

# Høringsinnspill om LAR til «Rusbehandlingsutvalget» 12.05.26

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St Olavs hospital

Anja Vågen Fiskum, psykologspesialist og seksjonsleder LAR/poliklinikk

# Innledning

- Samlet innspill fra tverrfaglig sammensatt LAR-team i poliklinikken, overlegene i LAR (spesialister i rusmedisin), klinikkleder, samt tidligere seksjonsleder i poliklinikken
- Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St Olavs hospital mener dagens organisering av LAR og rusbehandling har flere strukturelle utfordringer som påvirker:
  - kvalitet i behandlingen
  - bærekraft i tjenestene
  - likeverdig tilgang på tvers av landet
- Vi ser først og fremst et behov for tydeligere ansvarsfordeling, klare føringer for samhandling, og en finansieringsmodell som sikrer et minimum av psykososial rehabilitering sammen med den medikamentelle behandlingen.

# 1. Uklar ansvarsdeling gir fragmenterte pasientforløp

**En hovedutfordring i dagens system er uklar ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten, kommune og fastlege.**

I praksis fører dette til:

- store lokale variasjoner i oppfølging
- usikkerhet om hvem som har ansvar
- at spesialisthelsetjenesten beholder pasienter lenger enn nødvendig
- risiko for at oppfølging “sklir ut” mellom nivåene

LAR er ofte langvarig eller livslang behandling, men organisert som spesialisthelsetjeneste uten tydelig struktur for nedtrapping i nivå

**Vi mener det trengs:**

- en tydelig nivådeling mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og fastlege
- klare kriterier for når pasienter kan overføres mellom nivåene
- forpliktende samarbeidsmodeller – ikke bare anbefalinger
- nasjonale minimumsstandarder for oppfølging
- Samhandling med apotek angående utlevering: ønskelig med forenkling i kommunikasjonen/sikker kommunikasjonskanal?

For stabile pasienter bør kommunen og fastlegen kunne ha hovedansvaret, mens spesialisthelsetjenesten må være lett tilgjengelig ved behov, for veiledning og eventuelt rehenvisning.

Spesialisthelsetjenesten bør ha hovedansvaret i komplekse saker, og ved medisinsk ustabilitet i behandlingen

# 2. Fastlegens rolle er underutnyttet og uklart definert

- Det er stor variasjon i hvordan fastleger involveres i LAR-forløp.
- Erfaringene våre er at mange fastleger ønsker å bidra, men trenger:
  - tydelige rammer
  - klare forventninger
  - enkel tilgang til spesialiststøtte
- Uten dette blir resultatet:
  - redusert kontinuitet
  - økt press på spesialisthelsetjenesten
  - ulik praksis mellom kommuner og innad i større kommuner
- **Våre forslag:**
  - nasjonale føringer for hva fastlegen kan beslutte selv
  - tydelige grenser for når LAR-lege skal involveres
  - obligatorisk opplæring og kurs
  - lav terskel for rådgivning fra spesialisthelsetjenesten, **gjør med insentiver som egne takster for veiledning**
- Ingen vesentlige endringer i behandling bør skje uten involvering av LAR-spesialist. Tolkning av LAR-retningslinjen bør være en spesialistoppgave, med tydelige føringer til hvordan førstelinjen skal følge det opp videre

# 3. Finansieringsmodellen er ikke bærekraftig

**I dag bærer helseforetakene hoveddelen av kostnadene til:**

- legemidler
- utlevering
- kontroll og oppfølging

Samtidig forventes kommunene å ta større ansvar uten tilsvarende finansiering.

**Dette skaper:**

- strukturell ubalanse – pasienter holdes i spesialisthelsetjenesten fordi man er usikker på om det er forsvarlig å overføre
- press på øvrige deler av TSB
- risiko for at LAR fortrenger andre behandlingstilbud

Dette blir enda viktigere dersom medikamentell behandling utvides til flere ruslidelser i fremtiden – for eksempel ved avhengighet til sentralstimulerende. Samtidig må man være oppmerksom på at medikamentell behandling av opioidavhengighet fortsatt bør prioriteres høyt på grunn av overdoserisiko.

**Vi mener det bør vurderes:**

- delt finansieringsansvar mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- alternativt en nasjonal eller øremerket finansieringsmodell
- finansieringsordninger som stimulerer samhandling og riktig nivå av oppfølging

Målet må være å sikre både bærekraft og likeverdig tilgang.

# 4. Risiko for medikalisering uten tilstrekkelig rehabilitering

- Vi ser en utvikling der flere får medikamentell behandling, samtidig som kapasiteten til rehabilitering og biopsykososial oppfølging ikke bygges ut tilsvarende.
- Konsekvensen kan bli at LAR i for stor grad blir en isolert medikamentell behandling.
- **Våre forslag:**
- LAR må fortsatt forstås som del av et helhetlig behandlingsløp.
- Vi anbefaler derfor:
  - tydeligere krav til samtidig rehabilitering både i kommune og spesialisthelsetjeneste
  - definisjon av forsvarlig minimumsoppfølging
  - at utvidelse av medikamentell behandling må følges av kapasitetsvekst i øvrige tiltak

# 5. Store variasjoner utfordrer likeverdig tilgang

- **Det er i dag betydelige forskjeller mellom kommuner og regioner når det gjelder:**
  - Oppfølging
  - Kontrollrutiner
  - Rehabiliteringstilbud
  - Bruk av vanedannende legemidler
  - Øvrig tolkning av LAR-retningslinjen
- Dette utfordrer prinsippet om likeverdige helsetjenester.
  
- **Våre forslag:**
  - nasjonale minimumsstandarder
  - bedre bruk av kvalitets- og registerdata, som KvaRus
  - mer systematisk sammenligning av praksis og resultater, for å se på hvilke praksiser som har best effekt