

UiO : Det medisinske fakultet



SERAF RAPPORT 2/2019

LAV-TERSKELE AR I NORGE

Helge Waal, Thomas Clausen og Pål H Lillevold

Senter for rus- og avhengighetsforskning - SERAF

Innholdsfortegnelse

FORORD	1
INNLEDNING	2
«LAV-TERSKEL LAR»	3
UNDERSØKELSEN	4
SVAR	4
FUNN	4
DISKUSJON	7
OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER	8
LITTERATUR	9
Vedlegg. Spørreskjema til LAR-tiltakene	10

FORORD

Den viktigste satsningen for å redusere og helst forhindre dødelige og ikke-dødelige overdoseringer med heroin og liknende stoffer er i Norge LAR – legemiddelasistert rehabilitering. LAR er forankret i spesialisttjenesten og utføres i samarbeid med kommunehelsetjenesten og sosiale tjenester i kommunene. Enkelte har ment at tilgangen til LAR er for tungvint og vanskelig slik at en del som kunne trenge behandlingen ikke kommer i gang med den. Dette kan være brukere som er «hard to reach» - vanskelig å nå frem til - og det kan være brukere som av ulike grunner ikke søker behandling før det kan være for sent. «Lav-terskel LAR» er en betegnelse på modeller eller prosjekter hvor målsettingen er å forenkle inntaket i LAR. Helsedirektoratet har som ledd i «nasjonal overdosestrategi» derfor ønsket en oversikt over hvor i landet det finnes slike lavterskel-LAR tiltak. SERAF har fått dette som en bestilling i sitt tildelingsbrev og har derfor gjort en enkel registrering i samarbeid med LAR-tiltakene. Denne rapporten redegjør for funnene og drøfter muligheter og utvikling på lang og kort sikt.

LAV-terskel-begrepet brukes imidlertid ofte videre enn det denne rapporten gjør. Flere samfunnsproblemer som overdosedødsfall, kriminalitet og helseproblemer gjør at såkalte «lavterskeltiltak» ofte sees som løsninger. Det finnes derfor i dag flere typer lavterskeltiltak for rusmiddelbrukere og andre med omfattende problemer og svak egenomsorg. Mange kommuner har lavterskel boligtiltak av ulike typer, noen har feltpleie som tilbyr helsehjelp, andre sikter mot ulike former for kriseintervensjoner. Noen spesielle tiltak sikter mot omsorg og skjerming for rusmiddelbrukere med tung bruk og dårlig kontroll.

Andre lav-terskeltiltak kan også nevnes. Begrepet brukes ofte om brukerrom (sprøyterom), utdeling av brukerutstyr, ambulant HCV og HIV behandling. LAR er dessuten tilpasset for at også pasienter med pågående bruk kan fortsette i LAR. Dette kan dreie seg om henteordninger og doseringer. Siktemålet er å gjøre behandlingen mulig også for pasienter som er «difficult-to-treat», som vanskelig finner seg til rette innenfor den ordinære LAR-strukturen. Disse forholdene blir ikke vurdert i rapporten.

INNLEDNING

LAR – Legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige – er den norske modellen for langtids vedlikeholdsbehandling med opioide agonister. På engelsk forkortes LAR ofte til OMT (opioid maintenance treatment) eller erstatningsbehandling (ORT - opioid replacement treatment). Det første legemidlet som ble tatt i bruk var metadon. Buprenorfin er i dag et likeverdig tilbud i mange land, og enkelte land har også tatt i bruk morfinpreparater med langsom frigjøring og derfor langtids virkning SR0M-Slow release oral morphine). Enkelte har kritisert at bruken av begreper som «vedlikehold, erstatning eller substitusjon» kan gi inntrykk av at LAR er en nødløsning og som formidler utilstrekkelig respekt for behandlingsformen. Enkelte anbefaler derfor å bruke begrepet «agonistbehandling» (opioid agonist treatment – OAT).

LAR er nå det viktigste tilbudet til personer med alvorlig avhengighet av heroin og andre opioide stoffer. Indikasjonen for behandlingen er at denne ruslidelsen skal være så alvorlig at tilførsel av opioid ikke øker avhengighetsgraden samtidig som bruken av medikamentet gir langsiktig bedring av helsetilstand og funksjon. Det dreier seg med andre ord ikke om å tilføre morfinstoffer til de som ønsker dette, og premissene er overalt at behandlingen skal tilbys av kvalifisert personell etter adekvate undersøkelser innen en ramme som sikrer best mulig mot at medikamentene kommer på avveie. Dette er utformet ulikt i mange land. I noen land utføres behandlingen av alle registrerte leger som ønsker å gi behandlingen. I andre land er det innført obligatoriske kurser og registrering av behandlingsrett for slik behandling. I andre land igjen er behandlingen bare tilgjengelig som en del av formalisert rusbehandlingstiltak, vanligvis som del av helsetjenesten men spesialiserte tiltak utenfor allmenn helsetjeneste forekommer også. I Norge er LAR en del av den spesialisert tverrfaglige rusmiddeltjenesten - TSB. Dette er en gren av spesialistbehandlingen i helsetjenesten og organiseres gjennom helseforetakene som skal tilby LAR i sitt opptaksområde. Helseforetakene organiserer LAR noe ulikt. TSB er oftest samorganisert med psykisk helsevern i avdelinger for rus og psykiatri, noe forskjellig utformet med og uten egne klinikker. Enkelte har rusbeholdingsstilbudet organisert som del av DPS-systemet, andre har egne ruspoliklinikker. LAR er organisert som egne enheter eller som team, noen steder med fagpersoner med spesielt tildelt ansvarsområde.

Inntaksordning og regelverk i Norge er felles og reguleres av LAR-forskriften med anbefalinger og råd i retningslinjene for LAR som har vært gjeldende siden 2010 (1) og nå er under revidering. Den forutsetter henvisning til TSB fra fastlege og/eller NAV. Helseforetakenes vurderingsteam behandler henvisningen og innvilger eventuelt behandlingsrett i TSB hvor den spesifikke vurderingen av om LAR er den beste og riktige behandlingen gjennomføres.

Det er derfor flere prosedyrer før LAR kan starte. Pasienten må kontakte fastlege eller NAV. Disse må være enige om at det skal søkes TSB og TSB må bestemme om søknaden gir behandlingsrett og om LAR er riktig satsning. Kapasiteten for LAR var tidligere for liten slik at

en fikk lange ventelister. De årlige statusrapportene for LAR viser i dag imidlertid at det nesten ikke er pasienter som venter på vurdering av henvisningen. Slik vurdering skal skje innen 10 dager. Etter dette skal pasienten undersøkes og vurderes for behandlingen og tildeles plass for poliklinisk eller inneliggende oppstart. Denne delen av prosessen kan ta noe tid uten at det foreligger oversikt over samlet tidsforbruk. Det foreligger heller ikke oversikt over hvor mange som faller ut under dette forløpet. Situasjonen i dag er altså at det i praksis ikke er ventelister for å komme i LAR, slik det var for en del år siden, men at søknadsprosedyren likevel kan ta noe tid.

«LAV-TERSKEL LAR»

Godkjenning etter retningslinjene for LAR er imidlertid ikke en absolutt forutsetning for at en lege kan starte behandling av en opioidavhengig pasient som ber om hjelp. LAR retningslinjen (1) inneholder bestemmelser som sier at enhver lege som bedømmer det nødvendig, kan begynne en korttidsbehandling og stabilisere pasienten med et egnet opioid – også buprenorfin eller metadon. Målsettingen skal være stabilisering og beslutning om videre behandling – enten søknad til TSB og LAR eller avvenning og nedtrapping. Slik behandling har en tidsramme på 3 måneder og kan gjentas 3 ganger – samlet tidsramme 12 mnd. Det anbefales samarbeid med spesialisthelsetjenesten og opprettelse av ansvarsgruppe. Helseforetaket dekker ikke kostnadene uten etter spesiell avtale.

Da LAR ble startet var ventetiden til dels svært lang, opptil 2 år. De lange ventetidene vakte bekymring – ikke minst fordi det var en betydelig overdødelighet i ventetiden. LAR i Oslo og SKR – Seksjon for klinisk rusmiddelforskning som var forløper for SERAF – gjorde derfor forsøk med tilbud om buprenorfin til pasienter på ventelisten (2). Erfaringene var positive og tilbudet ble fortsatt og utviklet til det som i dag er LASSO-prosjektet. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Velferdsetaten i Oslo kommune og Oslo universitetssykehus hvor sykehuset stiller med leger og medikamenter og kommunen med lokale, sykepleiere og andre ansatte. Pasientene kan komme direkte uten henvisning og få direkte vurdering av behandlingsbehov og rask oppstart på medisin. Pasienter på LASSO har ofte kontakt med ulike kommunale botiltak og andre kommunale tilbud slik som Uteseksjonen og NAV. Etter vurdering hos lege på LASSO kan de eventuelt starte opp stabilisering med et buprenorfin-preparat og senere søke LAR eller annen behandling om de ønsker dette. LASSO behandlet i perioden 2010 -2016 394 pasienter og 85,3 % ble vellykket trappet opp på suboxone og 68,1 % ble stabilisert i median 52 dager (3).

En annen modell for lavterskel LAR er utviklet i Bergen. Haukeland sykehus har en stor rusbehandlingsavdeling og LAR er i denne organisert i flere poliklinikker, hver med lege. Pasientene kan komme dit uten henvisning og legene i poliklinikkene gjør en vurdering av behandlingsrett og indikasjon som raskt kan bli godkjent i lokalt vurderingsteam. Kontakt med fastlege og NAV organiseres så snart mulig. Formelt starter pasienten derfor i LAR etter

regulær godkjenning men prosedyren er sterkt forenklet og noen ganger er rekkefølgen i søknads- og oppstarts prosessen til LAR tilpasset pasientens individuelle behov.

Ut over dette kan LAR også starte ved at pasienter i somatiske avdelinger behandles med opioider for ulike tilstander. Det samme kan skje ved landets akuttavdelinger i psykiatri. I alle disse tilfellene skal det sendes formell henvendelse til TSB om LAR, men også her kan prosedyrene for oppstart i LAR være forenklet. «Rusakutten» som er en krise- og avveningsavdeling i OUS kan også stabilisere pasienter med LAR-medisin før henvisning og inkludering i LAR.

Oslo har dessuten to andre tiltak som begge arbeider med direkte bevilgning fra statsbudsjettet. Dette er 24/7 som er en døgnbemannet enhet med krisesenger organisert gjennom Kirkens Bymisjon og Gatehospitalet som drives av Frelsesarmeen som et lite sykehus med senger, leger og sykepleiere. Begge disse tiltakene har egne budsjetter og kan starte opioid stabilisering i tråd med forskriftenes mulighet til stabiliserende opioid vedlikeholdsbehandling utenfor LAR. LAR må imidlertid søkes for lengre tids behandling og dersom helseforetaket skal dekke utgiftene til videre behandling.

UNDERSØKELSEN

Basert på oppdraget fra Helsedirektoratet for 2019 utarbeidet SERAF et enkelt skjema (vedlagt) med avkryssing for om LAR-tiltaket har lavterskeltilbud og om hvordan dette i så fall er utformet. Det var også flere svaralternativer for tiltak som ikke har slikt tilbud. Skjema er sendt til LAR-tiltaket i alle helseforetak. To foretak som har LAR organisert i poliklinikker, har fylt ut separat for hver poliklinikk. Antall svar er derfor noe høyere enn antall helseforetak.

SVAR

Det er kommet 23 svar fra LAR i 19 helseforetak. Et foretak henviste registreringen til saksbehandling i linje, dvs med forutsetning at direktoratet skulle sende spørsmålene til helseforetaket for saksbehandling. Et foretak svarte i brev form at de nye reglene for pakkeforløp forutsetter saksbehandling med formelle undersøkelser og diagnoser før behandlingstiltak slik at lavterskeloppstart er blitt umulig. Undersøkeren har fylt ut registreringskjema for begge disse tiltakene ut fra kjennskap til tiltakets praksis. Noen av skjemaene er fylt ut etter telefonisk intervju med tiltaksleder/koordinator.

FUNN

Tabell 1 viser en oversikt. Det er bare 3 tiltak i hele landet som har utviklet spesialisert lavterskel LAR modeller. Ett arbeider etter «Bergensmodellen» og ett etter «Oslo-modellen». Det er dessuten et tiltak som har et prosjekt som arbeider svært likt Bergensmodellen. Her er det planer om å utvide og tilpasse modellen til samarbeid med alle kommunene i opptaksområdet. Et tiltak beskriver at det har hatt samarbeid med en kommune om et «Oslo-liknende» tiltak i samarbeid med feltpleien i en by. Etter noen år ble tilgangen av nye

pasienter så liten at prosjektet ble nedlagt. Det ble antatt at man hadde inkludert den spesielle målgruppen av pasienter «vanskelige å nå». «Fokus er nå på hvorvidt man bør tenke LAR og igangsette dette på pasienter som legges inn til avrusning av opiater».

Tabell 1. Oversikt over svarene fra 19 helseforetak hvorav 2 har sendt separate svar for 3 ulike polikliniske enheter

	Ja -Har lavterskel LAR	Nei - Har ikke lavterskel LAR
Til sammen (alle)	3	16
Spesielle avtaler med kommuneoverleger o.l.	0	
Avtaler med ideelle/kommersielle tiltak	0	
«Oslo-modellen»	1	
«Bergensmodellen»	1	
«Annen utforming	1	
Standard LAR tilstrekkelig		16
Kommune + forenklet LAR»		8
Kommunal «LAR»		0
Legevakt og akuttavdeling		6
Annen årsak		2
Formelle vansker		0

Det lave antallet som har utviklet spesialiserte lavterskel modeller betyr ikke at det er ikke er behov for forenklet inngang i LAR. Funnet er at 16 tiltak vurderer at tilbudet gjennom ordinær og tilrettelagt LAR i dag har så tett og godt samarbeid med kommunene at det ikke er behov for noe særskilte «lavterskelmodell». Disse svarene faller i to hovedgrupper:

Ikke behov

8 oppgir ikke andre grunner enn lite behov. «Standard LAR når frem til alle aktuelle pasienter uten ventetid og terskel» I noen foretak – og særlig slike som har et opptaksområde med mange mindre kommuner og lange reiseruter mener at det simpelthen ikke er noe eget behov for annet enn ordinære prosedyrer. «Opplever at vi har rask tilgang og muligheter til å starte opp LAR....» «Relativt lavt befolkede områder og oversiktlige kommuner i vårt opptaksområde». Et annet tiltak svarer at «Et slikt tilbud er ikke vurdert hos oss da vi ikke opplever at det foreligger noe slikt behov. Vi er heller ikke kjent med at andre organisasjoner eller liknende har ytret noe ønske om det».

Noen spesielle tilpasninger

Et tiltak svarer at «alle henvendelser vurderes raskt og poliklinisk oppstart kan starte raskt i samarbeid med helseavdelingen i kommunen» «Vi har god kompetanse på å ivareta pasientgruppen «lavterskel», innenfor våre ordinære rammer. Slik vi forstår det lokale

behovet, også i samarbeid med fastlegene og kommunen, er det ikke behov for å etablere annet tilbud for «lavterskel LAR, enn det som allerede ivaretas i ordinær struktur».

Et annet beskriver at «I samarbeid med kommunene har vi ikke sett behovet for et eget lavterskel LAR. Vi er et desentralisert tiltak med stor geografisk spredning. Det forekommer at pas. som er til avgiftning i ARA blir vurdert for LAR og startet opp uten forutgående formell henvisning.

Et annet LAR-tiltak nyanserer situasjonen slik: Vi inngår av og til avtaler om individuell nedtrapping på forespørsel fra lege eller pasient med avtaler inntil 3 mnd 3 ggr. Har ikke sett behov for annet opplegg. Erfaringen er at nedtrappingen vanligvis mislykkes.

Andre beskriver spesielle vansker

Vi søker å være veldig fleksible i møtet med pasientene, og har noen ganger startet opp med medisinsk behandling uten at pasienten har vært vurdert til LAR. Når de så formelt søkes inn i LAR – har vi noen ganger opplevd at vurderingsteamet har gitt avslag». «Ved Ruspoliklinikken har vi tenkt at når en overlege har vurdert at LAR vil være riktig behandling og iverksatt den, så er henvisningen til vurderingsteam om LAR kun en proforma for å sikre riktig registrering i DIPS. Likevel har vi erfart at så ikke skjer i alle tilfellene». Retningslinjene for inntak og styring i spesialisthelsetjenesten kan altså skape vansker.

Behovet dekket av spesielle samarbeidsformer

7 har mer utfyllende begrunnelser og tiltaksmuligheter når pasientene er aktuelle for lavterskel eller hasteinkludering». Ett tiltak beskriver at: Vi jobber jevnlig med drøftinger og refleksjoner (sammen med kommunene) vdr. vårt arbeid med LAR – søker stadig å utvikle og tilpasse vårt tilbud slik at den passer til de ulike behovene i LAR.

Andre legger en hovedvekt på at det er godt samarbeid med kommunale instanser. LAR kan oppfylle behovet om direkte og planlagte inntak i samarbeid med vanlig henvisning og tilpasset saksbehandling i vurderingsteam: «Det er altså ingen særegne «lavterskel-LAR-tiltak... (Vi har tett kontakt med kommunene) og hastesaker prioriteres og behandlingen kan starte i løpet av en til få dager- enten ved hasteinkludering i LAR eller ved substituering utenfor LAR i samarbeid med kommune/fastlege. Der det er tungtveiende grunner til at oppstart bør skje under innleggelse, prøver man å få til en rask innleggelse ved Avrusningsenheten. LAR startes også av og til under innleggelse i psykiatriske eller somatiske avdelinger i helseforetaket.

Et annet beskriver at «har avtale med foretaket og kommuner i vårt opptaksområde at det er mulighet for lavterskel der det ikke nås frem med ordinært LAR. Fastleger forskriver da medikament og kommunehelsetjenesten administrerer. Helseforetaket dekker utgifter for medikament og bidrar med veiledning».

DISKUSJON

Denne rapporten dreier seg ikke om «hard-to-treat» pasienter eller om behandlingsvansker i LAR. Fokus er tiltak som sikter mot de det er vanskelig å nå med LAR bygget på vanlige rutiner i helsetjenesten. Slike «LAV-terskel-tiltak» er omtalt i flere reform- og styringsdokumenter som et viktig instrument i utviklingen av helsetjeneste for rusavhengige.

Denne rapporten viser at de mest kjente formene for lavterskel LAR som LASSO i Oslo og i Bergen, er tiltak som er relativt lite utbredt nasjonalt. Noen steder har de vært brukt men behovet har minket slik at de i alle fall ett sted er avviklet. Spesielle lav-terskel prosjekter sees i liten grad som en viktig satsning/prioritering.

Det ligger noen tunge økonomiske forhold bak fordi tiltakene ikke passer inn i arbeidsfordelingen mellom kommuner og helseforetak og fordi det mangler aksepterte rutiner tilpasset budsjettstyringen i helseforetakene. Foretakene styres stadig strammere og må balansere vedvarende budsjettkutt og rasjonaliseringskrav (2-% rutine) og skal ha egeninntjening basert på regelverket for refusjoner og kodeverk.

Enkelte foretak har tidligere samarbeidet med kommunale prosjekter men har avsluttet av slike grunner. Det hevdes at regelverket rundt «pakkeforløp» nå kan gjøre dette enda vanskeligere fordi denne styringen av behandlingen forutsetter omfattende undersøkelser og behandlingsplanlegging og med det økt grad av «byråkratisering» av inntaksprosessen. Dette kan det være vanskelig å tilpasse til lavterskemodellene. Foretakene må derfor i realiteten tilpasse en komplisert virkelighet til skjemaoppsett og ansvarsforhold på en slik måte at man ofte i realiteten tøyser regelverk og bestemmelser ganske langt – og kanskje bruker av sparsomme ressurser uten dekning i budsjettinstruksene.

Rapporten viser i tillegg at behovet for spesielle lavterskeltiltak nok varierer betydelig. Behovet er svært lite i små og lite urbaniserte kommuner som er kjennetegnet av betydelige geografiske avstander. Brukere vil der nesten alltid være kjente og helse- og sosialtjenesten når frem med vanlige rutiner og henvendelser – evt ved individbasert oppsøking.

I andre og noe større kommuner kan det virke som om behovet er vesentlig større. I kommuner med en sterk kommunal helse- og sosialtjeneste ser det ut til – forutsatt interesse, ressurser og et aktivt samarbeidsinnstillet helseforetak – at man kan nå frem til og tilpasse behandlingen uten særskilte tiltak. Det ser imidlertid også ut til at helseforetakenes aktive interesse og utvikling av tette samarbeidsforhold er av stor betydning. Dette gjelder fordi det er viktig å kunne arbeide uten fastlagte begrensinger bygget på formelle henvisningsrutiner. Her beskrives det at noen helseforetak har utviklet LAR med vekt på ambulant samarbeid hvor man kan inngå avtaler om at fastleger og kommunale leger kan starte opp LAR utenfor LAR i samarbeid med spesialisthelsetjeneste og også dekke medikamentkostnaden og gi veiledning. Disse arbeidsformene kan ikke dekkes av gjeldende refusjonsordninger og budsjett rutiner.

I andre – og særlig i større kommuner – er det uklart om slike mer uformelle samarbeidsformer når godt nok frem. Der hvor det er rusmiljøer med liten kontakt med helse- og sosialtjenesten, er det sannsynlig at behovene er underdekket.

Overdosedødsfallene skjer i store deler av landet, og det er sannsynlig at et bedre utviklet lav-terskeltilbud ville ha kunne ha redusert mortaliteten. Det er også en erfaring at en del brukere drifter mot bymiljøer som Oslo og Bergen hvor også hjelpen kanskje er enklere tilgjengelig.

Det er riktig å si at undersøkelsen avdekker et mangfold av arbeidsformer og tiltak som i stor grad avspeiler lokale muligheter og behov. Videre utvikling av lavterskeltiltaket bør derfor systematiseres i forhold til geografisk og demografisk mangfold og tilpasses variasjoner i behandlingsapparatet og erfart lokalt behov. Det er imidlertid også riktig å si at erfaringene i byer som Bergen og Oslo understreker behovet for at helseforetakene og kommunene samarbeider aktivt om modellarbeid og utviklingsarbeid og finner frem til rutiner for ansvarsdeling og ressursutnyttelse. Det er spesielt grunn til å understreke at lovverk og retningslinjer må tilpasses slik at bestemmelser om pakkeforløp og vurderingsteam ikke står i veien for utvikling av tiltak for tunge rusmiddelbrukere – «hard-to-reach».

Som avslutning kan det pekes på at viktige ideelle tiltak i Oslo som Gatehospitalet og 24/7 arbeider utenfor vanlige rutiner og bevilgninger med direkte statsbevilgning. De kan derfor gi viktig sosialmedisinsk og menneskelig hjelp uten å være bundet av de samme formelle rammene som helseforetakene må forholde seg til.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

Lav-terskel LAR i sin mest utviklete form er lite utbredt men behovet erkjennes de fleste steder. For at begrepet skal være nyttig i planlegging og tiltaksutvikling må modellen differensieres. Erfaringene kan systematiseres som nedenfor.

1. Spesifikke lavterskeltiltak for å lette inntak i LAR finnes bare i større byer og etterspørres i liten grad andre steder.
2. Noen tiltak har brukt dem i mindre byer men behovet har minket etter som målgruppene er nådd.
3. Det vurderes de fleste steder likevel som viktig at man kan tilpasse inntaksrutinene til akutte situasjoner og individer med spesielle vansker/behov.
4. De viktigste mulighetene er
 - a. tilpassete avtaler med krise- og avvenningsavdelinger, akuttavdelinger og somatiske avdelinger.
 - b. avtaler og rutiner knyttet til legevaktordninger
 - c. avtaler med enkelte leger, eventuelt kommuneoverleger, om oppstart i samarbeid med og forståelse med LAR
 - d. elastiske inntaksrutiner i LAR som tilpasses målgruppen når dette er nødvendig

- e. et løpende nært samarbeid med rustjenesten i sosialsektoren i kommunene
- f. så god kapasitet at LAR kan fylle behovene og tilpasse arbeidet, eventuelt ved ambulante tiltak.

De fleste tiltaksformene forutsetter spesielle tilpasninger i inntaksrutinene. Det gjelder i særlig kravene om tverrfaglig vurdering før behandling og kravene i bestemmelsene om pakkeforløp som forutsetter utarbeidete tiltaksplaner og bruk av koordinator.

Det er også vanskelig å møte de aktuelle behovene uten å bruke helseforetakets ressurser elastisk i samarbeid med kommunene uten å måtte se spesielt på inntjening og refusjonskrav.

Tiltaksformen kan trues av foretakenes innsparingskrav og medfølgende ressursvansker med prioritering av inntektsgivende aktiviteter.

Samlet viser undersøkelsen behov for en gjennomgang av premissene for og regelverket rundt lavterskeltjenester og en differensiering og tydeliggjøring av dette i helseforetakenes oppdragsdokumenter.

LITTERATUR

1. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioid avhengighet, Oslo: Helsedirektoratet, 08/2010
2. Krook, A. L., Brors, O., Dahlberg, J., Grouff, K., Magnus, P., Roysamb, E., & Waal, H. (2002). A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo, Norway. *Addiction*, 97(5), 533-542. Retrieved from PM:12033654
3. Henriksen K, Jacobsen J-A, Henriksen EM, Gomes L, Waal H & Krajci P. (2018) Tha Lasso Program in Oslo: Harm Reduction Using Buprenorphine-Naloxone (Subxone[®]) in a Low Threshold setting. *Eur Addict Res* 2018;24:286-292.

Vedlegg. Spørreskjema til LAR-tiltakene

HVILKE HELSEFORETAK HAR LAVERSKEL LAR-TILBUD?

HDir har ønsket en registrering av hvilke Helseforetak som har «lavterskeltilbud» til opioidavhengige.

Et lavterskel LAR-tilbud er et tilbud med forenklete søknadsprosedyrer og enklere/raskere tilgang til behandling sammenliknet med vanlig LAR. Det formelle grunnlaget finnes i bestemmelsene om legers rett til å forskrive opioider utenfor LAR ved opioid avhengighet, adgang til tidsavgrenset kriseintervensjon og avvenning i inntil 3 måneder, eventuelt gjentatt opptil 3 ganger.

SERAF ønsker gjennom denne undersøkelsen å etablere en nasjonal oversikt over slike tilbud og ber derfor Helseforetakene/LAR-tiltakene svare på nedenstående spørsmål.

Tiltakets navn

Helseforetak

Utfylt av:

Kontaktperson (e-post/mobil).....

1. Er det utviklet et lavterskel LAR-tilbud i helseforetaket?

Ja Nei

2. Hvis nei:

A. Det er ikke behov for et spesielt lavterskel-tilbud i spesialisthelsetjenesten i aktuelt område fordi:

(Det kan krysse for flere alternativer ved behov)

<input type="checkbox"/>	a. Standard LAR når frem til alle aktuelle pasienter uten ventetid og terskel
<input type="checkbox"/>	b. Vi har utviklet et effektivt samarbeid med kommunenes helse- og sosialtjeneste som har kontakt med alle aktuelle pasienter og tar initiativ ved behov for forenklet oppstart i LAR-tiltakets regi. (Standard LAR med mulighet for «fast-track ved behov»)
<input type="checkbox"/>	c. Aktuelle kommuner har oppsøkende virksomhet og andre sosiale tiltak med utpekte leger som starter LAR utenfor ordinær LAR når dette er nødvendig (Etablert mulighet for oppstart av opioid vedlikeholdsbehandling på kommunalt nivå)
<input type="checkbox"/>	d. Behovene betjenes tilfredsstillende av legevakt og akuttavdelinger som kan påbegynne stabilisering med LAR-medikament i forståelse med LAR. I etterkant og

	når det er aktuelt søkes LAR på vanlig måte.
<input type="checkbox"/>	e. Annen årsak. Beskriv kort:

B. Det er et udekket behov hos oss, men vi har ikke utviklet et lavterskeltilbud fordi

<input type="checkbox"/>	a. Vi mangler kapasitet og/eller ressurser
<input type="checkbox"/>	b. Annen årsak. Beskriv kort:

3. Ja, det er lavterskeltilbud i vårt område

(Det kan krysses for flere alternativer ved behov)

<input type="checkbox"/>	a. Vi har spesiell avtale med kommuneoverleger og utpekte leger slik at disse kan starte opioid stabilisering med dekning av medikamentene fra Helseforetaket.
<input type="checkbox"/>	b. Helseforetaket har avtale med ideelle eller kommersielle tiltak som tar imot pasienter uten LAR-søknad og starter LAR i samarbeid med helseforetaket.
<input type="checkbox"/>	c. LAR i helseforetaket har egne mottak som tar imot pasienter uten søknad og starter LAR etter egen vurdering av indikasjon og egnethet (Bergensmodellen)
<input type="checkbox"/>	d. LAR i helseforetaket har etablert samarbeid med kommunale tiltak slik at LAR-leger kan stabilisere opioidavhengige pasienter uten søknad om LAR og behandle dem inntil videre planer er avklart (Lasso-modellen).
<input type="checkbox"/>	e. Annen årsak. Beskriv kort:

4. Beskriv gjerne egne erfaringer, vurderinger og refleksjoner:

.....

.....