesnor eller garanti for gjennomføringen av LAR”. Evalueringen viser at det nedlegges en stor innsats ved utarbeidelsen av planen, blant annet for å sikre pasienten inntak i LAR. Oppfølgingen av planen i etterkant varierer derimot sterkt. Begrunnelsen er ofte ressursmangel og geografiske avstander. Videre påpeker evalueringen at kravet om tiltaksplan som en del av henvisningen til LAR, har svekket pasientlovgivningens fristregler fordi behandlingsfristen i stor grad settes på grunnlag av kapasitetsvurderinger fremfor faglige kriterier. Dette indikerer blant annet at tiltaksplanene ofte utarbeides i lang tid før behandlingen starter. Når pasienten først kommer med i LAR, kan vedkommende være i en annen fase med andre behov.

Helsedirektoratet anbefaler ikke et krav om individuell plan som vilkår for innvilgelse av LAR. Etter direktoratets vurdering er det ikke hensiktsmessig å kreve at LAR bare kan vurderes dersom individuell plan er utarbeidet på forhånd. Gjeldende regelverk vil ivareta LAR-pasientenes rettigheter og behov. Samarbeid mellom tjenesteyterne og bruken av hensiktsmessige samarbeidsverktøy, slik som individuell plan og ansvarsgrupper, bør fremheves i de faglige retningslinjene.

Flere *instanser* i fagmiljøet har tidligere gitt uttrykk for at individuell plan bør forskriftsfestes som et vilkår for behandling for å sikre at pasienter ikke unndrar seg en planmessig rehabilitering. Bekymringen for at pasienter bare ønsker å motta substitusjonsbehandling uten øvrige rehabiliteringstiltak ligger til grunn for et slikt syn. Videre gis det uttrykk for at et manglende ønske fra pasienten om rehabiliteringstiltak ut over den medisinske behandlingen kan føre til at pasienten forblir i et rusbelastet miljø og fortsetter et blandingsmisbruk, som både kan frata vedkommende mulighetene for å komme seg ut av sin avhengighet og føre til at substitusjonsbehandlingen blir uforsvarlig.

Departementet anser individuell plan som et viktig redskap for å strukturere rehabiliteringsarbeidet i LAR, som for annen rehabilitering av mennesker med rusmiddelavhengighet. En vellykket gjennomføring av rehabiliteringen vil ofte være avhengig av pasientens aktive deltakelse i planprosessen. Dette gjelder så vel LAR-pasienter som for andre pasientgrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud.

Det at tiltaksplanen hittil synes å ha fungert mer som en ”inngangsbillett” til LAR enn som en rettesnor eller garanti for gjennomføringen av LAR, taler for at de omfattende ressursene som går med til planarbeidet kan benyttes bedre og mer målrettet. Individuell plan er et verktøy som skal bidra til å sikre oversikt, samarbeid og behandlingsprogresjon. Likevel er det den faktiske realiseringen av tjenestetilbudene som er det avgjørende. Departementet mener at individuell plan i utgangspunktet bør utarbeides før oppstart av behandlingen, men ønsker ikke å

stille dette som et absolutt krav for innvilgelse av LAR. Et slikt krav ville vært særegent for LAR-pasienter, noe som etter departementets syn harmonerer dårlig med forslaget om normalisering, dvs. at LAR i størst mulig grad skal reguleres på lik linje med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dersom individuell plan ikke foreligger ved oppstart av behandlingen, bør planprosessen iverksettes så tidlig som mulig i behandlingsfasen og utvikles underveis ut fra pasientens behov og situasjon.

Departementet foreslår at spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å sikre et kvalitetsmessig godt tilbud, får en plikt til å initiere et forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og andre aktuelle instanser og at prosessen med å utarbeide individuell plan kommer i gang.

Skulle pasienten ikke ønske en individuell plan, bør dette ikke uten videre ha konsekvenser for behandlingen. Pasientens behov for helsehjelp bør være overordnet også for LAR. Derimot bør pasienten oppfordres til å utarbeide individuell plan når det er grunnlag for dette for å sikre en god koordinering av rehabiliteringsinnsatsen. Behandlingen vil uansett måtte forankres i faglig forsvarlige samarbeidsrutiner. Departementet er enig i at samarbeid mellom tjenesteyterne og bruken av hensiktsmessige samarbeidsverktøy, slik som individuell plan og ansvarsgrupper, bør fremheves i de nasjonale faglige retningslinjene.

Det vises for øvrig til opptrappingsplanen for rusfeltet, hvor innføring av prøveordning med koordinerende tillitsperson blant annet skal bidra til å styrke bruken av individuell plan. Det er etablert rusrådgivere hos fylkesmannen som blant annet skal bistå kommunene i å styrke bruken av individuell plan for mennesker med rusmiddelavhengighet. Fylkesmannen og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har et særskilt ansvar for å bidra til at flere med behov for langvarige og sammensatte tjenester får individuell plan. Videre har Helsedirektoratet styrket arbeidet for å øke tjenestenes kompetanse med hensyn til bruk av individuell plan.

Departementet vil understreke at det fortsatt vil være helt nødvendig å videreutvikle og styrke den kommunale oppfølgingen av pasienter i LAR. Kommunene har et særskilt ansvar for å gi LAR-deltakere en tett og helhetlig oppfølging. Det vises også til at det er en tilskuddsordning for kommuner med mange LAR-deltakere for å stimulere til økt innsats, samt kvalifiseringsprogrammet i NAV, som også har LAR-deltakere som målgruppe. Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet satses det også på en rekke tiltak for å fremme metodeutvikling og mer treffsikre tiltak slik at kommunale tjenester blir mer tilgjengelige. Herunder skal det satses på mer bruk av lavterskel tiltak og ambulant og oppsøkende virksomhet. Det vises for øvrig til departementets arbeid med den nye helsereformen – samhandlingsreformen – som presenteres før sommeren 2009.

7 Utskrivningskriterier

7.1 Gjeldende rett og praksis

Pasienter kan skrives ut fra LAR etter eget ønske eller dersom det ikke er faglig grunnlag for å fortsette behandlingen, eller de kan bli ekskludert. Kriteriene for ufrivillig utskrivning fremgår av rundskriv I-35/2000 punkt 8.

I henhold til punkt 8 første avsnitt skal pasienten skrives ut:

- ved ulovlig omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler eller ved begrunnet mistanke om slik omsetning, eller
- ved bruk av vold eller trusler om vold

Utskrivning på bakgrunn av forhold som nevnt over kan ikke foretas dersom utskrivningen vil fremstå som en *uforholdsmessig reaksjon*. Et krav om forholdsmessighet innebærer at det må være et rimelig samsvar mellom mål og middel. Dette betyr at de ulempene som en utskrivning fra LAR-tiltaket vil kunne ha for pasienten må vurderes opp mot de omstendighetene og hensynene som danner grunnlaget for en eventuell utskrivning. Vurderingen vil måtte være konkret og individuell.

I henhold til punkt 8 annet avsnitt kan også følgende forhold gi grunnlag for utskrivning:

- vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen
- fusk med urinprøver eller legemiddelinntak
- manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel
- samarbeidsvegring med hensyn til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan

Utskriving på bakgrunn av ett eller flere forhold som nevnt over kan bare foretas dersom de gir *utilstrekkelig behandlingseffekt*.

Hensynet til en forsvarlig behandling vil også kunne begrunne utskrivning, jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Utskrivning fra LAR betyr ikke nødvendigvis utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Pasienten vil kunne ha rett til nødvendig helsehjelp i form av andre behandlingstiltak.

Dersom pasienten mener å ha en rett til helsehjelp i form av LAR som ikke blir oppfylt dersom utskrivningen gjennomføres, kan pasienten eller representant for pasienten anmode LAR-senteret om å fatte vedtak om fortsatt LAR-behandling, jf. pasientrettighetsloven § 7-1 første ledd. Dersom LAR-senteret avviser anmodningen, kan pasienten eller representant for pasienten klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2 første ledd.

7.2 Departementets vurderinger og forslag

Spørsmålet er hvilke kriterier som skal kunne danne grunnlag for avslutning av LAR. Pasienter i LAR har hittil kunnet bli ufrivillig skrevet ut på bakgrunn av kriterier som ikke er begrunnet ut fra hensynet til en forsvarlig behandling. Utskrivningskriterier av ikke-faglig art kan sies å være forankret i et ønske om å styre pasientens atferd. Slike kriterier innebærer en innskrenkning av retten til nødvendig helsehjelp.

Helsedirektoratet anbefaler at utskrivningskriterier av ikke-faglig art eller som ikke medfører at behandlingen vurderes som uforsvarlig, bør bortfalle. Direktoratet understreker at når problemene hoper seg opp for en pasient, er det viktig at hjelpeapparatet forsterker tiltakene rundt vedkommende og ikke avslutter behandlingen. LAR bør derfor likestilles med annen helsehjelp og bare kunne avsluttes på faglig grunnlag eller etter pasientens eget ønske.

Departementet er enig i direktoratets anbefaling. Vold og trusler om vold i behandlingssammenheng vil normalt ikke medføre at behandlingen i seg selv er uforsvarlig etter helsepersonelloven § 4. Voldelig atferd hos pasienten kan imidlertid vanskeliggjøre arbeidet for behandlingspersonellet i slik grad at det vil være uforsvarlig å fortsette behandlingen av hensyn til personellet eller andre pasienter. Dette er likevel ikke et forhold særskilt knyttet til substitusjonsbehandling. Etter departementets vurdering bør derfor slike situasjoner håndteres på lik linje med tilsvarende situasjoner i øvrige deler av helse- og sosialtjenesten, og ikke forskriftsfestes som en særskilt utskrivningsgrunn for LAR.

Videre mener departementet at ulovlig omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler er et strafferettslig anliggende som bør håndteres innenfor straffelovgivningen. Illegal omsetning av substitusjonslegemiddel vil kunne anses som faglig uforsvarlig for den enkelte pasient, og behandlingen må derfor vurderes avvirket. Andre hensyn som ikke har direkte sammenheng med behandlingen, bør etter departementets syn håndteres på andre måter enn med krav om utskrivning.

Etter departementets vurdering bør en avgjørelse om avslutning av behandlingen baseres på faglige vurderinger av forsvarlighet og behandlingseffekt. Manglende rusmestring og samarbeidsvilje bør i seg selv ikke kunne danne grunnlag for utskrivning. Slike forhold vil imidlertid kunne være vurderingstemaer som vil måtte inngå i en samlet faglig vurdering av forsvarlighet og fortsatt behandling. Tiltak knyttet til atferdstrening- og endring bør fremheves i de nasjonale faglige retningslinjene.

Dersom en pasient ønsker å gjenoppta behandlingen etter en ikke-planlagt avvikling, vil pasienten kunne henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten ("åpen retur") uten å måtte gå veien om det ordinære henvisnings- og vurderingssystemet på nytt. Grunnlaget for inntak vil i de aller fleste tilfeller fortsatt være til stede, og en gjenopptakelse av behandlingen anses for å være en

del av det langsiktige behandlingsforløpet. Pasienten er derfor fremdeles å regne som en rettighetspasient, og behandlingen bør iverksettes raskt.

8 Oppstart og avvikling av LAR

8.1 Gjeldende rett og praksis

8.1.1 Legers rekvireringsrett

Legers rett til å rekvirere reseptbelagte legemidler fremgår av helsepersonelloven § 11. Rekvireringsretten omfatter all ordinerer av legemidler til egen praksis, helseinstitusjon og pasient, og er ikke avgrenset med hensyn til spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste. All rekvirering av legemidler skal skje i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Sentrale bestemmelser i tilknytning til legemiddelrekvirering er forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, heretter kalt rekvirerings- og utleveringsforskriften, særskilte rekvirerings- og utleveringsbestemmelser fastsatt for det enkelte legemidlet som vilkår for markedsføringstillatelsen, jf. legemiddeloven § 9 annet ledd, og kravet til forsvarlig yrkesutøvelse i helsepersonelloven § 4.

8.1.1.1 Rekvirerings- og utleveringsforskriften

I rekvirerings- og utleveringsforskriften kapittel 2 er det gitt bestemmelser som begrenser legers rett til rekvirering av legemidler i reseptgruppe A (vanedannende legemidler). Begrensninger i rekvireringsretten av betydning for legemiddelassistert rehabilitering fremgår av forskriftens § 2-1 tredje ledd bokstav c og d:

”c) Legemidler med innhold av metadon kan bare rekvireres til den enkelte pasient når behandlingen er påbegynt i sykehus som ledd i smertebehandling, eller når kriteriene for legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk er oppfylt, jf. bokstav d.

d) Legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk, kan bare rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av departementet. Rekvirerende lege må forsikre seg om at dette kravet er oppfylt og føre nødvendige opplysninger som bekrefter dette på resepten.”

Disse begrensningene i rekvireringsretten er gitt med hjemmel i helsepersonelloven § 11 annet ledd siste punktum. Bakgrunnen for reglene er å sikre at rekvirering til substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet begrenses til faglig forsvarlige opplegg for pasienter inntatt i tiltak under kontroll av et godkjent LAR-senter.

Legemidler med innhold av metadon er, som det fremgår, særskilt regulert i bokstav c, og kan bare rekvireres til den enkelte pasient når bruksformålet er smertebehandling og behandlingen er påbegynt i sykehus, eller når bruksformålet er legemiddelassistert rehabilitering. Legemidler med innhold av metadon kan ikke rekvireres til andre formål.

I bokstav d reguleres ethvert legemiddel når bruksformålet er legemiddelassistert rehabilitering. En rekvirering til et formål som etter en objektiv vurdering vil måtte anses som et legemiddelassistert rehabiliteringstiltak, omfattes av bestemmelsen uavhengig av rekvirentens begrunnelse for rekvireringen. Bestemmelsen innebærer at legemidler til bruk for legemiddelassistert rehabilitering bare kan rekvireres når pasienten er underlagt slik behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke tilstrekkelig at det foreligger en henvisning til LAR. Rekvireringsadgangen påkrever at henvisningen er vurdert og at pasienten er inntatt i et godkjent LAR-tiltak. Rekvirerende lege plikter å forsikre seg om at dette kravet er oppfylt og må føre nødvendige opplysninger som bekrefter dette på resepten. Dette betyr at leger i primærhelsetjenesten bare kan rekvirere legemidler til bruk for legemiddelassistert rehabilitering, herunder Subutex/Suboxone og metadon, etter nærmere avtale med LAR-senteret.

Bokstav d regulerer ikke rekvirering til andre formål. Bestemmelsen er således avgrenset mot ordinær rekvirering på klar medisinsk indikasjon til behandling av somatisk eller psykisk lidelse.

Substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet skal i regelen skje innenfor LAR. Av Helsetilsynets rundskriv IK-15/2000 og veileder IK-2755 *Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet* (2001) er det åpnet for at substitusjonsbehandling unntaksvis kan skje utenfor LAR, dersom behandlingen er ledd i en klart definert og tidsavgrenset nedtrappingsplan og foregår innefor de rammer som er skissert i veilederen. Dette blir lagt til grunn i tilsynssaker, jf. Helsetilsynets brev av 21. februar 2005 til daværende Sosial- og helsedirektoratet. Nedtrappingsopplegget skal utarbeides i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det skal være sikret et tverrfaglig behandlingsopplegg og det skal være opprettet en ansvarsgruppe. Målsettingen er rusfrihet og medikamentfrihet. Ingen pasient kan gå i et nedtrappingsopplegg utover 12 måneder. (Rundskrivet og veilederen vil måtte vurderes revidert som følge av ny forskrift og nasjonal faglig retningslinje for LAR.)

8.1.1.2 Særskilte rekvirerings- og utleveringsbestemmelser i tilknytning til markedsføringstillatelsen

Retten til rekvirering er videre begrenset av særskilte rekvirerings- og utleveringsbestemmelser fastsatt for det enkelte legemidlet som vilkår for markedsføringstillatelsen, jf. rekvirerings- og utleveringsforskriften § 2-1 tredje ledd bokstav b. Slike vilkår fastsettes i medhold av legemiddeloven § 9 annet ledd ut fra hensynet til pasientens sikkerhet, og kan gjelde krav om at legemidlet bare skal kunne utleveres til visse sykehus eller bare skal kunne rekvireres av helsepersonell med en bestemt spesialistkompetanse.

8.1.1.3 Forsvarlighetskrav

All legemiddelrekvirering må være forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4 og rekvirerings- og utleveringsforskriften § 1-4 første ledd. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, og setter både en rettslig og faglig norm for hvordan det enkelte helsepersonells yrkesutøvelse bør innrettes. Plikten til forsvarlig yrkesutøvelse er begrunnet i hensynet til pasientens beste, og skal sikre at pasienten ytes adekvat behandling. Ved siden av å stille krav til faglige kvalifikasjoner, er forsvarlighetskravet den bærende bestemmelse som regulerer forholdet mellom helsepersonell.

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i henhold til lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Vedvarende rekvirering av substitusjonslegemidler til mennesker med narkotikaavhengighet uten at pasienten er i legemiddelassistert rehabilitering eller har en konkret nedtrappingsplan utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten - såkalt "kvoteforskrivning" - er av Helsetilsynet ansett for å være uforsvarlig praksis, jf. nevnte veileder IK-2755.

8.1.2 Spesialisthelsetjenestens beslutning om inntak og utskrivning

Begrensningene i legers rekvireringsrett som redegjort ovenfor indikerer at vedvarende substitusjonsbehandling med vanedannende legemidler er å anse som en spesialistoppgave. Leger i primærhelsetjenesten er derfor avskåret fra å kunne beslutte oppstart av legemiddelassistert rehabilitering.

Det følger videre av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16, jf. § 2-1a første ledd nr. 5, at legemiddelassistert rehabilitering er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Beslutningsmyndigheten med hensyn til oppstart og avvikling av LAR ligger således hos spesialisthelsetjenesten ved de regionale LAR-sentrene. LAR-sentrene vurderer henvisninger til LAR, godkjenner tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg og fatter beslutning om inntak og utskrivning. Dette innebærer at LAR-sentrene har det overordnede faglige ansvaret for LAR.

LAR-senteret kan imidlertid overlate gjennomføringen av bestemte arbeidsoppgaver i behandlingsopplegget, herunder rekvirering av substitusjonslegemiddel, til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten innenfor rammene av faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 5. Dette gjøres i de aller fleste tilfeller etter at pasienten er stabilisert. Medisinsk bistand i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering er i rundskriv I-33/2001 ansett for å være nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd annet punktum. I noen tilfeller vil primærlegen også være overlatt oppgaven med å starte opp substitusjonsbehandlingen under veiledning fra LAR-senteret.

Selv om den praktiske gjennomføringen av behandlingsopplegget er overlatt til primærhelsetjenesten, vil det overordnede faglige ansvaret for LAR fortsatt ligge hos

spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil fremdeles bære det økonomiske ansvaret for medikamentkostnadene.

Skulle det oppstå en situasjon der oppfølgende lege i primærhelsetjenesten avviker fra det skisserte behandlingsopplegget besluttet av spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved bytte av substitusjonslegemiddel i strid med spesialisthelsetjenestens anbefaling eller ved tilleggsforskrivning av medikamenter som er kontraindisert med substitusjonslegemidlet, må LAR-senteret vurdere å tilbakekalle delegasjonen av rekvireringsadgangen, eventuelt vurdere avvikling av LAR. LAR-senteret vil også kunne vurdere oversendelse til helsetilsynet.

Spesialisthelsetjenesten har ikke instruksjonsmyndighet overfor oppfølgende lege i primærhelsetjenesten. Primærlegen har et selvstendig ansvar for å ivareta en forsvarlig oppfølging av pasienten, både med hensyn til gjennomføringen av de delegerte arbeidsoppgaver knyttet til LAR, og pasientens øvrige behandlingsbehov av psykisk eller somatisk karakter. Det følger av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, jf. annet ledd, at helsepersonell plikter å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand ved behov. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

I tillegg vil ny nasjonal faglig retningslinje for LAR gi veiledning om anbefalt oppfølging av pasienten. Retningslinjene har ingen rettslig status, men vil gjenspeile faglig aksepterte normer. Avvik fra anbefalingene må dokumenteres i pasientjournalen, og avvik fra retningslinjene vil kunne bli gjenstand for tilsyn.

8.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet har i sine anbefalinger lagt til grunn at LAR fortsatt bør vurderes, initieres og eventuelt avsluttes i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen er kompleksiteten i LAR, at substitusjonsbehandling ofte er en livslang behandling og at behandlingen omfatter sterkt avhengighetsskapende legemidler med et betydelig skadepotensial om de kommer på avveie.

Departementet er enig i direktoratets anbefaling. Mennesker som ønsker behandling for sin rusmiddelavhengighet bør gis en grundig utredning med vurdering av andre behandlingsalternativer før en beslutning om langvarig substitusjonsbehandling tas. Ofte vil pasienten også ha annen rusavhengighet som kan kreve spesialisert behandling, samt alvorlige psykiske og somatiske tilleggs lidelser. Eksempler på alvorlige somatiske tilstander som LAR-pasienter kan ha, er insulinkrevende diabetes, hepatitt som krever interferonbehandling, medikamenttrengende epilepsi, hjerneskade etter overdose, tilstander som krever langvarig antikoagulasjonsbehandling, dype venetromboser, kronisk behandlingsskrevende nyresykdom, annen sykdom med kraftig nedsatt immunforsvar og behandlingsskrevende blodsykdom. Departementet mener derfor at pasienter som henvises til LAR – i tråd med rusreformens formål – skal vurderes ut fra deres behov for tverrfaglig spesialisert behandling for

rusmiddelmissbruk, herunder LAR, og eventuelt behov for andre tjenester innen spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienter som er vurdert å ha behov for LAR, får den tverrfaglige rehabiliteringsinnsatsen som LAR innebærer, herunder sikre forsvarlige opplegg for rekvirering, avrusning, opptrapping og behandling samt oppfølging. Avrusning er et spesialisthelsetjenesteansvar, og kan utføres i døgninstitusjon eller poliklinisk. Ofte vil pasienten ha behov for innleggelse. Mange LAR-pasienter kombinerer oppstart av LAR med institusjonsopphold av kortere eller lengre varighet. Det er viktig at pasienten følges tett i opptrappingsfasen. Oppstart og avslutning er kritiske faser i behandling av opioidavhengighet, og bør monitoreres nøye av kompetent helsepersonell.

På denne bakgrunn mener departementet at LAR fortsatt bør være forankret i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å tydeliggjøre i forskrift at beslutningsmyndigheten med hensyn til oppstart og avvikling av LAR samt rekvirering av legemidler til slikt formål, fortsatt skal være forbeholdt spesialisthelsetjenesten.

Behandlingsintervensjonen og rehabiliteringsarbeidet i LAR, som i annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, inkluderer deltakelse fra flere tjenesteytere og fra tjenesteytere på begge forvaltningsnivåer. De fleste pasienter med opiatavhengighet har sammensatte vansker, og det kreves et godt og tett samarbeid mellom de ulike partene for at rehabiliteringen skal bli vellykket. Når pasienten er stabilisert og det vil være forsvarlig, vil den videre substitusjonsbehandlingen kunne gjennomføres av kompetente leger i primærhelsetjenesten. Departementet har merket seg at det i praksis er tvil om de faglige ansvarsforholdene når LAR-pasienter er overført til oppfølging i primærhelsetjenesten. Problemstillingen har særlig vært aktualisert på bakgrunn av situasjoner der oppfølgende lege i primærhelsetjenesten ikke har fulgt det skisserte behandlingsopplegget besluttet av spesialisthelsetjenesten. Departementet ønsker derfor å tydeliggjøre i forskrift at primærlegens oppfølging av pasientens substitusjonsbehandling skjer på delegasjon fra spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten har et overordnet faglig ansvar for substitusjonsbehandlingen selv om pasienten i praksis er fulgt opp av primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil fremdeles bære det økonomiske ansvaret for medikamentkostnadene.

Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at primærlegen har et selvstendig ansvar for å ivareta en forsvarlig oppfølging av pasienten, både med hensyn til gjennomføringen av substitusjonsbehandlingen og pasientens øvrige behandlingsbehov av psykisk eller somatisk art. Dette tilsier at primærlegen må sikres et visst handlingsrom i forhold til behandlingsopplegget for LAR. Dersom LAR-opplegget, eller forutsetningene for at LAR ble besluttet iverksatt, endres i vesentlig grad, bør spesialisthelsetjenesten som overordnet faglig ansvarlig vurdere LAR på nytt, herunder om delegasjonen av rekvireringsadgangen skal trekkes tilbake, og eventuelt om LAR skal avvikles (med tilbud om annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

I Budsjettinnst. S. nr. 11 (2008-2009) har flertallet i helse- og omsorgskomiteen uttalt at departementet bør vurdere, når de faglige rammene for LAR er på plass, et forsøksprosjekt hvor fastleger med spesiell kompetanse og interesse for arbeid med ruspasienter kan gis anledning til å dele ut gratis egnet medikamentell behandling (tilsvarende subutex, subuxone eller lignende). Departementet vil komme tilbake til en slik vurdering etter at en har gjort seg erfaringer med ny forskrift og nasjonal faglig retningslinje for LAR.

Substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet skal i regelen skje innenfor LAR. Av Helsetilsynets rundskriv IK-15/2000 og veileder IK-2755 *Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet* (2001) fremgår det, som nevnt over, at substitusjonsbehandling unntaksvis kan skje utenfor LAR, dersom behandlingen er ledd i en klart definert, tidsavgrenset og tverrfaglig nedtrappingsplan og foregår innefor de rammer som er skissert i veilederen. Det er tvil om slik praksis er forenlig med gjeldende rekvireringsbestemmelser, jf. rekvirerings- og utleveringsforskriften § 2-1 tredje ledd bokstav d. Nedtrappingsopplegg ved narkotikaavhengighet hvor substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak, vil etter en objektiv vurdering kunne betraktes som et legemiddelassistert rehabiliteringstiltak. Departementet ser imidlertid behovet for raskt å kunne beslutte en kortvarig nedtrapping av narkotikabruken med sikte på rusfrihet og medikamentfrihet med hjelp av substitusjonslegemidler. Departementet foreslår derfor at slik unntaksadgang skal fremgå av rekvirerings- og utleveringsforskriften med nærmere omtale i faglige retningslinjer. Det stilles imidlertid som vilkår for rekvireringen at nedtrappingsplanen skal være utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten før planen iverksettes og substitusjonsbehandlingen startes opp. For å sikre at samarbeidskravet etterleves, stilles det krav om at rekvirerende lege må føre nødvendige opplysninger på resepten som bekrefter dette. Legens kontakt med spesialisthelsetjenesten bør for øvrig nedtegnes i pasientens journal.

9 Kontrolltiltak som ledd i rehabiliteringen

9.1 Gjeldende rett og praksis

Kontrolltiltakene i LAR består av forsvarlige utleveringsordninger for legemidlene, overvåket inntak av legemidlet og regelmessige urinprøver. Ordningene har til hensikt å kontrollere at legemidlet tas på foreskrevet måte, at pasienten ikke inntar rusmidler eller ikke-foreskrevne legemidler som kan gi ruseffekt og som kan komme i konflikt med forsvarlig behandling og effekten av LAR-legemidlet, samt at legemidlet ikke kommer på avveie og omsettes i rusmiljøene. Kontrollen baseres på forhåndssamtykke fra pasientene.

Vedvarende sidemisbruk, fusk med urinprøver eller legemiddelinntak, eller manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel, kan etter gjeldende rundskriv føre til utskrivning fra LAR dersom dette medfører utilstrekkelig behandlingseffekt, jf. rundskriv I-35/2000 punkt 8, se kapittel 7 ovenfor.

9.1.1 Utlevering og inntak av legemidler

Utlevering av legemidler foregår på ulike arenaer i helsetjenesten. Det følger av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 at rekvirerende lege kan beslutte hvilken henteordning som skal gjelde, herunder utleveringsrutiner og utleveringssted, og at legemidlet skal inntas under påsyn av kvalifisert helsepersonell når dette er nødvendig av hensyn til en forsvarlig behandling av pasienten. LAR-pasienter vil kunne få sine legemidler utlevert på LAR-senteret, eventuelt andre særskilte utleveringssentra, fra kommunale helsetjenester, for eksempel hjemmesykepleien, eller fra apotek.

9.1.1.1 Forskrift om legemiddelhåndtering

Forskrift 3. april 2008 nr. 320 har bestemmelser om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Legemiddelhåndtering er i forskriften definert som ”enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt”, jf. § 3 første ledd bokstav b. Med helsepersonell menes personell som definert i helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 1 til nr. 3, jf. forskriftens § 3 bokstav i.

Forskriftens formål er å sikre riktig og god legemiddelhåndtering for pasienten, jf. § 1. Forskriften gjelder virksomheters og helsepersonells håndtering av legemidler som ledd i ytelse av helsehjelp slik dette er definert i helsepersonelloven § 3 tredje ledd, jf. forskriftens § 2 første ledd. Dette gjelder uavhengig av om helsepersonellet utfører helsehjelpen i helseinstitusjoner som hører under spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller virksomheter som hører under sosialtjenesten, tannhelsetjenesten mv. Både private og offentlige virksomheter er omfattet.

Virksomhetens leder er ansvarlig for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende regelverk, jf. forskriftens § 4 første ledd. Virksomheten skal dokumentere innkjøp og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient har fått av slike legemidler, jf. § 8.

Forskriften kommer ikke til anvendelse når pasienten selv har ansvaret for å håndtere legemidlene, jf. § 2 annet ledd.

9.1.1.2 Apotekloven, apotekforskriften, rekvirerings- og utleveringsforskriften, mv.

Apoteket er ofte en del av helsetjenesten rundt pasienten. Apoteket har ansvaret for utlevering av legemidler dersom pasienten ikke får utlevert legemidlet på annen måte. I 2007 fikk 49,3 prosent av LAR-pasientene utlevert metadon eller buprenorfin fra apotek.⁶ Retten til fritt apotekvalg ble kodifisert ved endring i

⁶ *LAR i Norge. Statusrapport 2007*. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) rapport 1/2008 side 28. Rapporten viser imidlertid store regionale variasjoner. I Hedmark henter 83,9 prosent av pasientene sine legemidler på apotek mot 11,4 prosent i Rogaland. I Rogaland er det i særlig grad kommunehelsetjenesten som forestår utleveringen. I Hordaland gjøres dette ofte av

rekvirerings- og utleveringsforskriften i 2005, jf. § 1-4 annet ledd. Retten innebærer at pasienten selv skal kunne velge ved hvilket apotek resepten skal ekspederes. Det er ikke gjort unntak for noen pasientgrupper.

Ekspedering og utlevering av LAR-legemidler er, på lik linje med andre legemidler, én av apotekenes lovpålagte kjerneoppgaver, jf. apotekloven § 5-3 bokstav a og § 6-2 første ledd. Apoteket skal sikre en forsvarlig utlevering av legemidlene, jf. apotekloven § 1-1 og rekvirerings- og utleveringsforskriften § 1-4 tredje ledd. Dette omfatter blant annet informasjon og veiledning om riktig bruk av legemidlet. Særlig aktsomhet skal utvises ved utlevering av legemidler i reseptgruppe A og B og andre legemidler som kan misbrukes, jf. forskriftens § 8-3 første ledd. All håndtering av legemidler skal foregå under tilsyn av apotekets farmasøytiske personale, jf. apotekloven § 4-4 annet ledd.

Reseptbelagte legemidler kan bare utleveres fra apotek etter resept og rekvisisjon som er fylt ut i samsvar med kravene i rekvirerings- og utleveringsforskriften, jf. § 8-1, jf. apotekloven § 6-6. For rekvirering av legemidler i reseptgruppe A gjelder enkelte unntak og særregler, herunder at resepten kun er gyldig for én gangs ekspedisjon og ikke kan reiteres, jf. rekvirerings- og utleveringsforskriften § 3-5. Videre skal resept på legemidler i reseptgruppe A skrives ut på særskilt blankett autorisert av Helsedirektoratet for den enkelte rekvirent, jf. rekvirerings- og utleveringsforskriften § 4-5. Rekvirerende lege er ansvarlig for at det til enhver tid foreligger gyldig resept.

Apoteket plikter å forsikre seg om at særlige krav til utlevering er oppfylt før legemidlet utleveres, jf. rekvirerings- og utleveringsforskriften § 8-4 første ledd. Før legemidler til bruk for legemiddelassistert rehabilitering kan utleveres, skal apoteket forsikre seg om at kravene til rekvirering er oppfylt, jf. rekvirerings- og utleveringsforskriften § 8-4 annet ledd. Apotek har ikke adgang til å levere når utlevering innebærer brudd på gjeldende utleveringsbestemmelser og det ikke er adgang til å gjøre unntak. Det samme gjelder når reseptpliktig legemiddel kreves utlevert på grunnlag av mangelfull resept og vilkårene for nødeekspedisjon etter gjeldende utleveringsbestemmelser ikke foreligger, når legemidlet etterspørres av person som i henhold til melding fra myndighetene ikke skal utleveres bestemte legemidler eller apoteket har grunn til å tro at legemidlet kan misbrukes eller utgjøre en fare hvis det utleveres, jf. apotekloven 6-2 annet ledd.

Ved mistanke om uforsvarlig rekvirering, skal helsepersonellet i apoteket av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om dette, jf. helsepersonelloven § 17. Apoteket plikter å føre narkotikaregnskap over innkjøp, utlevering og forbruk av legemidler i reseptgruppe A, jf. forskrift 26. februar 2001 nr. 178 om apotek (apotekforskriften) § 31.

fastlegene. I Vest-Agder er det særlig spesialisthelsetjenesten som forestår utleveringen. I Oslo er det også en nokså stor andel pasienter som får legemidlene utlevert fra LAR-senteret, men ellers i hovedsak gjennomføres utleveringen fra apotek (57,5 prosent).

Statens legemiddelverk kan gi som vilkår for eksisterende apotekkonsesjon at apoteket utfører helsetjenester ”som står i nær sammenheng med utlevering og bruk av legemidler”, jf. apotekloven § 2-8 første ledd bokstav c. I apoteklovens forarbeider er ”utdeling av metadon” nevnt som et eksempel på slike vilkår, se Ot.prp. nr. 29 (1998-1999) side 129. Dette omfatter også en utvidet medikamentutdeling, herunder inntak av legemidlet under påsyn av apotekpersonell, ettersom dette skjer i forlengelsen av den ordinære utleveringen av legemidlet.

Helsedirektoratet har utarbeidet en *Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)* (IS-1255, februar 2005). I veilederen er det gitt retningslinjer om apotekets rolle, oppgaver og ansvar i LAR. Ifølge retningslinjene skal det enkelte apotek forespørres om det ønsker å være utleverende apotek. Dersom apoteket bekrefter dette, skal det opprettes en samarbeidsavtale mellom apoteket og pasientens ansvarsgruppe. Valget av apotek forutsetter samtykke fra pasienten, jf. retten til fritt apotekvalg. Pasientens samtykke må også innhentes før samarbeidsavtale mellom apoteket og ansvarsgruppen inngås, jf. helsepersonelloven § 21 om taushetsplikt. Samtykket medfører at nødvendige og relevante opplysninger kan kommuniseres mellom apoteket og de andre involverte parter i samarbeidsavtalen. Dersom pasienten oppholder seg et annet sted i Norge, kan det inngås midlertidig avtale med et annet apotek for en nærmere bestemt tidsperiode, forutsatt at pasienten samtykker til det. Det faste apoteket skal da informeres.

Det fremgår videre av retningslinjene at rekvirerende lege skal melde skriftlig til apoteket om dosering og henteordning, herunder om legemidlet skal inntas under påsyn av apotekpersonell. Rekvirerende lege skal gi skriftlig beskjed til apoteket ved eventuelle endringer i henteordningen.

9.1.2 Urinprøver

Overvåkede urinprøver anses som en nødvendig del av oppfølgingen av gjeldende rundskriv for LAR. Slike prøver er anerkjent som standard ved behandling og oppfølging av pasienter med rusmiddelavhengighet. Urinprøver tas både til kontrollformål og som ledd i monitoreringen av behandlingen.

Urinprøver i LAR gjennomføres etter retningslinjer gitt i rundskriv IS-13/2002 *Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (diagnostikk og behandling)*.

9.2 Departementets vurderinger og forslag

Legemidler som brukes i LAR har et stort skadepotensial dersom de ikke tas på foreskrevet måte. Legemidlene utgjør også en betydelig fare dersom de inntas av mennesker som ikke har utviklet toleranse for opioider. Faren for lekkasje av legemidlene til det illegale markedet er stor. Det må derfor være mulig for helsepersonell å ta nødvendige forholdsregler for å minske risikoen for uriktig bruk av legemidlene samt risikoen for at legemidlene kommer på avveie. I praksis

er det blant annet vist at manglende oppmøte til urinprøvekontroller er et stort dilemma for den behandlingsansvarlige lege. Grensen mellom nødvendig kontroll og hjelp til normalisering av tilværelsen i rehabiliteringsforløpet må vurderes både ut fra hensynet til pasienten og hensynet til samfunnet for øvrig.

Når departementet foreslår å oppheve de særskilte inntaks- og utskrivningskriteriene for LAR med den følge at terskelen for inntak senkes og terskelen for utskrivning heves, vil behovet for kontrolltiltak øke. Særskilte utleveringsordninger og overvåket inntak av legemiddel anses som noen av de viktigste virkemidlene for å hindre at legemidlet inntas på en ureglementert måte eller blir viderefremmet til tredjeperson. Særlig vil det være viktig i større grad å kunne beslutte tiltak ut fra samfunnsmessige hensyn så fremt dette også vil ivareta hensynet til en forsvarlig behandling av pasienten.

Videre mener departementet at muligheten for å pålegge pasienten urinprøvekontroll må opprettholdes. Kontrollen baseres i dag på forhåndssamtykke fra pasientene. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved den reelle frivilligheten ved slike samtykker. Adgangen til å kreve urinprøve som ledd i rehabiliteringen bør derfor hjemles i forskrift. I tillegg til urinprøver, foreslås en adgang til å kreve blodprøver. Ettersom urinprøver og blodprøver er forholdsvis inngripende tiltak i pasientens fysiske integritet, bør hyppigheten av prøvetakingen begrenses til det som er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten. Slike prøver vil derfor ikke kunne besluttes ut fra samfunnsmessige hensyn alene. For å forhindre fusk med prøvetakingen, foreslås en adgang til å beslutte at prøvene skal tas under påsyn av helsepersonell. Beslutningsmyndigheten legges til behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten, som vil kunne delegerer denne til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten.

Å nekte prøvetaking bør etter departementets vurdering som hovedregel ikke kunne danne grunnlag for avvikling av LAR, med mindre en opprettholdelse av behandlingen vil være faglig uforsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4. Selv om fortsatt behandling ikke vil være uforsvarlig, kan det imidlertid tenkes tilfeller hvor nekting av prøvetaking likevel bør kunne danne grunnlag for avvikling av substitusjonsbehandlingen. Adgangen bør bare være unntaksvis, for eksempel ved sterk mistanke om eller det foreligger klare holdepunkter for at substitusjonslegemidlene konsekvent distribueres i det illegale markedet eller inntas av andre enn pasienten selv. Departementet vil fremheve den terapeutiske nytte som kan ligge i prøvetaking, særlig der pasienten føler en viss trygghet ved dette. Helsetjenestens rolle bør således være å etterstrebe slik trygghet og motivere pasienten til å gjennomføre prøvetaking, uten at nekting automatisk skal bli møtt med sanksjoner. Ved eventuelle positive prøver må det vurderes om det vil være faglig forsvarlig å fortsette substitusjonsbehandlingen eller om medikamentfri rusbehandling skal tilbys.

Departementet er kjent med at også andre og mindre inngripende former for prøver kan være aktuelle. Det vises blant annet til Folkehelseinstituttets divisjon for retts toksikologi og rusmiddelforskning, som nylig har uttalt at håranalyser nå kan gjennomføres for å avdekke rusmiddel- og medikamentinntak. Departementet ber

derfor om høringsinstansenes syn på om også andre egnede prøvetakingsmuligheter enn urin- og blodprøver bør hjemles i forskriften.

Når det gjelder retten til fritt apotekvalg, kan det reises tvil om dette i praksis er en reell rettighet for LAR-pasienter når apotek besluttes som utleveringssted for legemidlene. Behovet for særskilte kontrolltiltak knyttet til selve utleveringen av legemidlet, herunder inntak under påsyn av apotekpersonell, kan begrunne en adgang til å begrense utleveringen til apotek som har etablert kompetanse og rutiner for utlevering av LAR-legemidler. En slik begrensning må i så fall hjemles i forskriften. På en annen side vil en begrensning i pasientens rett til å velge apotek kunne motvirke pasientens normaliseringsmuligheter i rehabiliteringsforløpet. Departementet ber derfor om høringsinstansenes syn på forslaget om å kunne gjøre unntak fra retten til fritt apotekvalg og om unntaksadgangen bør inntre på samme vilkår som unntaket fra retten til å velge LAR-senter, jf. pasientrettighetsloven § 2-4 tredje ledd, se høringsnotatet side 12.

10 Organisering og godkjenning av LAR-senter

10.1 Gjeldende rett og praksis

Departementet har godkjent LAR-sentre med hjemmel i rekvirerings- og utleveringsforskriften § 2-1 tredje ledd bokstav d. LAR-sentrene er i organisert som egne spesialistpoliklinikker for LAR-pasienter og sånn sett løsrevet fra annen rusbehandling.

LAR-sentrene vurderer henvisninger (i rundskrivene omtalt som søknader) til LAR, godkjenner plan for helhetlig rehabiliteringsopplegg og fatter beslutning om inntak og utskrivning. LAR-sentrene skal videre innenfor sin region utvikle og veilede det lokale hjelpeapparatet som har oppfølgingsansvaret.

LAR-tiltakene var ikke direkte omfattet av rusreformen, da LAR ikke var et fylkeskommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven. LAR ble etablert av værende Sosial- og helsedepartementet som en statlig finansiert rehabiliteringsmetode for mennesker med opiatavhengighet, basert på et avtalefestet samarbeid med vertsfylkeskommuner og regionale LAR-sentre. Rusreformen førte imidlertid til at også LAR-sentrene ble overført til de regionale helseforetakene, ved at de organisatorisk var tilknyttet institusjoner som var omfattet av reformen. LAR-sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten, og virksomheten ved LAR-sentrene er etter sitt innhold å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

10.2 Departementets vurderinger og forslag

I *Helsedirektoratets* anbefalinger understrekes det at LAR organisatorisk bør innarbeides i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet for rusmiddelmisbruk slik at LAR i større grad ses i sammenheng med øvrig tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt annen spesialisthelsetjeneste. Den

spesialistkompetansen som i dag finnes i LAR-sentrene må derfor sikres i vurderingsenhetene som vurderer henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Helsedirektoratets anbefaling er langt på vei dagens praksis i henhold til styringskrav gjennom oppdragsdokument⁷ til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etter dette sørge for en organisering som sikrer at det for pasienter som er henvist til LAR, blir foretatt en helhetlig og tverrfaglig vurdering av hvilke(t) behandlingstiltak pasienten bør tilbys. I dette ligger at de regionale helseforetakene må sørge for tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse i vurderingsenhetene, også til å kunne vurdere LAR, samt behovet for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Mennesker med rusmiddelavhengighet har ofte sammensatte lidelser.

En tverrfaglig vurderingskompetanse vil videre sikre at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke får tilbud om LAR, gis tilbud om annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eventuelt også annen spesialisthelsetjeneste.

Evalueringen av LAR viste med stor tydelighet at pasienter med en tett og sammensatt oppfølging hadde best resultater. Dette understreker nødvendigheten av å se den medikamentelle delen av LAR i sammenheng med øvrige behandlings- og rehabiliteringstiltak for en mest mulig vellykket rehabiliteringsprosess. I så måte skiller ikke LAR seg fra annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, der det er den sammensatte og samtidige innsatsen fra ulike tjenesteytere og fra tjenesteytere på begge forvaltningsnivåer som gir størst behandlingseffekt.

En organisatorisk endring av LAR-sentrene vil innebære at rekvirerings- og utleveringsforskriften § 2-1 tredje ledd bokstav d må endres. Departementet vil dermed ikke lenger være godkjenningmyndighet for LAR-sentre. De regionale helseforetakene vil ha ansvaret for å sørge for et forsvarlig tilbud og en forsvarlig organisering av virksomheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5 og § 2-2 og helsepersonelloven § 16.

11 Særskilte grupper

11.1 LAR til innsatte i fengsel

De regionale helseforetakenes plikt til å sørge for at personer med oppholdssted innen regionen mottar spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, gjelder også overfor personer som oppholder seg i fengsel. Helsehjelp til innsatte skal være likeverdig med den helsehjelpen som den øvrige befolkning får. Dette innebærer også at fengselshelsetjenesten skal yte de samme helsetjenester som befolkningen normalt får ved sykdom eller andre forsvarlige helsetjenester

⁷ Se oppdragsdokument for 2009 punkt 3.3.8.

som ivaretar hensynet til den innsattes helse minst like godt. Kriminalomsorgen plikter å tilrettelegge for at innsatte får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. I dag stilles det krav om at alle fengsler skal tilrettelegge for at LAR-pasienter får egnet behandling under straffegjennomføringen.

Flere rapporter viser at innsatte er en gruppe som er overrepresentert når det gjelder levekårs- og helseproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig. Ifølge Fafo-rapporten "Levekår blant innsatte" (2004) har 60 prosent av innsatte i norske fengsler rusmiddelproblemer. Flere pasienter i LAR vil gjentatte ganger (som følge av en kriminell "karriere") kunne ha begått lovbrudd som kan føre til siktelse eller domfellelse som kan gripe inn i et påbegynt behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Oppstart av eller videreføring av rusbehandling i form av LAR eller annen tverrfaglig spesialisert behandling og rehabilitering, er derfor også aktuelt for innsatte i norske fengsler.

LAR-tilbudet for innsatte er regulert på samme måte som for andre pasientgrupper i LAR. I tillegg er det utarbeidet særskilt veileder og rundskriv av henholdsvis Nasjonalt kompetansesenter i Helse Sør-Øst, jf. *Veileder for medikamentassistert rehabilitering*, og kriminalomsorgen, jf. rundskriv 1/100 fra fengselsstyret av 17.1.2000 *Regler for metadonassistert rehabilitering av rusmiddelmissbrukere i fengselsvesenet*, for den praktiske gjennomføringen av LAR før, under og etter soning. Veilederen og rundskrivet vil imidlertid måtte revideres som følge av ny forskrift og nasjonal faglig retningslinje for LAR.

Regjeringens mål er å kunne gi et tilfredsstillende rus- og psykisk helsetilbud i fengsler, jf. St.meld. nr. 37 (2007-2008) *Kriminalomsorgsmeldingen*. I henhold til opptrappingsplanen for rusfeltet skal det iverksettes tiltak for å styrke samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen. Flere innsatte med rusmiddelproblemer skal få mulighet til bedre behandling og rehabilitering under fengselsopphold og annen straffegjennomføring.

11.2 Gravide i LAR

Kvinner med heroinavhengighet har ofte manglende eller uregelmessig menstruasjon. Dette skyldes heroinets effekt på hypofysens regulering av gonadotropinfrigjøringen.⁸ Med LAR normaliserer ofte menstruasjonssyklusen seg (etter 6-24 måneder). Dette skyldes langtidsvirkende opiater stabiliserende effekt på hypofysen. For noen fører dette til graviditet, og mange kvinner ser dette som en mulighet til å endre livsførsel. Det finnes flere internasjonale undersøkelser om barn født av kvinner i substitusjonsbehandling, men det er ifølge Helsedirektoratet få studier av god kvalitet. Barn som er født av substitusjonsbehandlede mødre er noe mindre ved fødselen (vekt, lengde, hodeomkrets) enn barn født av ikke-rusmiddelbrukende mødre. Barna er imidlertid større enn barn født av mødre i aktivt misbruk. En del av substitusjonsbarna får abstinenser etter fødsel. Dette behandles medikamentelt. I store deler av den vestlige verden er

⁸ Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 4, 2009; 129: 287-90.

metadonbehandling anbefalt behandling av gravide med heroinavhengighet. I Norge har behandlingen vært omstridt, og det er uenighet i fagmiljøet om hva som er best behandling. Det pågår flere forskningsprosjekter i Norge om barn født av kvinner i LAR og deres familier.

For kvinner i LAR som blir gravide, vil det iverksettes tiltak som stabiliserer hverdagen, forbereder morsrollen osv. Innenfor LAR har samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tiltaksapparatet, herunder barnevernet, vært formalisert i flere år og det er utarbeidet gode modeller for samhandling. Det er viktig at kvinner som ønsker alternativ behandling (for eksempel nedtrapping av substitusjonslegemiddel) sikres tilsvarende godt koordinerte tjenester. Dette kan ivaretas gjennom bruk av individuell plan som disse kvinnene vil ha rett til. Den enkeltes funksjonsnivå må legges til grunn for utforming av tilpassede tiltak. For at medikamentfri behandling skal være et reelt alternativ, må tilrettelagte tiltak være tilgjengelig for kvinner som ønsker å trappe ned substitusjonslegemidlet av hensyn til det ufødte barnet.

Det fødes mellom 25-40 barn av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering årlig. Det er behov for nasjonale anbefalinger på området, ikke bare om hvordan kvinnene skal følges opp i svangerskapet, men også hva som er egnede oppfølgingstiltak for familiene etter fødsel. Helsedirektoratet har derfor på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet et arbeid med en nasjonal faglig retningslinje for gravide i LAR og oppfølgingstiltak for familiene frem til barna når skolealder.

Det har vært problematisert at man i Norge mangler oversikt over antall barn som fødes av kvinner i legemiddelassistert rehabilitering. Regionale helseforetak skal rapportere, ved hjelp av Medisinsk fødselsregister, antall barn født av kvinner i LAR og hva slags oppfølgingstilbud disse familiene får. Retningslinjene for gravide i LAR, som er under utarbeidelse, vil vektlegge det ansvaret som rekvirerende lege har til å sørge for at kvinnen og hennes barn får tett oppfølging ved behov, for eksempel ved å henvise til spesialisthelsetjenesten.

12 utfordringer på rusfeltet

12.1 Situasjonsbeskrivelse

Rusfeltet kjennetegnes av sammensatte utfordringer og stiller samfunnet overfor flere dilemmaer og avveininger. Etter departementets syn kan LAR være et godt tilbud til mennesker med langvarig opiatavhengighet, men erstatter ikke betydningen av et mangfoldig hjelpe- og behandlingstilbud.

Det har vært et relativt høyt antall mennesker som injiserer narkotika i Norge. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) viser et anslag på mellom 11-15 000 personer i tiden frem til 2001. I 2005 er anslaget nedjustert til mellom 8200 til 12 500. For Oslo er anslaget over antallet mennesker med et opiatdominert injiserende bruk redusert fra ca. 6000 til 3000. Økningen i LAR-pasienter kan forklare noe av

reduksjonen i antallet mennesker som injiserer narkotika. Variasjonsbredden i anslagene er imidlertid stor, og anslaget over hvor mange mennesker som injiserer narkotika er derfor beheftet med stor usikkerhet. SIRUS har ikke observert tegn til økt sprøytebruk. Tollmyndighetene har registrert en økning i antall beslag av sentralstimulerende midler, slik som amfetamin og kokain, sammenlignet med beslag av heroin. Sentralstimulerende midler inntas ikke ved injisering i samme grad som heroin. LAR-legemidler (metadon, Subutex® og Suboxone®) inneholder ikke virkestoffer (antagonister) som har noen dempende effekt på behovet for rus hos mennesker med avhengighet av sentralstimulerende midler.

Et annet urovekkende trekk er den store andelen mennesker med psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelbruk. Man ser også en økning av rusmiddelproblemer blant marginalisert innvandrerungdom.

Forekomsten av registrerte overdoser og overdosedødsfall er høy i Norge, selv om tallene har sunket siden 2001. Antall overdoser er redusert fra 338 i 2001 til 200 i 2007.

12.2 Behovet for helse- og sosialtjenester

Mennesker med langvarig og omfattende narkotikabruk har ofte store og sammensatte helsemessige og sosiale vansker. Mange vil ha et omfattende behov for ulike tjenester og tilbud for å bedre sin livssituasjon, somatiske og psykiske helse og tannhelse.⁹ Helsedirektoratet har i en rapport om mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (IS-1554) anslått at om lag 4000 mennesker er alvorlig psykisk syke, men har enten vansker med å dra nytte av helse og sosialtjenester, ikke er kjent av hjelpeapparatet eller unndrar seg hjelp slik at de har et underforbruk av tjenester. Mange av disse har en kombinasjon av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Omfattende rusmiddelbruk henger ofte sammen med fattigdom. Det antas at mellom 40-60 prosent av sosialhjelpsmottakere har et betydelig rusmiddelproblem. Mange av disse har dårlige boforhold. En undersøkelse av bostedsløse personer foretatt av Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR/Byggforsk 2005), viser at over 60 prosent av denne gruppen har et rusmiddelproblem og at om lag 25 prosent både har en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem. Erfaringene fra arbeidet med å redusere bostedsløshet viser at mange har behov for en tilpasset bolig. Gode og stabile boforhold er en forutsetning for sosial inkludering og sosial- og helsemessig rehabilitering. Rusmiddelbruk fører også ofte til kriminalitet. En undersøkelse foretatt av Fafo (2004) viser at om lag 60 prosent av innsatte og domfelte har rusrelaterte problemer.

En opphopning av levekårsproblemer blant mennesker med omfattende narkotikamisbruk medfører økt behov for hjelp og innsats fra ulike tjenester på ulike forvaltningsnivåer. Det er gjort mye for å styrke innsatsen og kapasiteten i hjelpe- og behandlingstilbudet, men hjelpeapparatet kan ennå ikke sies å være

⁹ Se SINTEF-Unimed 2004.

tilstrekkelig tilpasset brukernes behov. Mangelfullt tjenestetilbud er dokumentert i flere rapporter. Blant annet har Helsetilsynet og Riksrevisjonen i sine undersøkelser påvist svikt i kommunenes tilbud. I tillegg viser rapportering fra Norsk pasientregister at det fremdeles er ventelister til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Det mangelfulle tilbudet forsterkes av sviktende samhandling mellom de ulike tjenestene. Ofte svikter hjelpen ved overgangen mellom ulike behandlings- og rehabiliteringstiltak. Departementet anser individuell plan for å være et viktig samhandlingsverktøy for forvaltningen som skal bidra til å sikre at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan er en lovfestet rettighet for alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. pasientrettighetsloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3a og arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15 tredje ledd, jf. forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Det rapporteres imidlertid at det i mange tilfeller ikke utarbeides en individuell plan for dem som har behov for det.

Den tjenesten som brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med den individuelle planen igangsettes selv om det ikke er fremsatt krav om det, men forutsatt at tjenestemottakeren samtykker, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og forskriften om individuell plan §§ 5 og 6. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Øvrige samhandlingskrav for tjenestene fremgår av forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, kommunehelsetjenesteloven § 6-6a om helsepersonells plikt til å samarbeide med sosialtjenesten, sosialtjenesteloven § 3-2 om sosialtjenestens initiativansvar ved mangelfullt tjenestetilbud fra andre deler av forvaltningen, og spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet har styrket arbeidet for å øke tjenestenes kompetanse om bruk av individuell plan. Fylkesmannen og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har et særskilt ansvar for å bidra til at flere mennesker med rusmiddelavhengighet får individuell plan.

Det må satses ytterligere for å heve kapasiteten og kvaliteten i tiltakskjeden for at mennesker med rusmiddelavhengighet skal få den hjelpen de har behov for, når de har behov for det. Samtidig må forebygging og samhandling i større grad enn i dag være rettesnor for tiltakene på rusfeltet for å få bedre effekt av den helhetlige innsatsen. Det vises til departementets arbeid med den nye helsereformen – samhandlingsreformen – som presenteres våren 2009.

12.3 Opptappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen la i 2007 frem en opptappingsplan for rusfeltet med planperiode frem

til og med 2010. Planen har en bred tilnærming, hvor folkehelseperspektiv, forebygging, kompetanse og kvalitetsutvikling, mer tilgjengelige tjenester, samhandling og brukermedvirkning må ses i sammenheng. Det er ingen enkle løsninger på de omfattende og sammensatte utfordringene på rusfeltet. Et langsiktig og helhetlig perspektiv legges derfor til grunn for innsatsen.

Gjennom opptrappingsplanen er det igangsatt og planlagt en rekke tiltak for å styrke kompetanse og kvalitet i tjenestene. Tilgjengeligheten til tjenestene skal styrkes gjennom å styrke tilbudet i kommunene og øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Brukermedvirkning og samhandling skal ligge til grunn for tjenestetilbudet.

En styrking og videreutvikling av tjenestetilbudet i kommunene er en forutsetning for å lykkes med å gi mennesker med rusmiddelavhengighet et godt hjelpe- og rehabiliteringstilbud. Sosial inkludering fordrer lokalbaserte tiltak hvor bolig, helse- og sosialtjenester, nettverk, meningsfulle aktiviteter og fritid inngår i et helhetlig opplegg for brukeren. Kommuner som har høy forekomst av narkotikaproblemer må ta i bruk et mangfold av virkemidler og tilbud. Det vises til at kommunene anbefales å ta i bruk rusmiddelpolitiske handlingsplaner for å ha et godt plan- og styringsverktøy og for å få en politisk forankring av innsatsen på området.¹⁰

De årlige bevilgningene til rusfeltet er styrket med totalt 300 millioner kroner for 2009, som utgjør en vekst på til sammen 685 millioner kroner siden 2006.¹¹ I januar 2009 har regjeringen dessuten som del av den såkalte "krisepakken" satt av 50 millioner kroner til etablering av en rus-akutt i Oslo. Dette kommer i tillegg til hovedinnsatsen i kommunene, som finansieres over kommunens frie inntekter, og innsatsen i helseforetakene som finansieres over rammebevilgningene til de regionale helseforetakene.

For å stimulere til økt innsats og utviklingsarbeid i kommunene, er det etablert en statlig tilskuddsordning for kommunalt rusarbeid over statsbudsjettets kapittel 761 post 63. I tillegg gis tilskudd til kompetanse- og kvalitetsarbeid over statsbudsjettets kapittel 761 post 21 og post 77. I 2008 fikk om lag 145 kommuner tilskudd fra staten. Det gis tilskudd til lavterskel helsetiltak, LAR-arbeid og til styrking av kommunenes oppfølgingsarbeid. I 2008 ble det i tillegg igangsatt et treårig forsøk med koordinerende tillitsperson i 26 kommuner. Hensikten er å prøve ut ulike modeller for å bidra til at mennesker med rusmiddelavhengighet får de tjenestene de har behov, og at hjelpe- og rehabiliteringsopplegget blir fulgt opp. Tilskuddsordningen er de siste årene blitt styrket. For 2009 vil den samlede tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid være på om lag 250 millioner kroner. Styrkingen innebærer at flere kommuner kan få stimuleringstilskudd til rusarbeid.

Det er også etablert rusrådgivere hos fylkesmannen for å følge opp kommunenes arbeid med Opptrappingsplanen for rusfeltet. Fylkesmannen skal videre bidra til å

¹⁰ For veiledning i planverktøy, se www.kommunetorget.no.

¹¹ St.prp. nr. 1 (2008-2009).

samordne bruken av ulike statlige tilskuddsordninger og bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling. Det gis om lag 120 millioner kroner i statlig tilskudd til en rekke frivillige og ideelle virksomheter som yter omsorgs- og rehabiliteringstilbud til mennesker med rusmiddelavhengighet i kommunene. I tillegg ytes tilskudd til bruker- og pårørendearbeid. Opptappingsplanen for psykisk helse har bidratt til å styrke tilbudet til mennesker med både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. For å senke terskelen til hjelp, skal det blant annet satses ytterligere på samorganisert ambulant virksomhet, for eksempel etter ACT-modellen i Moss, og det skal satses ytterligere på å rekruttere psykologer i kommunene. Det gis også tilskudd til tjenester av betydning for mennesker med rusmiddelavhengighet gjennom Arbeids- og inkluderingsdepartementets innsats for å redusere fattigdom og fremme inkludering, og Kommunal- og regionaldepartementets arbeid for å redusere bostedsløshet.

Skadereduksjon – Tilbud til de mest utsatte og hjelpetrengende mennesker med rusmiddelavhengighet

Erfaringene viser at flere mennesker med rusmiddelavhengighet tross gjentatte behandlingsforsøk, fortsetter med omfattende og til dels destruktiv bruk av (flere) rusmidler. Disse har en belastende hverdag preget av svekket fysisk helsetilstand, psykiske lidelser, sosial ekskludering, kriminalitet og prostitusjon kombinert med bruk av opiat og andre rusmidler. Det er etablert en rekke tiltak for å imøtekomme deres behov, slik som lavterskel helsetiltak, Gatehospitalet, tilpassede boliger med oppfølging, oppsøkende og ambulante tjenester som ACT-team i Moss og ROP-Tøyen. Likevel er det noen som hjelpeapparatet ikke når ut til, eller de klarer ikke å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud. Hvordan mennesker med omfattende heroinavhengighet kan hjelpes til en mer verdig tilværelse, stiller samfunnet overfor flere dilemmaer og avveininger.

Gjennom prøveordning med sprøyterom er det søkt å samle erfaringer med tiltak som treffer målgruppens behov. Formålet med dagens sprøyteromsordning er å legge til rette for mindre helseskadelig injeksjonspraksis, øke tilgjengeligheten til helsehjelp og informasjon om hjelpeapparatet, bidra til å forebygge infeksjoner og smitte, samt bidra til å redusere antallet overdoser og overdosedødsfall. Gjeldende lov er midlertidig, og gjelder frem til 17. desember 2009. Det vises til at regjeringen har fremmet forslag om å videreføre sprøyteromsloven på permanent basis, jf. Ot.prp. nr. 59 (2008-2009).

Det er tatt til orde for å vurdere ulike ordninger for mennesker med omfattende heroinavhengighet som ikke har lyktes i LAR, men som er i en aktiv rusfase. Spørsmålet om heroinassistert behandling er reist i den offentlige debatten som svar på en måte å gi mennesker som ikke klarer å slutte med opiat, mulighet til å få en mer ordnet tilværelse uten kriminalitet, prostitusjon og fornedring.

Departementet mener det er nødvendig med en bredere gjennomgang av tilbudet til denne gruppen, og hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses. Det vises til at regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som, på et etisk og verdimesig grunnlag, skal utrede disse spørsmålene og fremme forslag til

tiltak som vil inngå i oppfølgingen av opptrappingsplanen på rusfeltet etter planens utløp. Målet er økt sosial inkludering, bedre helse, økt livsmestring og opplevelse av menneskeverd. Utvalget skal også vurdere om heroinassistert behandling kan være en del av tilbudet. Utvalget vil fremlegge sin rapport våren 2010.

Det vises også til at departementet har gitt Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) i oppdrag å igangsette tiltak overfor den gruppen mennesker med rusmiddelavhengighet med størst behov for tett oppfølging og hjelp. I samarbeid med Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF og Oslo politidistrikt, skal SKBO avhjelpe det umiddelbare behovet for tiltak som denne gruppen har. SKBO vil i en to-årsperiode få tildelt om lag 60 millioner kroner for å drive døgnbasert oppsøkende og kontaktskapende arbeid som skal bidra til bedre helse og økt sosial inkludering for målgruppen. SKBO vil gjennom sitt nettverk vurdere om deler av bevilgningen skal brukes i andre byer.

13 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

LAR finansieres i dag over basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. I tillegg påløper utgifter i kommunene og på poster over folketrygden. Forskriftsforslaget vil i seg selv ikke medføre økonomiske og administrative konsekvenser ettersom forslaget i hovedsak innebærer en avvikling av gjeldende rundskriv samt formalisering av dagens praksis. Det er imidlertid usikkert om den foreslåtte endringen i reguleringen av LAR vil medføre en økning i behovet. De seneste årene er det registrert en nedgang i antall pasienter som er blitt inkludert i LAR, og antallet som årlig har stått på venteliste for oppstart av behandling har også de seneste årene gått ned. Det er også registrert et ikke ubetydelig antall LAR-pasienter som hvert år frivillig har avsluttet LAR. Ved utgangen av 2008 var det til sammen 6964 pasienter som hadde vært inkludert i LAR. På samme tidspunkt var det 4901 som fortsatt var i behandling. Som det fremgår av høringsnotatets kapittel 2.1 anslås det at om lag halvparten av alle mennesker med opiatavhengighet i Norge vurderes å kunne ha nytte av LAR. Ettersom det totale antallet mennesker med opiatavhengighet anslås å være mellom 8 500-12 500, og det totale antallet som har vært inkludert i LAR er over 7000 personer, antyder dette at den foreslåtte endringen av reguleringen av LAR trolig ikke vil medføre en betydelig endring i etterspørselen etter LAR.

14 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Merknadene er en veiledning for å utdype innholdet i enkelte av bestemmelsene i forskriften. Merknadene er i seg selv ikke rettslig bindende. Forskriften og merknadene bør leses i sammenheng for å få en best mulig forståelse av forskriftens bestemmelser.

Til § 1

Legemiddelassistert rehabilitering har rehabilitering som mål forstått slik at pasienten sammen med den medikamentelle behandlingen skal få nødvendig hjelp

til å endre sin livssituasjon gjennom en gradvis bedring av vedkommendes optimale fysiske, psykiske, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå. Det er således ikke en forutsetning for tilstrekkelig behandlingseffekt at vedkommende faktisk oppnår rusfrihet eller medikamentfrihet. Rehabiliteringsmålsettingen omfatter både det samlede rehabiliteringsforløpet og selve målet om rusmestring.

I rehabiliteringsforløpet vil skadereduserende tiltak kunne være nødvendig på veien mot rehabilitering. Rehabiliteringsmålsettingen kan også innebære at det på lengre sikt og i samråd med pasienten settes mål om rusfrihet, eventuelt også medikamentfrihet. Manglende rusmestring vil imidlertid i seg selv ikke kunne danne grunnlag for opphør av behandlingen.

Rehabiliteringspotensialet er individuelt, og rehabiliteringen må planlegges ut fra pasientens forutsetninger og muligheter. Nyten av behandlingen må vurderes opp mot realistiske rehabiliteringsmål på ethvert trinn i rehabiliteringsprosessen hvor det hensyntas at behandlingsprogresjonen skjer gradvis og er langsiktig.

Formålet med bruk av legemidler som ett av flere tiltak i et helhetlig rehabiliteringsopplegg, er å bistå den enkelte med å nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak.

Til § 2

Bestemmelsen har til hensikt å tydeliggjøre at legemiddelassistert rehabilitering er spesialisthelsetjeneste og en del av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Se nærmere forskriften § 4.

Til § 3

Bestemmelsens *første ledd første punktum* stadfester hovedregelen om at medikamentfri behandling skal være vurdert og prøvd ut før pasienten kan innvilges legemiddelassistert rehabilitering. I *annet punktum* er det åpnet for å kunne gjøre unntak fra denne hovedregelen dersom legemiddelassistert rehabilitering etter en konkret helhetsvurdering klart vil være det mest egnete og forsvarlige behandlingsalternativet med størst forventet nytte. Ordet ”klart” viser til at det må en del til før unntaksadgangen kan benyttes. Oppstart av legemiddelassistert rehabilitering må i slike tilfeller særskilt begrunnes.

I bestemmelsens *annet ledd* gis spesialisthelsetjenesten en plikt til å vurdere pasientens alder ved spørsmål om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys. Bestemmelsen er ment å sikre en varsomhet med hensyn til å igangsette langvarig substitusjonsbehandling til unge mennesker dersom det er mulighet for at de kan behandles på en annen måte. Pasientens alder er derfor forskriftsfestet som et sentralt vurderingstema som skal veie tungt, jf. ordet ”særskilt”. Jo yngre pasienten er, jo mer tilbakeholden må helsetjenesten være med å starte opp substitusjonsbehandling.

Til § 4

Bestemmelsens *første punktum* har til hensikt å tydeliggjøre at vedvarende substitusjonsbehandling med vanedannende legemidler er å anse som en spesialistoppgave. Beslutningsmyndigheten med hensyn til oppstart og eventuelt avvikling av LAR ligger således hos spesialisthelsetjenesten. Allmennlegers rekvireringsrett er tilsvarende begrenset i forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-1 tredje ledd bokstav d.

Spesialisthelsetjenesten kan imidlertid overlate gjennomføringen av bestemte arbeidsoppgaver i behandlingsopplegget, herunder rekvirering av substitusjonslegemiddel, til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten innenfor rammene av faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 5. I *annet punktum* er det derfor tydeliggjort at primærlegens oppfølging av pasientens substitusjonsbehandling skjer på delegasjon fra spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten har et overordnet faglig ansvar for substitusjonsbehandlingen selv om pasienten i praksis er fulgt opp av primærhelsetjenesten.

I henhold til *siste punktum* har primærlegen en informasjonsplikt overfor behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten dersom primærlegen i vesentlig grad endrer behandlingsopplegget eller forutsetningene for at legemiddelassistert rehabilitering ble innvilget. Informasjonsplikten inntreer bare ved vesentlige endringer. Det følger av helsepersonelloven § 4 at primærlegen har et selvstendig ansvar for å ivareta en forsvarlig oppfølging av pasienten, både med hensyn til gjennomføringen av substitusjonsbehandlingen og pasientens øvrige behandlingsbehov av psykisk eller somatisk karakter. Dette tilsier at primærlegen må sikres et visst handlingsrom i forhold til opplegget for substitusjonsbehandlingen. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, jf. helsepersonelloven § 4 annet ledd.

Spesialisthelsetjenesten har i ovennevnte delegasjonstilfeller ingen instruksjonsmyndighet overfor primærlegen. Spesialisthelsetjenesten som overordnet faglig ansvarlig vil imidlertid kunne tilbakekalle delegasjonen av rekvireringsadgangen og eventuelt vurdere om substitusjonsbehandlingen skal avvikles.

Til § 5

Bestemmelsen gir spesialisthelsetjenesten en plikt til å initiere et forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og andre aktuelle instanser. Videre har spesialisthelsetjenesten et ansvar for å initiere at prosessen med å utarbeide individuell plan kommer i gang.

Til § 6

Valg av individuelle utleveringsordninger for legemidler skal i utgangspunktet besluttes ut fra hva som vil være forsvarlig av hensyn til pasientens behandling. I *første ledd annet punktum* er det gitt adgang til å vektlegge andre hensyn som ikke direkte er knyttet til pasientens behandling, men av hensyn til samfunnet for øvrig, herunder behovet for å hindre lekkasje av legemidlene til det illegale markedet og

at legemidlene inntas av andre enn pasienten selv. Tilsvarende adgang er gitt i *annet ledd* ved beslutning om overvåket inntak av legemidlene.

Myndigheten til å beslutte særskilte utleveringsordninger og at legemidlene skal inntas under påsyn av helsepersonell er lagt til behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten. I henhold til *tredje ledd* er det adgang til å delegere beslutningsmyndigheten til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten. Delegasjonen må foretas innenfor rammene av faglig forsvarlighet.

I *fjerde ledd* er det gitt adgang til å gjøre unntak fra retten til fritt apotekvalg dersom apotek besluttes som utleveringssted for legemidlene. Retten til å velge apotek kan begrenses dersom valget vil være "uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen". Slik begrensningen er formulert, vil det kreve en del for at pasienten ikke skal kunne velge apotek, jf. bruken av begrepene "uforsvarlig" og "betydelig grad".

Til § 7

Etter *første ledd første punktum* har behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten adgang til å kreve at pasienten skal avlegge urinprøve eller blodprøve. Slike prøver kan bare avkreves pasienten dersom formålet med prøvetakingen er å få oversikt over pasientens legemiddelinntak og rusmiddelbruk. Prøvene kan ikke avkreves for andre formål. Ettersom urinprøver og blodprøver er såpass inngripende tiltak i pasientens fysiske integritetssfære, er det bare anledning til å avkreve prøver i den utstrekning det er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten, jf. *annet punktum*. For å forhindre fusk med prøvetakingen, er det i *tredje punktum* gitt adgang til å beslutte at prøvene skal tas under påsyn av helsepersonell.

Myndigheten til å beslutte prøvetaking og om prøvene skal inntas under påsyn av helsepersonell er lagt til behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten. Etter *annet ledd* kan beslutningsmyndigheten delegeres til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten. Delegasjonen må foretas innenfor rammene av faglig forsvarlighet.

Å nekte prøvetaking vil som hovedregel ikke kunne danne grunnlag for avvikling av LAR, med mindre en opprettholdelse av behandlingen vil være faglig uforsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4. Selv om fortsatt behandling ikke vil være uforsvarlig, kan nekting av prøvetaking likevel unntaksvis medføre at substitusjonsbehandlingen avvikles, jf. *tredje ledd*, for eksempel ved sterk mistanke om eller det foreligger klare holdepunkter for at substitusjonslegemidlene konsekvent distribueres i det illegale markedet eller inntas av andre enn pasienten selv.

Ved eventuelle positive prøver må det vurderes om det vil være faglig forsvarlig å fortsette substitusjonsbehandlingen.

Til endringene i forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek:*Til § 2-1 tredje ledd bokstav d*

Bestemmelsen er endret slik at det tydeligere fremgår når legemidler til bruk for substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet kan rekvireres. Nr. 1 stadfester hovedregelen om at substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet skal skje i legemiddelassistert rehabiliteringstiltak når dette er innvilget i spesialisthelsetjenesten.

I nr. 2 er det åpnet for at substitusjonsbehandling likevel unntaksvis kan inngå som et deltiltak i en kortvarig, klart definert og tverrfaglig nedtrappingsplan etter beslutning fra allmennlege. Det stilles imidlertid som vilkår for rekvireringen at nedtrappingsplanen er utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten før planen iverksettes og substitusjonsbehandlingen starter opp. Kontakten med spesialisthelsetjenesten bør nedtegnes i pasientens journal. Nedtrappingsplanen knytter seg til nedtrapping av pasientens narkotikabruk med sikte på rusfrihet og eventuelt medikamentfrihet dersom substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak i nedtrappingsplanen. Et nedtrappingsopplegg bør ikke gå utover 12 måneder.

Bestemmelsen skiller således mellom langvarig og kortvarig substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet i kombinasjon med psykososiale behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak.

Med forskriftsendringen skal departementet ikke lenger godkjenne LAR-sentre.

Til § 8-4 annet ledd

Bestemmelsen er av harmoniseringshensyn endret i tråd med endringen i § 2-1 tredje ledd bokstav d.

15 Forskriftsutkast

Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

Fastsatt ved kgl. res. xx.xx.xxxx med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-16 og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 11 annet ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1. Formål

Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er å bidra til at mennesker med opioidavhengighet motiveres til økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom gradvis bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opiatmisbruket og faren for overdosedødsfall.

§ 2. Definisjon

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

§ 3. Vilkår for oppstart

Legemiddelassistert rehabilitering skal ikke være førstevalget av behandling for opiatavhengighet. Dette gjelder likevel ikke dersom legemiddelassistert rehabilitering etter en helhetsvurdering klart vil være det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet.

Pasientens alder skal tillegges særskilt vekt ved vurdering av om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys.

§ 4. Beslutning om oppstart og avvikling

Spesialisthelsetjenesten beslutter oppstart og avvikling av legemiddelassistert rehabilitering. Gjennomføringen av behandlingsopplegget, herunder rekvirering av legemidler til bruk i legemiddelassistert rehabilitering, kan delegeres til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten. Ved vesentlige endringer i behandlingsopplegget eller i forutsetningene for behandlingsopplegget, plikter oppfølgende lege i primærhelsetjenesten å informere behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten.

§ 5. *Spesialisthelsetjenestens initiativplikt*

Spesialisthelsetjenesten skal ta initiativ til et forpliktende samarbeid med oppfølgende lege i primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og andre aktuelle instanser. Spesialisthelsetjenesten skal også ta initiativ til å utarbeide individuell plan.

§ 6. *Utlevering og inntak av legemidler*

Behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten beslutter individuelle utleveringsordninger for legemidler til bruk i legemiddelassistert rehabilitering. Ved valg av utleveringsordning kan det legges vekt på behovet for å forhindre ulovlig omsetning av legemidlene eller at legemidlene inntas i strid med legens rekvirering.

Behandlingsansvarlig 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 ulovlig omsetning av legemidlene eller at legemidlene inntas i strid med legens rekvirering.

Beslutninger som nevnt i første og annet ledd kan delegeres til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten.

Pasientens rett til å velge apotek, jf. forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 1-4 annet ledd, gjelder ikke dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

§ 7. *Urinprøver og blodprøver*

Behandlingsansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at pasienten skal avlegge urinprøve eller blodprøve. Formålet med prøvene skal være å få oversikt over pasientens legemiddelinntak og rusmiddelbruk mens pasienten er i legemiddelassistert rehabilitering. Hyppigheten av prøvetakingen skal begrenses til det som er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten. Det kan besluttes at prøvene skal avlegges under påsyn av helsepersonell.

Beslutninger som nevnt i første ledd kan delegeres til oppfølgende lege i primærhelsetjenesten.

Å nekte prøvetaking kan bare unntaksvis gi grunnlag for avvikling av legemiddelassistert rehabilitering.

§ 8. *Endringer i andre forskrifter*

I forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek gjøres følgende endringer:

§ 2-1 tredje ledd d) skal lyde:

Legemidler til bruk for substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet kan bare rekvireres til den enkelte pasient i følgende tilfeller:

- 1. når vedkommende er innvilget legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jf. forskrift ... om legemiddelassistert rehabilitering § 4, eller*
- 2. som ledd i en kortvarig, klart definert og tverrfaglig nedtrappingsplan som er utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.*

Rekvirerende lege må forsikre seg om at ovennevnte vilkår er oppfylt og føre nødvendige opplysninger som bekrefter dette på resepten.

§ 8-4 annet ledd skal lyde:

Før legemidler til bruk for substitusjonsbehandling ved narkotikaavhengighet kan utleveres, må apoteket forsikre seg om at kravene til rekvirering er oppfylt, jf. § 2-1 tredje ledd bokstav d.

§ 9. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.