

MAR I NORGE

UTVIKLING, UTFORDRINGER OG PERSPEKTIVER

**Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av
nasjonalt kontaktmøte for MAR- regionene
Bergen 29-30 november 2002**

**Tone Gurrik, Wenche Haga, Reidar Hole,
Guri Spilhaug, Helge Waal**

INNHOOLD

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INNLEDNING | 3 |
| 2 | MAR I NORGE..... | 4 |
| 2.1 | Modellen | 4 |
| 2.2 | Utviklingen av MAR | 4 |
| 2.3 | Modellutvikling | 6 |
| 2.3.1 | Regional struktur | 6 |
| 2.3.2 | Søknadsprosedyrer og inntaksordninger | 6 |
| 2.3.3 | Kapasitet og ressursbruk | 7 |
| 2.3.4 | Praktisering av kriterier og inntaksordninger..... | 7 |
| 2.3.5 | Desentralisering/sentralisering | 7 |
| 2.3.6 | Fasemodell | 8 |
| 2.3.7 | Forståelse av rehabiliteringsmålet..... | 8 |
| 2.4 | Er vi på rett kurs? | 9 |
| 2.5 | Nyanserte mål innenfor medikamentassistert rehabilitering? | 9 |
| | SKADEREDUKSJONSPERSPEKTIVET | 11 |
| 2.6 | Endrete krav og forventninger | 11 |
| 2.7 | Lavterskelmodell? | 12 |
| 2.7.1 | Krise- og utredningsmodell | 12 |
| 2.7.2 | PLATA problematikken,..... | 13 |
| 3 | ORGANISERINGEN AV HELSETJENESTEN..... | 14 |
| 3.1 | Utviklingen i behandlingsapparatet | 14 |
| 3.2 | Rusreformene | 14 |
| 3.3 | Nivåplassering | 15 |
| 3.4 | Bevilgning og ressursstyring | 15 |
| 3.5 | Organisering - foretak | 16 |
| 3.6 | Reviderte retningslinjer og rundskriv? | 16 |
| 4 | VEDLEGG I : MAR I DE ULIKE REGIONENE..... | 17 |
| 4.1 | Helseregion øst | 17 |
| 4.1.1 | Søknadsbehandling..... | 17 |
| 4.1.2 | Sentraliseringsgrad | 17 |
| 4.1.3 | Venteliste..... | 19 |
| 4.2 | Helseregion Sør | 19 |
| 4.2.1 | Søknadsbehandling..... | 20 |
| 4.2.2 | Venteliste og kapasitet | 20 |
| 4.3 | Region Vest | 21 |
| 4.3.1 | Søknadsbehandlingen..... | 21 |
| 4.3.2 | Ventelister og kapasitet | 22 |
| 4.4 | Region Midt- og Nord-Norge | 22 |
| 4.4.1 | Søknadsbehandlingen..... | 23 |
| 4.4.2 | Kapasitet og ventelister | 23 |
| 5 | VEDLEGG II. UTSKRIVNINGSKRITERIENE | 24 |
| 5.1 | Forståelse og praksis | 24 |
| 5.2 | Retningslinjer for prosedyrer ved utskrivningsbeslutning | 25 |
| 5.3 | Klageadgang | 25 |

1 INNLEDNING

Nasjonalt møte for regionale sentre og tiltak besluttet på møte i Trondheim 30.08.02 å nedsette en plangruppe for et notat som skal legges til grunn for videre drøftinger og utviklingsarbeid. Mandatet slik det var utformet i referatet, legger vesentlig vekt på videre mandat for gruppen og på tanker om utviklingen i MAR i Norge. Notatet skulle legges frem på neste nasjonale møte.

Plangruppen har bestått av:

- Tone Gurrik, leder LAR-Vestfold (Region Sør)
- Wenche Haga, klinikkjef Metadonklinikken Bergensklinikkene (Region Vest)
- Reidar Hole, leder MARiT (Region Midt og Nord)
- Guri Spilhaug, avdelingsoverlege MARIO (Region Øst)
- Helge Waal, professor, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer (UiO)

Det er gjennomført to møter. Plangruppen har tatt utgangspunkt i en tydeliggjøring av den grunnleggende modellen og deretter utarbeidet beskrivelse av regionenes utvikling og erfaringer innenfor eksisterende retningslinjer. Disse beskrivelsene er samlet i vedlegg. Forskjeller er forsøkt tydeliggjort i en modellbeskrivelse og føres frem til påpekning av områder hvor det kan være behov for å endringer eller for arbeid mot samling om felles praksis. Det er utført en pilotstudie for å bygge opp årlig statusundersøkelser. Resultatene fra denne er i noen grad trukket inn, i særlig grad i tydeliggjøring av områder som bør prioriteres i videre forskning og evaluering.

Notatet reiser spørsmålet om forholdet mellom MAR og skadereduksjonsbegrepet. Noen mulige modeller for dette legges frem. Her er det imidlertid klar uenighet mellom sentrene og notatet skal ikke forstås som forslag på dette området.

Videre påpeker notatet at utviklingen i tiltaksapparatet og forslåtte rusreformer har konsekvenser for MAR. Her fremmes det forslag om tilrådinger til sentraladministrasjonen. Disse har tilslutning i nasjonalt møte.

Notatet ble drøftet i nasjonalt møte i Bergen 28-29/11-02. Drøftingene viste behov for flere justeringer og noen substansielle endringer. Det ble gitt åpning for videre justeringer ved innsending av skriftlige kommentarer innen en tidsfrist på vel en uke, men det sentrale innholdet i notatet skulle legges til grunn for endelig utgave. Notatet med endringer ble så vedtatt som grunnlag for det videre planarbeidet i regionale sentre og tiltak. Det ble dessuten vedtatt at notat skal sendes til sentraladministrasjonen til bruk i arbeidet med reformer og retningslinjer innen rusfeltet. Det understrekes at det foreligger uenighet på enkelte områder, spesielt tydelig når det gjelder skadereduksjonsperspektivet. Teksten er utformet for vise de ulike synene som gjør seg gjeldende. Det er ikke vedtatt videre oppgaver for plangruppen.

Møtet drøftet dessuten praksis for utskrivninger fra MAR i de ulike regionene. Det ble vedtatt en beskrivelse med forslag som bør vektlegges i endringer av forskriften for MAR. Dette er lagt til notatet som vedlegg.

2 MAR I NORGE

2.1 Modellen

Det overordnede målet er rehabilitering. Full rehabilitering innebærer en livsførsel uten rusbruk, ordnede livsforhold utenfor rusmiljøene, akseptabel livskvalitet og hjelp eller behandling for sosiale, psykiske og somatiske problemer, eventuelt også yrkesmessig rehabilitering.

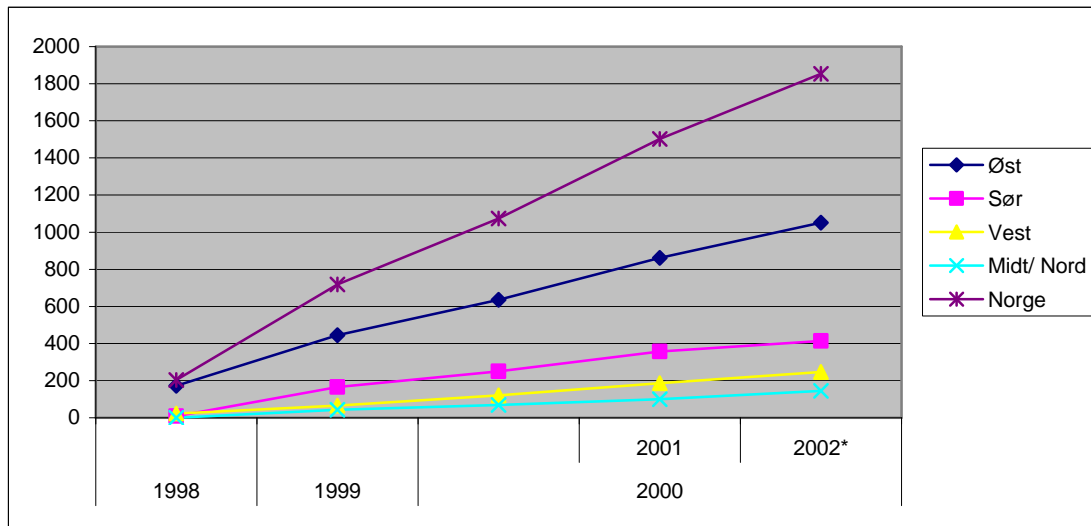
Forutsetninger for dagens MAR-modell er bl.a.:

- Tilbudet skal ikke fortrenge tilbudet om abstinensorientert behandling.
- Ressursene skal komme som tilleggsbevilgninger fra staten.
- Motivasjonen for abstinensorientert behandling skal ikke undergraves.
- Målgruppen er avgrenset til de som er dyptgående opiatavhengige som har gjennomgått behandling i rimelig grad slik at de realistisk sett ikke vil ha nytte av behandling som sikter mot fravær av/frihet fra avhengighetskapende medikamenter..
- Behandlingen er lagt opp krav til avrusing før oppstart, personlig kontrakt med målsetting og tiltaksplan, kontrollert utlevering og behandlingsoppfølging med hyppige urinkontroller. Med økende mestring og stabilitet forutsettes minskende kontroll og overføring av behandlingen til fastlege.
- Tilbudet er organisert som lokalbasert opplegg i form av tiltaksplan forankret i sosialsenter og helsetjeneste hos fastlege mens bruken av metadon eller Subutex godkjennes og betales av regionalt senter eller tiltak i regionen med godkjent myndighet. I praksis er dette utformet med grad av desentralisering og sentral oppfølging tilpasset lokale og regionale muligheter og tradisjoner.
- Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer med spesifikke kriterier for behandlingen og beskrivelse av ansvarsforhold og forankring i tiltaksapparatet og lovverket. Lov om sosiale tjenester er lagt til grunn for rehabiliteringsopplegget mens øvrig lovverk er aktuelle i delaspekter. Retningslinjene er fulgt av spesielle utleveringsbestemmelser i legemiddelloven.

2.2 Utviklingen av MAR

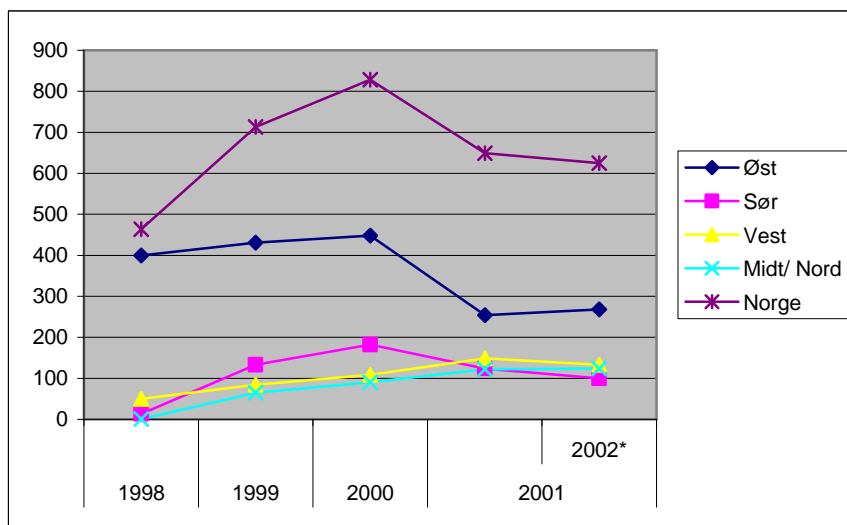
I 1997 var MAR begrenset til to prosjekt i Oslo. De regionale strukturene ble etablert i løpet av 1998. Ved slutten av dette året var det 204 i behandling, derav 173 i Oslo. Siden har utviklingen vært rask slik at det pr 31.8.02 var 1853 pasienter i behandling, derav 1050 i Helseregion Øst, 413 i region Sør, 246 i region vest og 144 i region Midt og Nord. Figur 1 gir en oversikt over utviklingen. Vi ser at det har vært en rask utvikling i alle regioner. Fylkesoversikt viser pr 2002 at det er pasienter fra alle fylker. Det kan derfor slås fast at modellen er tatt i bruk over hele landet. Tilbudet er blitt landsdekkende i tråd med Stortingets intensjoner..

Figur 1. Antallet pasienter i MAR i Norge og i de ulike regionene pr 31.12 siden 1998. * Oppgaven for 2002 gjelder pr 31.8.



Kapasiteten er imidlertid et problem. Opprinnelig ble tilbudet i Norge planlagt med en kapasitet på 600 pasienter. Det ble antatt at vi hadde 5-8000 misbrukere med tunge problemer, men også at mange av disse hadde blandingsmisbruk uten tydelig opioid dominans eller andre grunner ikke ville være aktuelle. Siden har antallet med tungt sprøytet dominert rusbruk i landet økt til et nivå anslått til 10000-14500. I dette bruksmønsteret er heroinbruken blitt stadig mer dominerende. På tross av kapasitetsutvidelse har ventelistene økt fra 464 i 1998 til 560 pr 31.8.02. Bak dette tallet ligger en reduksjon fra 400 til 207 i Helseregion Øst og en vekst fra 13 i 1998 til 100 i region Sør, fra 50 til 131 i Vest og fra 1 til 122 i Midt/Nord. Størst antall var det imidlertid i 2000 da 828 ventet pr 31.12. Antallet i venteposisjon er altså redusert siste år, men dette skyldes i stor grad en opprydding av søkerlisten i Oslo mens det er økning i andre regioner. Fra 2001 til 2002 er det liten endring på tross av en erklært overordnet politisk forventning om at ventelistene skal bort. Det er i tillegg grunn til å påpeke at det foreligger uoffisielle ventelister i sosialsentre som ikke saksbehandler søknadene slik at de blir innsendt. Det er i tillegg pasienter som ikke kommer i søkerposisjon av individuelle grunner.

Figur 2 Antall i ventesituasjon (søker- og venteliste)



2.3 Modellutvikling

Som det vil ses av vedlegget, er det i dag betydelig forskjeller mellom regionene. Dette gjelder grad av sentralisering/desentralisering, grad av struktur og kontroll før oppstart og under behandlingen og forhold til pasienter som ikke når de ideelle målsettinger. Til en viss grad foreligger det en polaritet mellom Helseregion Midt-Nord og Helseregion Øst, særlig Oslo. Den første har høyere vekt på struktur, krav til aktiv rehabilitering og tett oppfølging med utskrivning ved utilstrekkelig behandlingsresultat på et strengere nivå enn i Oslo. Oslo (MARIO) har i større grad akseptert skadereduksjonsperspektivet. Når det gjelder sentralisering, representerer fylkene i Helseregion Øst sammen med Trefylkesamarbeidet en ytterpol med full desentralisering av behandlingen til lokale leger i samarbeid med sosialsentre innenfor en ramme av godkjenning fra og oppfølging gjennom spesialiserte fylkesteam eller sektoriserte rusteam. Det andre ytterpunktet er igjen Oslo hvor tre av avdelingen arbeider som spesialiserte sentre som også har metadonutlevering og tar urinkontroller. Dette gjelder ikke avdelingen for somatisk syke pasienter (MARS). Det er dessuten etablert en egen modell for desentralisert ansvar (MAR X).

I det følgende vil vi gå gjennom de viktigste områdene. Der hvor pilotstudien for årlig statusundersøkelse kan si noe om forskjellene, vil vi vise til dette som behov for videre undersøkelser.

2.3.1 Regional struktur

Her synes utviklingen å gå klart i retning av fylkesorganisering med forankring i fylkeskommunal rustjeneste. Unntaket er region Midt- og Nord hvor regionsentermodellen fortsatt er tydelig. I Region Øst er det også et regionalt senter, men fylkene rundt arbeider i økende grad selvstendig. Dette fører mot spørsmål om ressursfordeling og inntaksmyndighet. Slike forhold bør vurderes under overføring til regionale helseforetak.

Utviklingen aktualiserer også spørsmålet om MAR som 2. eller 3.dje linjetiltak. Arbeidsformen minner mye om samarbeidet mellom psykiatrisk spesialisttjeneste og lokal/kommunalt tjenesteapparat. Dette reiser spørsmål om tettere innarbeiding av MAR i den ordinære rustjenesten som spesialisttjeneste.

2.3.2 Søknadsprosedyrer og inntaksordninger

De regionene og fylkene som legger vesentlig vekt på kvalitetssikring gjennom samarbeid kommunalt nivå og regionsenter eller fylkeskommunal rustjeneste synes å oppnå høyest kvalitet og god start i behandlingen (pilotstudien). Der hvor sentrene i stor grad har akseptert søknader direkte som det i starten ble gjort i Oslo, har situasjonen vært vanskelig og har gitt behov for innstramming. Mange søknader er sendt i retur eller trukket.

To av regionene har spesielle inntaksorganer med deltakelse fra eksternt ansatte fagpersoner og fylkeskommunal spesialisttjeneste. Dette er en mer legalistisk/byråkratisk beslutningsprosedyrer som er egnet ved klare kriterier. Kriteriene og vurderingene er i dag blitt skjønnsbaserte og inntaksmyndighet er lagt til de utpekte sentre/tiltak. Berettigelsen av slike organer må derfor bygge på at de bedømmes nyttige for å sikre faglig kvalitet på avgjørelsene eller på at fagfolkene gjennom tilknytting til kommunale og/eller fylkeskommunale organer øker forvaltningens medansvar og medvirkning i MAR.

2.3.3 Kapasitet og ressursbruk

Det synes gjennomgående å være kort ventetid i fylker med små bykommuner og landkommuner når disse har en velfungerende sosialtjeneste og et etablert samarbeid med lokale leger. Lang tid frem til inntak er først og fremst et problem i større bykommuner og byer som ofte har kapasitetsproblemer i sin sosialsektor. I enkelte områder er dessuten pågangen av søkere stor. Kapasiteten hemmes i tillegg av vansker med å rekruttere egnete leger, med kapasiteten i sentrene og til prosedyrene knyttet til oppstart (avvenning/avgifting og kvalitetssikring av søknader).

Et spesielt problem er uformelle ventelister i kommunene. I flere regioner er det til dels lang ventetid før sosialtjenesten behandler søknaden. Det kan også tenkes at en del potensielle søkere ikke når frem til å utforme en søknad i samarbeid med sosialtjenestene. Samlet er kommunal ressursituasjon klart et sentralt satsningsområde.

I noen områder er det satset på fylkesregional rustjeneste uten at denne er styrket med statlige ressurser. Dette gjelder spesielt i Region Øst hvor den statlige satsningen er samlet i Oslo med konsultativ, opplæring og informasjonstjenester i de andre fylkene. Det er naturlig å peke på at videre ressursstyrking bør skje på fylkesregionalt nivå. I Oslo peker bydelene seg særlig ut som viktige.

2.3.4 Praktisering av kriterier og inntaksordninger.

Region Vest og Region Midt/Nord har en noe høyere andel avslag mens det i Oslo er en svært høy andel søknader som er trukket eller sendt i retur på grunn av manglende opplysninger. Det er mulig at øst og sør har høyere andel søkere med langvarig misbruk og flere behandlingsforsøk. Det kan dessuten være vanskelig å ta stilling til hvor lenge misbruk har vært opiattdominert og hvor dyp avhengighet som er til stede. Her kan det være ulike krav til dokumentasjon for vurderingene. Det er også reist spørsmål om enkelte kan komme med i behandlingen uten sikker opioid avhengighet. Det bør derfor rettes søkelys på rutiner for og krav til dokumentasjon av avhengighetsgrad og lengde.

Gjennom de årlige kontaktmøtene er det lagt mye arbeid i å harmonisere vurderingen og den grunnleggende forståelsen synes felles. Gjennomgående praktiseres kravene til behandling strengere dess yngre søkerne er, men det er også en viss ulikhet slik at Sør og Øst kanskje aksepterer mindre krav til behandling enn de to andre regionene. Så lenge grunnlaget er skjønnsbasert er det bare løpende samarbeid og dialog som kan øke graden av likhet i vurderingene.

2.3.5 Desentralisering/sentralisering

Utviklingen synes i alle regioner å gå mot økt desentralisering. På landsbasis viste pilotstudien at 58 % av forskrivningen skjedde av leger i MAR-tiltak, 30 % av urinprøvene ble avlagt i tiltakene. 13 % av pasienten fikk sin medisin utlevert i tiltak. Regionbeskrivelsen viser imidlertid at det er betydelig forskjeller. Dette gjelder også den aktive oppfølgingen av den enkelte pasient. Alle bruker ansvarsgruppemodellen, men det regionale nivåets deltakelse i og oppfølging av den enkelte gruppe varierer.

Utviklingen mot hovedvekt på desentralisert praksis er kommet særlig langt i Trefylkesamarbeidet og i fylkene utenfor Oslo i Region Øst. Men også i de andre områdene går det mot at regionsentrene/tiltakene får mer avgrenset rolle. I Region Midt- og Nord-Norge er det særlig lange avstander og mange små kommuner. Det understrekes at senteret skal har

faglige styring og aktiv veiledning og oppfølging i alle ansvarsgrupper og overfor den enkelte lege i en to-årsperiode. Senteret bevarer altså en sentral rolle også i et desentralisert system.

2.3.6 Fasemodell

MAR-modellen var opprinnelig basert på langvarig behandlingsansvar i regionale sentre og tiltak. Dette medførte noen steder slik som særlig i Oslo, opphopning i sentrene og begrensning i kapasiteten. Men også andre steder er det opplevd vansker ved at ansvaret beholdes sentralisert over lang tid.

Flere sentre og tiltak utvikler på denne bakgrunnen fasemodeller. Det regionale tiltaket leder behandling og rehabilitering i en tidsavgrenset periode i senterledet. Deretter videreføres - ”utskrives” til førstelinjeansvar. Oslo har fått politisk pålegg om å arbeide med ansvar for en ett-årsfase av opptrapping og stabilisering med overføring til bydeler. Det vanlige ellers er å arbeide med en to-årsfase for behandling til tilstrekkelig stabilitet.

I noen områder slik som i fylkene rundt Oslo og i Trefylkesamarbeidet er primæransvaret fra starten av lagt til kommunalt nivå med behandling bygget på lokal lege som MAR-lege og fastlege og sosialtjenesten som ansvarlig for rehabiliteringen. Oppfølging skjer enten gjennom ordinær rustjeneste eller MAR-team i fylket.

Desentraliseringen reiser et videreføringsdilemma fordi de som har størst problemer er de som trenger lengst oppfølging. En risikerer derfor ved desentralisering at spesialisert tjeneste mister kontakten med de som trenger den mest.

2.3.7 Forståelse av rehabiliteringsmålet

Rehabiliteringsmålet er definert som rusfrihet og utvikling av livssituasjon utenfor rusmiljøene med tilfresstillende livskvalitet. Dette gjelder utfoldelse med eventuell inntektsbringende arbeid og eller meningsfull aktivitet og det gjelder meningsfull fritid og gode nok kontaktforhold.

Målsettingen gjelder fortsatt i alle regioner men den praktiseres ikke likt. Region Midt- og Nord-Norge fokuserer mest på dette som konkret målsetting men man i Region Øst og derav spesielt i Oslo, delvis i Vest utvikler aksept av måloppnåelse uten full rusmestring og med mer marginal sosial tilpasning. I andre regioner skjer dette knyttet til vurderinger av enkeltindivider.

Pilotstudien peker i samsvar med dette mot at det er ulik grad av måloppnåelse i forhold til rusmestring og fravær av opioidpositive prøver. Her peker Midt- og Nord-Norge og enkelte fylker i Region Øst seg ut med særlig høy måloppnåelse. Det er åpenbart behov for å undersøke holdbarheten i forkjellende og utforske grunnene til de forskjellene som viser seg reelle. I Region Midt- og Nord-Norge mener man mer enn andre å vektlegge en modell hvor klienten skal styre sitt eget rehabiliteringsbehov med vekt på god dialog og forpliktende samarbeid. Rus skal forstås som kriser som krever ”analyse” og ”drøfting/tiltak”. Men mener videre at man har funnet frem til en arbeidsform hvor MAR-enheten verken er for dominerende eller for fraværende med en adekvat kvalitetssikring ved inntak og utskrivning. Det er behov for nærmere vurdering av om denne beskrivelsen viser til systematiske forskjeller mellom MARIT og andre tiltak og om dette i så fall samvarierer med ulikheter i resultater.

2.4 Er vi på rett kurs?

MAR-systemet ble planlagt med mål om tilbud til ca 600 personer og forutsetning om at det enkelte senter skulle arbeide aktivt klientrettet. Denne modellen er i dag tydeligst i MARIT, evt også i MARIA. Desentraliseringen er tydeligst i Trefylkesamarbeidet og i Oslo-regionen utenom Oslo. I Oslo er det i dag krav om tidsavgrensning i sentret og overføring av behandlingsoppgaver til bydelene.

I alle regioner bør den sentrale høy-terskelmodellen bevares og kvalitetsutformes. Det synes å være en generell erfaring at den er velegnet i de fleste norske kommuner og at en høy andel av pasientene profiterer på den. En sannsynlig videreutvikling vil kunne gå gjennom integrasjon med annen kvalifisert rustjeneste.

Men dersom en skal opprettholde den nåværende modellen, forutsetter dette en vesentlig styrking av regionale tiltak. MAR er et meget godt tilbud gitt at intensjonene i retningslinjene følges opp. Dette forutsetter tilfredsstillende bolig og samlet og koordinert oppfølging fra sosialtjenesten, fastlegen, andre kommunale instanser, spesialisttjenster og MAR-enhet. Økte krav om tilgjengelighet og kapasitet kan true dette systemet. Det bør derfor synliggjøres at MAR i sin grunnstruktur er et såkalt høyterskeltilbud hvor det er riktig og nødvendig å ha en god nok planleggingstid, ofte på 3-6 mnd. Til gjengjeld synes dette å gi bedret rehabilitering.

Økt kapasitet må ta hensyn til at

- de fleste fastleger i dag har begrenset rusfaglig kompetanse
- sosialtjenesten må styrkes fordi rehabiliteringsarbeidet i kommunene er avgjørende
- vurderingskompetansen må sikres på spesialistnivå med tverrfaglig utredning og diagnostikk

De regionale tiltakene vil på lang sikt være nødvendig for å sikre adekvat utredning og systematikk i behandlingen. Krisehåndtering bør dessuten skje i regi av spesialkompetanse.

2.5 Nyanserte mål innenfor medikamentassistert rehabilitering?

Den grunnleggende målsettingen er at den rehabiliterte pasient overføres til videre lokal oppfølging integrert i fastlegens arbeidsoppgaver og sosialtjenestens rådgivningsoppgaver. For store deler av landet oppleves denne målsettingen som tilstrekkelig og mulig å oppnå i et langsiktig perspektiv. I Oslo bedømmer at det kan være nødvendig å akseptere undergrupper med mindre ambisjoner for enkelte som har vært lenge i behandling og å nyansere prosedyrene for enkelte som ikke trenger hele rehabiliteringsstrukturen.

Gruppe 1. Dette er pasienter hvor Oslo-senteret bedømmer at målsettingen er urealistisk. På tross av krisebearbeiding, gjentatte kursendringer og eventuell utskrivning med reinntak, stopper utviklingen opp. Poenget er at pasienten har en klart forbedret livskvalitet men ikke så god ruskontroll som forventet. De har redusert rusinntak, bedret kontroll, bedret livskvalitet men fortsatt rusproblemer og livsvansker. Betydelige ressurser går med til urinkontroller og avklaringsmøter uten at dette fører til endring. Når behandlingen avsluttes, har dette destruktive konsekvenser for den enkelte og fører til kriser i sosialtjenesten. Når behandlingen gjenopptas, uteblir tilstrekkelig bedring. MARIO ønsker derfor en modell med aksept for måloppnåelse uten full rehabilitering. En slik modell bør ta sikte på å bevare funksjonsbedring med mindre ressursinnsats og samtidig gjøre det mulig at så vel pasienter som behandlere kan oppleve aksept for en realistisk mestringsgrad. En utvanning av høyterskel MAR-tilbud bør imidlertid unngås fordi dette kan bidra til at færre klarer rehabiliteringen innenfor MAR.

En slik modell prøves i dag ut i en av avdelingene i MARIO, MAR-Bygdøy allé. Denne tar sikte på at oppnådd funksjonsnivå aksepteres slik at behandlingen går over fra endrende til vedlikeholdende målsetting. Kontrollen nedtones mens frihetsgraden tilpasses funksjonen. Etter MAR BA-modellen kan de best fungerende overføres til bydel og ha utlevering i apotek. De dårligst fungerende må følges opp fra avdelingen. En slik modell må skilles tydelig ut med en egen betegnelse, f. eks medikamentassistert oppfølging/omsorg (MAO).

Gruppe 2. Ikke alle pasienter ønsker flerårig behandling. Det er heller ikke alle som trenger en sosial rehabilitering eller nettverksarbeid fordi de har en god funksjon tross pågående misbruk og et bevart sosialt tilpasset nettverk. For en slik gruppe vil full søknadsprosedyre og venteliste før oppstart kunne være lite ressursøkonomisk og i en del tilfelle ha destruktive konsekvenser. Spørsmålet er derfor om et det er riktig å utvikle en modell hvor bruken av agonister kan integreres i den ordinære rustjenestens (psykiatriske ungdomsteam, ruspoliklinikker) i en tidsavgrenset periode.

Universitetsseksjonen i MARIO leder et multisenterprosjekt for å evaluere dette spørsmålet. De foreløpige erfaringene er interessante men det er for tidlig å trekke konklusjoner. Det foreligger imidlertid et betydelig politisk press på utvikling av modell etter slike retningslinjer.

Drøftingene av disse modellene viser at det er betydelige regionale forskjeller. Dette gjelder særlig modellen for redusert målsetting. I Helseregion Vest, særlig i Bergensregionen er behovet opplevd som reelt. I Helseregion Midt- og Nord-Norge og i Region Sør mener en at problemet i all hovedsak bør løses ved styrket innsats og mer strukturert rehabilitering. Erfaringen er i disse områdene at dette kan løse de aller fleste sakene slik at unntakene blir sjeldne enkelttilfeller som ikke bør skilles ut som egen modell. Det bedømmes at aksept for målsetting uten full rehabilitering vil kunne føre til minsket motivasjon hos de som har store problemer og at dette kan være en trussel mot flere enn det kan gagne.

Også når det gjelder gruppe 2 med forslag om lavere krav til inntaksprosedyrer og kontrakter, er det usikkerhet, særlig i de to beskrevne regionene. Det er enighet om at enkelte med god funksjon kan integreres mindre formelt, men dette kan gjøres ved forenklet saksgang etter kontakt med sosialsenteret. Dersom en frafaller krav til prosedyrene, vil dette kunne minske mulighetene til å kontrollere lite faglig kvoteforskrivning fra leger. Når det gjelder universitetsprosjektet ønsker en å avvente resultatene.

SKADEREDUKSJONSPERSPEKTIVET

2.6 Endrete krav og forventninger

Da MAR-modellen ble utviklet, ble denne satt eksplisitt opp som en motsetning til skadereduksjon. Målsettingen skulle være rehabilitering og ikke primært å minske samfunnsproblemene eller redusere antallet overdoser eller sykdomsrisiko.

Det er ikke lenger full enighet om dette. Media og det politiske miljø synes i betydelig grad å kreve tilgjengelighet av behandling som en primær målsetting. Noe av årsaken ligger i svært høye overdosetall. Det er dessuten kommet mediaoppslag med fremstilling av sykkelighet og elendighet i miljøet rundt Sentralbanestasjonen i Oslo (Plata) og hos enkeltindivider. Erfaringene i land har hvor det er en høy andel i behandling og mindre krav til målsetting og innhold trekkes også ofte frem.

Slike forhold gjør at begrepet ”skadereduksjon” har fått betydelig gjennomslag som målsetting i offentligheten. Det sentrale innholdet i dette begrepet er at reduksjonen av skade ved pågående rusbruk skal overordnes et eventuelt sekundært mål om rehabilitering og rusfrihet. Også rusbrukere som ikke mestrer inntaksprosedyrene og de som ikke ønsker rusfrihet og rehabilitering, er i dette perspektivet målgrupper for bruk av metadon/buprenorfin. Det kreves at ventelistene skal avvikles og at en skal akseptere andre mål en rehabilitering til rusfrihet og sosialt tilpasset livsform. Slike forhold krever avklaring i forhold til arbeidsformer og behandlingsopplegg.

I følge beregningene har vi i dag i Norge mellom 10000 og 14500 rusbrukere med et heroindominert sprøytemisbruk. Dette er vesentlig mer enn det ble beregnet da MAR i Norge ble planlagt. Tiltaksbehovet i forhold til antall overdoser, forverring av helseproblemer og økte sosiale vansker er tilsvarende større.

Følgende vansker ved den nåværende modellen hemmer om en vil løse disse problemene:

- Den forutsetter en fungerende sosialtjeneste som tar på seg oppgavene også for dårlig fungerende klienter.
- Den forutsetter at rusbrukeren har mental og fysisk kapasitet til å oppsøke sosialtjenesten og samarbeide med denne i en utredningsperiode.
- Den er lite velegnet i forhold til uoversiktlige klientgrupper i rusmiljøer med liten eller moderat kontakt med helse- og sosialapparatet.
- Den er lite velegnet der hvor politiet eller andre instanser har behov for å kunne henvise en klient/bringe en klient.
- Den stiller krav som en del klienter ikke vil gå med på (kontroll, rehabiliteringsmålsetting osv)

På tross av disse vanskene er det viktig å understrekes at forholdene i Norge ligger til rette for at en godt nok utbygget MAR-modell kan redusere behovet for skadereduksjon vesentlig. Ved god nok kapasitet i kommunal sosial- og helsetjeneste og i oppfølgende spesialisttjeneste, vil mange flere kunne hjelpes på en konstruktiv måte. Dette forutsetter både utbygging og

integrering i rustjenesten og helsevesenet slik at dette kan møte problemet i de mer kritiske fasene.

Til syvende og sist er det likevel en gruppe av uklar størrelse som ikke passer inn/kan nyttiggjøre seg en høyterskel-modell med rehabiliteringsmålsetting. Det er ikke trukket noen felles konklusjon på dette området, men er likevel enighet om at situasjonen for eksempel i Oslo-regionen kan gjøre det viktig å utvikle et lavterskel helsetilbud, eventuelt med adgang til medikamentstøtte (metadon eller buprenorfin) i behandlingen.

2.7 Lavterskelmodell?

Begrepet lavterskelmodell brukes ofte med uklart innhold. Det stammer fra Nederland hvor en ønsket å nå marginalisert grupper i naboskap som ikke aksepterte opprettelsen av vanlige sentre. Man opprettet derfor en mobil modell for utlevering av metadon.

Det sentral i begrepet lav terskel er at tiltaket skal gi så lett tilgang til metadonbehandling som mulig. Det skal være medisinsk ansvarlige forhold og så god sikring mot lekkasje av medikamentet som mulig, men eller ingen hindringer for den enkelte. Kontrakter, krav til motivasjon, villighet til samarbeid, formalia gjennom søknader og forhåndsvurderinger skal holdes på et absolutt minimum slik at ingen skal ”snuble i noen terskel”. Tiden frem til oppstart av behandling skal være så kort som mulig med tidsramme ”dager”, maksimalt ”uker”.

Det er viktig å holde klart at siktemålet for slike tiltak ikke i første og kanskje ikke annen omgang er rehabilitering. Målet er kontakt med klienten, mulighet for å engasjere vedkommende i langsiktig arbeid, reduksjon av fare for mortalitet og morbiditet samt reduksjon av kriminalitet og andre sosiale vansker.

Det er ikke det samme som den nyansering av MAR-modellen som ble skissert som nyansering. Her tar en sikte på å utvikle videreføringsmåter for pasienter i stedet for å avslutte behandlingen når resultatet ikke er så godt som forutsatt. Dette kan sees på som en måte å heve terskelen for behandlingsavslutning, ikke å redusere den.

En lavterskelmodell vil i hvert land måtte utvikles i forhold til nasjonale og lokale tradisjoner og den virkelighet. Nedenfor er det skissert to modeller som kan være aktuelle i Norge.

2.7.1 Krise- og utredningsmodell

Fysisk og psykisk svært dårlige søkere som vanskelig makter å komme i posisjon for MAR finnes i alle regioner. MAR har synliggjort en gruppe som tidligere har hatt marginal kontakt med hjelpeapparatet men samtidig oppleves det i alle fall i Oslo at det er en gruppe av disse hvor rehabilitering i vanlig forstand ikke alltid er mulig i første omgang og kanskje ikke i annen. Det kan være individer som er redusert etter ulike sykdommer og skader og andre som har en livserfaring som gir dyptsittende skepsis mot systematiske målsettinger og krevende samarbeidsformer. En betydelig andel har omfattende psykiske avvik eller sykdommer.

For slike grupper kan det være en selvstendig målsetting å stabilisere brukerne tilstrekkelig til en kriseintervensjon og korttidsbehandling av et somatisk eller psykisk problem eller til utredning og behandlingsplanlegging. Dette vil si at vi kan trenge tiltak med lav terskel uten forutgående søknadsprosedyre gjennom sosialsenter. Formålet kan for eksempel være å forberede slik søknad.

Tiltaket kan betraktes som et krise- og utredningstilbud og ha for eksempel kan ha tre måneders varighet. Tilbudet bør ikke knyttes til privatpraktiserende leger men til kommunalt forankrete tilbud. Det bør være system for overgang til vanlig LAR/MAR-søknaden der dette viser seg riktig. Søknaden kan eventuelt rettes om plass i omsorgsmodell (MAO). En slik modell kan eventuelt knyttes til lavterskel feltpleie på kommunalt nivå.

Drøftingene viser at flere regioner er uten opplevd behov for slik modell. Dersom den knyttes til kommunal feltpleietiltak, vil en eventuelt bli kjent med enkeltindivider som kan møte med individuelle, eventuelt oppsøkende tjeneste. I Oslo og i noen grad i Bergen bedømmes det likevel at slike tilnærminger ikke er tilstrekkelige.

2.7.2 PLATA problematikken,

Uoversiktlige og destruktive åpne rusmiljøer er først og fremst et Oslo-problem. Det ser ut til at slik miljøutvikling er vanskelig å forhindre i Oslo, og et problem har vært mangel på mulighet til å henvise brukerne til lett tilgjengelig behandling. Dette vil også si behandling uten kontrollordninger og prosedyrer. Det finnes flere typer modeller for slike tilbud, alt fra metadonbusser til oppholdssentre eller feltpleiesteder. Det som vurderes hos oss vil enten kunne være tilbud knyttet til spesiell prosjekter som Pro-prosjektet eller Feltpleie, alternativt til steder opprettet av Oslo kommune for spesiell målgrupper. Det er rimelig å tenke at tilbudene bør være kommunale med veiledning/oppfølging fra spesialistnivå (MARIO).

3 ORGANISERINGEN AV HELSETJENESTEN

3.1 Utviklingen i behandlingsapparatet

Synet på rusproblemer har i noen grad endret seg slik at sykdomsmodellen har kommet mer i sentrum. Årsakene er flere, men hovedpoenget er at kravet til medisinsk oppfølging har økt samtidig som forankringen i sosialloven er mindre entydig. Legetjenesten i MAR er blitt forankret i kommunehelsetjenesteloven. Retningslinjene forutsetter koordinering på kommunenivå, men det er et entydig krav at helsetjenesten generelt skal ansvarliggjøres.

Allmennpraktiserende legers forening har i dag akseptert MAR-oppgaver selv om utdeling av medikament forutsettes annet sted og prøvetaking av urinkontroller ikke skal være en pliktig oppgave. Det er kommet takster for overvåket prøvetaking. Med økende ansvar for allmennleger, vil også MAR-modellen måtte gjennomtenkes. I Helseregion Øst utenom Oslo og i Trefylkesamarbeidet, har allmennlegene fra starten av en sentral rolle mens de får dette sekundært i andre regioner.

3.2 Rusreformene

MAR-modellen bygger på kommunalt-fylkeskommunalt samarbeid innenfor regionene. I dag er sykehus og spesialisttjenester overført til Statlige helseforetak (herunder psykiatri). Deler av rustjenesten og noen MAR-tiltak er også overført. Ot.prp nr 3, 2002-2003 forutsetter en langt mer sentral plass for den kommunale helsetjenesten og forutsetter at rusfeltet med institusjoner og spesialisttjenester skal overføres til helseforetakene. Den definerer spesialisthelsetjenesten slik at MAR-sentrene vil falle inn under dette om disse har karteleggingskompetanse og diagnostisk kompetanse på et spesialisert nivå, men sier samtidig at ansvaret i slike tiltak skal begrenses til undersøkelser og kortvarige behandlinger. Lengre behandlinger med sikte på habilitering og rehabilitering vil ”oftest høre inn under fylkeskommunens og kommunens ansvar”. Beskrivelsene gjør at de regionale sentre og tiltak kommer i mellomstillinger mellom spesialisthelsetjeneste knyttet til foretakene og ansvar for fylkeskommuner og kommuner. Regjeringens ”Handlingsplan mot rusmiddelproblemer” sier i seg lite om organiseringen av MAR (kalt LAR) ut over målsetting om at ventetiden skal reduseres til et nivå ”uten betydning” og at tilbudet skal videreutvikles. Det ønskes en vurdering av kriteriene, ”bl.a med tanke på effekt, antall, målgrupper og organisering”, samt videreutvikling og styrking. Det varsles dessuten en ”uavhengig evaluering” og at fastlegens rolle skal styrkes.

Regjeringen har nå lagt frem rusreform II hvor det foreslås to nivåer for rustiltakene. De regionale helseforetakene skal ha all spesialisert behandling i og utenfor institusjons definert ved helsefaglig ledelse, diagnostisk kompetanse og tidsavgrenset behandlingsoppgave. Allmennmedisinske oppgaver, ytelser etter sosialtjenesteloven inklusive spesialiserte rehabiliteringsoppgaver skal være kommunalt ansvar, eventuelt løst ved interkommunalt samarbeid. MAR og de regionale tiltakene og sentrene er lite direkte omtalt. Slik modellen er utformet vil den måtte byge på et langsiktig samarbeid mellom et kommunalt nivå hvor rehabilitering og medisinsk oppfølging utformes som kommunalt samarbeid. Dette må forankres i et spesialistnivå som forutsetter spesiell diagnostisk og behandlingsmessig

kompetanse utformet som tverrfaglig samarbeid hvor lege med spesialkompetanse er sentral. Dette må åpenbart inngå i helseforetakenes plikter. Hvert helseforetak bør planlegge dette arbeidet etter evaluering av det regionale senteret og de regionale tiltakene i sin region.

Vi bør fremheve at hele MAR-modellen, så vel i sentralisert som i desentralisert modell forutsetter lokal forankring. LOST står sentralt selv om kommunehelsetjenesten også er kommet inn. Ved en gjennomtenkning av tiltaksapparatet er det naturlig å sikte mot bevart funksjon for sosialtjenesten og oppjustert for helsetjenesten. Dette vil si at oppgavene etter kommunehelsetjenesteloven må tydeliggjøres med plikt for kommuneoverlegen til innsats, kanskje formet etter "Bærumsmodellen". Kravet i helsetjenesteloven til individuell plan er vel forenlig med kravet om tiltaksplan i MAR. Dette vil si at MAR vil forutsette en individuell plan forankret i helsetjenesteloven og en tiltaksplan etter retningslinjene for MAR (sosialtjenesteloven).

Spesialistnivået har etter MAR-modellen bestått i et samarbeid mellom spesialisert rustjeneste på fylkesnivå og statlig finansiert og drevet regionnivå. Det er viktig å sikre de spesialiserte rehabiliteringstiltakene som etter Ot.prop. 3, 2002-2003 skal være fylkeskommunale oppgaver og at det som overføres de regionale foretakene får en god nok plass. Odelstingsproposisjonen og Handlingsplanen gir bare en antydning om hvorledes dette er tenkt. Foretaket skal ansvarlig for å bruke ressursene best mulig og kjøpe de tjenestene som foretakene ikke selv forvalter. Det er helt usikkert hva dette betyr for de oppgavene som i dag forvaltes av de regionale sentre og tiltak.

Sentrene og tiltakene må derfor analysere sin egen virksomhet og påpeke hva som bør være en spesialisert helsetjeneste. Det må også tydeliggjøres hvilke former for rehabiliteringsrettet opptreningsvirksomhet som må bygges opp interkommunalt eller gjøres tilgjengelig for kjøp fra Helseforetakene.

Med den økonomiske situasjonen helseforetakene og kommunene har, er det imidlertid stor fare for betydelig svekkelse av tilbudene dersom kjøpet av tjenester skal skje i konkurranse med andre tiltak foretakene kjøper over en samlet og trang budsjetttramme og kommunene kan investere i. Minimumskrav må være utforming av "sørge-for-plikter" og tydelige budsjettavsetninger.

3.3 Nivåplassering

MAR-tiltakene og de regionale sentrene er åpenbart en del av spesialisttjenesten og derfor tilknyttet/del av helseforetakene. Det langsiktige tverrfaglige rehabiliteringsarbeidet må plasseres som kommunalt ansvar. Lavterskel helsetilbud og eventuell medikamentstøttet kriseintervensjon bør plasseres som kommunalt ansvar.

3.4 Bevilgning og ressursstyring

Dersom det ikke foreligger statlig styring gjennom separat bevilgning, vil MAR-arbeidet være truet. Dette gjelder hele russektoren som må derfor forvaltes som eget område i styringsdokumentene. I tillegg bør MAR skilles ut i forhold til øvrige rusoppgaver fordi det er politisk besluttet at MAR-tilbudet skal ekspandere med definert budsjettstyrking. Dersom denne styrkingen er utilstrekkelig, vil MAR-tilbudet kunne fortrenge ressursbruk til andre områder. Rusfeltets andre kjerneoppgaver må ikke fortrenge.

3.5 Organisering - foretak

I helseforetakene må MAR samorganiseres med andre tjenester, fortrinnsvis rustjenestene. Disse bør igjen som helhet samorganiseres med psykiatritilbudet men tydeliggjøres som et eget område. Psykiatriområdet har hatt en sterkt økt fokusering på rus liksom rustiltakene finner betydelig psykiske problemer blant sine klienter. Det er nærliggende å tenke en integrering med psykiatri, enten i egne psykiatريفoretak eller i egne psykiatri- og rusdivisjoner i helseforetakene i regionen. Psykiatrisk virksomhet er liksom rusfaglig virksomhet generelt og MAR spesielt, langtidsarbeid som forutsetter kontinuitet og samarbeid mellom lokalt og spesialisert nivå. Det er derfor mye felles i tenkning.

Primært foreslås det altså organisering av rusfeltet i egne statlige rus- og psykiatريفoretak i hver region.

Sekundært foreslås egne rus- og psykiatridivisjoner innen generelle helseforetak.

Egne rusforetak anses verken realistisk eller ønskelig, og vil i alle fall antakelig ikke få gjennomslag i dagens vekt på helseaspekter og ønske om å tiltrekke medisinskfaglig kompetanse.

3.6 Reviderte retningslinjer og rundskriv?

Retningslinjene for MAR (LAR) bør selvsagt revideres i tråd med faglig utvikling og politiske beslutninger. I den politiske debatten har særlig kriteriene for inntak i behandlingen og prosedyrene rundt inntak vært i søkelyset. Krav om andre tiltaksformer med preg av lavterskelmodell har dessuten vært fremført. Endelig vil de reformene som følger av opprettelsen av helseforetak og styrking av helsefaglig ansvar, måtte ha konsekvenser.

Det er enighet om at en vil legge vesentlig vekt på at retningslinjene også etter en revisjon må understreke MAR som en høyterskelmodell med krav om vurdering før oppstart og om prosedyrer som sikrer kommunalt tverrfaglig samarbeid i tett integrasjon med spesialisert rustjeneste. Vi tror dessuten at det er viktig å tydeliggjøre MAR som et eget område innen rustjenesten, selv om en her kan se modeller for integrasjon.

Vi mener dessuten at hovedelementene i kriteriene bør videreføres. De er i dag skjønnsbaserte og står ikke i veien for inntak av pasienter som trenger og bør få behandlingen. Den offentlige debatten har i unødig grad heftet seg opp i en aldersgrense på 25 år. Det skjønsmessige forholdet til alder bør derfor tydeliggjøres, forslagsvis formulert som:

Substitusjonsbehandling er vanligvis livslang og bør velges for de som fortsetter misbruk og avhengighet av morfinstoffer tross avvenning og psykososial behandling. Dess yngre pasienten er, dess større vekt må det legges på denne vurderingen. Når pasienten er under 25 år, skal derfor avhengighetsgrad og andre behandlingsoalternativer vurderes særlig omhyggelig”.

Retningslinjene bør for øvrig utformes slik at det kommunale ansvaret tydeliggjøres og sikre en tilstrekkelig klar ansvarsplassering av spesialisert rustjeneste i Helseforetakene og av rehabiliteringskompetanse som delt ansvar mellom Helseforetakene og fylkeskommunene. Det bør tydeliggjøres hva som er oppgaver etter sosialtjenesteloven, etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenestelovgivningen. Klageadgang, pasientrettigheter og krav til individuell plan bør tydeliggjøres.

4 VEDLEGG I : MAR I DE ULIKE REGIONENE

4.1 Helseregion øst

Helseregionene består av Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark og Oppland. I en beskrivelse er det viktig å skille mellom Oslo med regionsenteret og de omliggende fylkene. Alle de statlige ressursene er konsentrert i MARIO mens arbeidet i de andre fylkene er utviklet som fylkeskommunalt organer som samarbeider med MARIO. Medikamentene betales fra MARIO. MARIO har 67 stillinger med to/tredeler statlig finansiering, anslagsvis 30 stillinger, herunder også delfinansiering av kommunale døgntiltak. Strukturen i regionen er tilpasset de ulike fylkene. Dette har medført systematiske forskjeller.

4.1.1 Søknadsbehandling

I fylkene utenfor Oslo kvalitetssikrer sosialsentre søknadene i samarbeid med fylkeskoordinerende organer, stort sett i rustjenesten. Rustjenesten har utviklet betydelig kompetanse i dette, og søknadene med tiltaksplan skal beskrive realistiske mål som er forankret i regionens ulike tiltak før vurdering. Dette er et meget hensiktsmessig samarbeid mellom 1. og 2. linjen, og det kan etter hvert stilles spørsmål ved regionsenterets (MARIO) rolle annet enn som formell godkjenning for betalingsansvar og konsultasjon i enkelte tilfeller. Dette vil etter hvert medføre fokus på at fylkene i denne regionen ikke har fått noen ressursøkning.

I Oslo er det nå opprettet en egen inntakspoliklinikk som bearbeider søknadene i så aktivt samspill med bydelene som mulig. Søknadskvaliteten er blitt betydelig bedre og inntakene bedre forberedt. Inntakspoliklinikken har også mulighet til å starte en stabiliserende Subutexbehandling så snart søknaden er godkjent, uten å vente på avrusing eller plass i avdeling.

4.1.2 Sentraliseringsgrad

Alle fylkene utenfor Oslo arbeider etter en desentralisert modell hvor rustjenesten har etablert en koordinerende instans som samarbeider med kommunene. Tiltaksplanen godkjennes oftest får søknadsbehandlingen, og rustjenesten går inn ansvarsgrupper og deltar i behandlingen etter behov. Selv planen og arbeidet er imidlertid kommunalt forankret og lokal lege forskriver metadon og rekvirerer urinprøver. I de aller fleste tilfeller har rustjenesten aktiv oppfølging i ansvarsgrupper og behandling.

Det er noen forskjeller. I Akershus er tilbudet knyttet til et sektorisert opplegg knyttet til allklinikker som skal koordinere psykiatri og rustjeneste. Det er fire slik i henholdsvis Øver Romerike (Jessheimklinikken), Nedre Romerike (Lillestrømklinikken), Follo (Folloklinikken) og Sosialmedisinsk klinikk for Asker og Bærum. I Hedmark er det et eget metadonteam opprettet av fylket, tilknyttet Sanderud sykehus og derfor i dag tilknyttet Helseforetak Øst. Det er også en egen akuttavdeling og rusavdeling. Dette teamet arbeider i hele fylket for MAR-pasienter. I Oppland er tilbudet knyttet til sektoriserte rusteam med en sentral koordinerende instans. I Østfold er det bygget ut såkalte sosialmedisinske klinikker som skal følge opp behandlingen som på dette området er forankret i en sentral koordinator.

Mest kjent er kanskje den såkalt Bærums-modellen hvor kommunelegen står sentralt sammen med sosialsjefen i kommunen. Det dreier seg om kommune med størrelse som et lite fylke. Sosialetaten med flere sosialsentre har en kommuneplan for tiltak for de med rusproblemer.

MAR-modellen inngår som et sentral element i dette. Kommuneoverlegen har aktivt samarbeid med legene i kommunen, veileder og får tilbakemelding fra legene. Søknaden godkjennes i et inntaksorgan i en ruspoliklinikk med sektoransvar styrket med deltakelse fra MARIO. Poliklinikken medvirker også i behandlingen og fagmiljøutviklingen, men langt på vei mestrer kommunens helse- og sosialtjeneste arbeidet selv.

Bedømt etter statusundersøkelsen er det gode resultater med den desentraliserte modellen. I Bærum har en raskt fått stor kapasitet (mer enn 100 pasienter, resultater på nivå med MARIO). I Oppland og Hedmark, antakelig også Østfold synes man å nå særlig gode rehabiliteringsresultater i forhold til rus. Problemene ser ut til å være økende ressursproblemer på kommunalt og fylkesregionalt nivå. MARIO's rolle er stadig mer knyttet til drøfting og problemløsning av spesielle tilfeller.

Det har periodisk og i enkelte kommuner vært vanskelig å rekruttere leger, men dette ser ut til å rette seg. Det kan likevel være en mulighet å engasjere definerte LAR leger, mens det ikke er noe behov for sentralisert forskrivning.

Derimot er kvalitetssikringen i den desentraliserte modellen usikker. Der hvor LAR team, eller fylkeskommunalt rusteam deltar i ansvarsgrupper, er situasjonen bra men det er nok en god del behandling som foregår med liten eller ingen rusfaglig oppfølging ut over et varierende samarbeid mellom lege og sosialsenter?

Pr 31.08 2002 var 228 i behandling i Akershus, derav 125 i Asker og Bærum, 51 i Nedre Romerike, 22 i Øvre Romerike og 30 i Follo. Det var 98 MAR-pasienter i Østfold, 91 i Hedmark og 70 i Oppland.

Oslo er bygget ut med en blandingsmodell som er utviklet fra to modeller. Den ene var HIV-MET-modellen som forutsatte sentralisert forskrivning men desentralisert utlevering og kontroll. Den enkelte pasient ble fulgt opp av spesielle konsulenter i senteret i samarbeid med sosialsentrene. Lokale leger var lite eller ikke involvert. Den andre var MiO-modellen som bygde på en fullt sentralisert modell hvor undersøkelser, forskrivning, utlevering og kontroll foregikk i eget senter hvor pasientene også kom daglig. Andre instanser ble trukket inn etter hvert selv om tiltaksplanen forutsatte forankring og koordinering av ansvarsgruppene fra sosialsenter.

Situasjonene medførte uheldig miljødannelse i sentrene og store vansker med å få pasienten videre i tiltaksapparatet. Det oppsto både tilknytting mellom pasient og konsulent og utstøtingsmekanismer hos andre. I dag er modellen betydelig modifisert fordi en raskt tok i bruk en supplerende MAR X modell for de tilfellene hvor en søker hadde en interessert lege og sosialsentrene stilte opp en god nok tiltaksplan. Det ble dessuten innført eget inntak gjennom psykiatrisk behandling og gjennom rusinstitusjoner som tok i bruk metadon i sitt behandlingsprogram. Avdelingene har dessuten utviklet aktivt samarbeid med et visst antall bydeler med vekt på utlevering i apotek og overføring til lokal forskrivende leger så langt dette lar seg gjøre. Pr 31.12.02 hadde MARIO 563 pasienter i behandling, derav 103, 91, 81 og 122 i de ulike avdelingene, 19 i inntakspoliklinikken og 147 i ulike MARX-opplegg.

Likevel er det betydelige kapasitetsproblemer i avdelingene i MARIO. Det er vanskelig å få skrevet ut pasienter til desentralisert oppfølging, og nok også vanskelig å si når de er "ferdige" i avdelingene. Bydelene har klart varierende kapasitet og villighet til å satse på dette arbeidet, og noen steder blir nok oppfølging lett preget av betydelig personsrifter i kontorene og delvis lav kompetanse. Det er et inntrykk at de kontorene som satser på egne

ruskonsulenter fungerer langt bedre. Det kan føyes til at vi mangler god kvalitetssikring av MAR X pasientene og har dårlig beskrevet tilbakemeldingsrutiner. De ulike MARIO avdelingene har dessuten utvikler litt forskjellig ”praksis”.

Det kan her føyes til at byrådet i Oslo har fremlagt et nytt budsjett som forutsetter at MARIO skal ha utvidet med 200 plasser og legge opp et behandlingsløp med ett pr i avdeling og pålagt oppfølging i bydel. Gjennom denne modellen forutsettes det at en kan få kapasitet nok til byens anslagsvis 3-5000 heroinbrukere med ukjent antall som vil søke til behandling. Pt ser det ut til at vi får 2-300 søkere pr år.

4.1.3 Venteliste

Regionen har frem til 31.8.02 registrert 1365 pasienter i behandling. I tillegg sto på dette tidspunktet 207 på vente- og søkerliste. Ventelistene har i regionen i første rekke vært knyttet til Oslo som har hatt mer enn 400 i ventesituasjon og opp til tre års ventetid. Pr 31.12.2000 var det for eksempel 448 på vente- og søkerliste i Oslo, 13 i Akershus, 3 i Hedmark, 9 i Oppland og 5 i Østfold.

Den lange ventelisten i Oslo har ført til intensivert vurderings- og inntaksarbeid. Pr 24/10 var det 113 personer på vente- og søkerliste. 88 av disse var vurdert. Derav var 56 på venteliste til oppstart (2 fra år 2000, 12 fra 2001 og 42 fra 2002). 25 søknader var returnert til søkerinstansen (sosialsenteret) og vil bli strøket uten oppdatering.

I tillegg var 50 personer tatt inn i inntakspoliklinikken, 2 av disse var overført avdeling mens 4 hadde falt fra. 44 var altså i inntakssituasjon men under behandling med opioid (Subutex).

Søknadlisten i Oslo er derfor drastisk redusert. 152 søkere er blitt strøket uten inntak. 32 er avvist etter kriteriene (21 %), 32 var flyttet og derfor ikke aktuelle (21 %). 49 (32 %) ble strøket fordi vi ikke mottok adekvate opplysninger tross purring på søkerinstansen. 41 (27 %) av søknadene ble trukket av søker eller sosialsenter.

I Hedmark, Oppland, Østfold og Akershus er det ikke slike problemer, men det er mer eller mindre skjulte ventelister knyttet til at søknadene ikke blir fremmet for eller ikke behandlet i sosialsentrene. Først når søknaden er sendt til inntaksorganet, blir den registrert. Det er kjent at man har hatt betydelige slike uoffisielle ventelister i byer som for eksempel Lillehammer og Hamar. Videreutviklingen her vil måtte skje på kommuneplan med formell søknadsregistrering for å avdekke behovene og styrking for å bedre behandlingen. Situasjonen kan lett trues dersom kommunene skal forholde seg til et fjernt helseforetak og miste nokså tett kontinuitet med fylkeskommunale organer.

I hele regionen er det få som har fått avslag. Inntrykket er at de fleste fyller kriteriene, og der hvor behandlingserfaringen er kort, har klienten vanligvis nokså høy alder og mange år i fengsel.

4.2 Helseregion Sør

Regionen består av fylkene Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust- og Vest-Agder. Til sammen er det 23,7 statlig finansierte stillinger i regionen. Opplegget har helt fra starten av vært fylkesorientert med og bygget opp som godkjente regionale fylkestiltak mer enn som ett senter.

De tre første fylkene har utviklet et "Tre-fylkesamarbeid" basert på statlig finansierte fylkesteam. Leder for akuttmottaket for stoffmisbrukere i Buskerud er tillagt inntaksmyndigheten. Det er 3,5 statlig finansierte stillinger i Buskerudteamet, 4 ½ Telemark og 4 ½ i Vestfold. Medikamentene betales av statlig bevilgning til hvert team. Behandlingsmodellen er desentralisert med tiltaksplanene forankret i kommunale sosialsentre og lokale leger som foreskrivende og behandlingsansvarlige- nå innarbeidet i fastlegeordningen. Fylkesteamene kvalitetssikrer søknader og tiltaksplaner og følger opp behandlingen i ansvarsgruppene. Alle søkerne blir intervjuet før søknaden blir behandlet i inntaksutvalget. Fylkesteamene er organisert på forskjellig vis i de enkelte fylker.

I Aust- og Vest-Agder er tiltakene bygget opp som egne team i fylkenes ruspoliklinikker, Aust-Agdeklirikken og Vest-Agderklirikken. Aust-Agderklirikken er en fylkeskommunal A-klirik. Vest-Agderklirikken er en spesialisthelsetjeneste og ble fra 1.1.2002 finansierte via Helse Sør regionalt helseforetak med egen driftsavtale gjennom Vest-Agder Fylkeskommune. Det er dannet et felles regionsenter, MARIA, på grunnlag av spesialteamene med ledelse fra overlegene ved de respektive klirikene. Tiltakene Agder-fylkene har henholdsvis 3 og 3 ½ statlig finansierte stillinger. Etter beslutning om inntak, vurderes medisineringen og opptrapping av medikament av overlegen. De psykososiale rehabiliteringstiltakene er fra første dag forankret i pasientenes hjemkommune. Medarbeider fra det fylkeskommunale teamet deltar i rehabiliteringsarbeidet fra første stund, som veileder i forbindelse med innsøking av pasienten. Når pasienten er stabilisert og rehabiliteringen går bra, overføres ansvaret for skrivning av medikament til pasientens fastlege. Spesialteamene vil fortsatt delta i videre oppfølging i ansvarsgruppene og monitorere rehabiliteringssituasjonen hos pasienten.

4.2.1 Søknadsbehandling

Denne foregår noe ulikt i regionen. Formell inntaksmyndighet er lagt til leder av inntaksutvalget for Trefylkesamarbeidet mens den er lagt til overlegene i ruspoliklirikene i Aust- og Vest-Agder. Det er opprettet en frivillig regional inntaksgruppe hvor en av overlegene ved MARIO deltar. Det er en representant fra hvert fylke, evt. utvalg. Gruppen har månedlige møter. Regionen har siden starten i 1998 registrert 576 som har vært i behandling i kortere eller lenger perioder frem til 31.08.02. På dette tidspunktet var det i tillegg 100 på søker- og venteliste. Det er relativt få som har fått avslag.

4.2.2 Venteliste og kapasitet

Som det fremgår av figur 2 har regionen fått en viss økning av ventelistene. Dette er noe ulikt fordelt. Pr 31.8 var 23 i Telemark, 21 i Vestfold, 26 i Buskerud, 5 i Aust-Agder og 25 i Vest-Agder på søker- og ventelistene. Teamene i Telemark og Vestfold beskriver særlig kapasitetsvansker. Pressignaler kommer også fra MARIA, særlig i Vest-Agder. Den desentraliserte modellen gjør imidlertid at det særlig er kapasiteten i det kommunale apparatet som er flaskehalsen.

Som det fremgår av figur 2 har regionen fått en viss økning av ventelistene. Dette er noe ulikt fordelt. Pr. 31.8 var 23 i Telemark, 21 i Vestfold, 26 i Buskerud, 5 i Aust-Agder og 25 i Vest-Agder på søker- og ventelistene. En del av de som står på søker/venteliste, har vist seg ikke være "klare" for oppstart. Det at brukerne i større grad står på "kvoter" før inntak, ser ut til å forsinke oppstartsprosessen. I tillegg har enkelte kommuner søkt inn flere enn de har kapasitet til å følge opp. Vi vet også at det er stort "mørketall" i enkelte kommuner, da begrenset kapasitet til oppfølging resulterer i at brukere ikke får behandlet sin søknad. Det er meldt om stort press i MARIA, men den desentraliserte modellen gjør at det særlig er kapasiteten i det kommunale apparatet som er flaskehalsen.

4.3 Region Vest

Metadon-klinikken i Stiftelsen Bergensklinikkene ble opprettet med statlige midler for å ivareta legemiddelassistert behandling i Rogaland, Hordaland og Sogn&Fjordane. Stiftelsen Bergensklinikkene er en organisasjon i rusmiddelvernet med fylkeskommunale driftsmidler. Metadon-klinikken har 5 faste konsulentstillinger og en konsulent i engasjement, en overlege, en psykolog og en merkantilansatt. For å ivareta behov for avrusning, oppstart og krisebehandling ble det opprettet 3 sengeplasser i Akutt-klinikken i Bergensklinikkene. Administrasjonen i organisasjonen ivaretar de overordna administrative oppgavene.

Behandlingen i regionsenteret ble i stor grad bygget opp utfra MiO modellen med forskrivning, utdeling og urinprøvetaking lagt til Metadon-klinikken samt tett oppfølging av klientene. Når det gjaldt klienter i Rogaland og Sogn & Fjordane ble det laget desentraliserte opplegg for utdeling og urinprøvetaking og deltagelse i ansvarsgruppemøter.

På grunn av stor pågang av søkere ble det i 2000 gjennomført et Subutex-prosjekt der forskrivning, utdeling, urinprøvetaking og direkte klientrettet oppfølging ble lagt til helse-og sosialtjenesten i 1.linjen. Metadon-klinikkens rolle var kvalitetssikring av opplegg, råd/veiledning/undervisning og i enkelttilfeller deltagelse i ansvarsgruppemøter. Ut fra gode erfaringer med prosjektet og signaler fra departementet, er behandlingen nå desentralisert. Forskrivning er imidlertid tatt tilbake til lege ved Metadon-klinikken og konsulentene har større engasjement i klientarbeidet. Utlevering foregår i hovedsak på legesenter, apotek, botreningscenter og andre institusjoner. Bergen kommune har under etablering eget tiltak for utdeling og urinprøvetaking for klienter der det ikke er mulig å få på plass eget opplegg.

De fleste klientene startes opp med Subutex. Det er høy vekt på urinkontroller og avgiftning før oppstart. Klientene følges opp gjennom deltagelse i ansvarsgrupper og råd/veiledning til 1.linjetjenesten og andre samarbeidsparter. Overføring til MARX med totalt desentralisert ansvar etter 1 års stabilitet, i praksis betyr dette oppfølging over en 2 års periode. For en del klienter har oppfølging gått over flere år, dette er gjerne klienter som ikke har nådd ideell målsetting med rusfrihet, men likevel fungerer betydelig bedre enn før oppstart.

Fra starten av ble også Rogaland betjent fra Metadonklinikken. Fra 1.10 er det i drift et eget fylkesbasert regioniltak i Rogaland knyttet til FA-Bo, en institusjon drevet av Frelsesarmeen. Det ble gjort politisk vedtak om at denne institusjonen skulle få oppdraget i konkurranse med institusjonene innen rusmiddel feltet i Rogaland, hhv Rogaland A-senter i Stavanger og Haugaland A-senter i Haugesund. Alle pasienter, aktive og på venteliste, fra Rogaland, skal overføres dit. Klinikken får også egne midler til dekning av medikamentene.

4.3.1 Søknadsbehandlingen

Regionsenteret har fra starten hatt en sentralisert søknadsbehandling hvor kommunene i regionen har sendt søknadene til Metadon-klinikken. Inntaksteamet har hatt månedlige inntaksmøter for Hordaland, noe sjeldnere for Rogaland. Søknadene fra Rogaland har forøvrig vært forbehandlet i en egen komité i fylkeskommunen. Inntaksteamet består av klinikk sjef, representant fra rusmiddelvernet og representant fra hhv Bergen kommune, Stavanger/Haugesund kommune. Sogn og Fjordane har hatt så få søknader at en har behandlet disse over Hordalandsinntaket. Inntaksarbeidet har delvis bestått i behandling av papirsøknader og delvis av vurderingssamtale med klient og henvisende instans.

Det er siden oppstart i juli 1998 registrert vel 500 søknader. Anslagsvis 70 (14 %) har fått avslag på søknadene.

4.3.2 Ventelister og kapasitet

Pr 31.8 var det registrert at 327 pasienter som er eller har vært i behandling. I tillegg var det 132 på søker og ventelisten, og som figur 2 viser har det vært et økende venteproblem i regionen. 27 på ventelisten kom fra Rogaland, og en på søkerlisten fra Sogn og Fjordane. Det største problemet merkes derfor i Hordaland. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til ikke registrerte søkere i Rogalandkommunene, særlig bykommunene.

Metadonklinikken har lenge opplevd betydelig kapasitetsproblemer. Av 246 pasienter i behandling pr 31.8 kom imidlertid 82 fra Rogaland, disse overføres nå til Fa-Bo klinikken sammen med ubehandlede søknader fra fylket. Dette vil føre til noe mindre press, spesielt da i form av mindre arbeidsreiser/fravær fra klinikken. Likevel med i overkant av 100 klienter på vente og søkerliste, er presset på oppstart stort, og faglig forsvarlighet kontra avviking av venteliste et viktig tema i forhold til videreutvikling av behandlingsmodell.

4.4 Region Midt- og Nord-Norge

Regionen har et regionsenter for fylkene Møre- og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finmark. Senteret, MARiT, er direkte tilknyttet fylkeskommunen i Sør-Trøndelag. Det er statsstøtte for seks konsulenter, 1,5 merkantil, lege og senterleder. Bevilgningen dekker i tillegg støtte til døgninstitusjon slik at senteret disponerer 1-2 plasser for avgiftning/stabilisering (Lade Behandlingscenter) og inntil 5 plasser for langtids døgnbehandling (3-15 mnd ved Nidarosklinikken).

Senteret har arbeidet fra starten etter en sentralisert modell for inntaksbeslutninger, oppstart, forskrivning og oppfølging mens utlevering og prøvetaking har skjedd desentralisert de fleste steder. I tråd med nye retningslinjer er all forskrivning desentralisert fom. Høsten 2001. I Trondheim hadde sykehusapoteket utlevering og prøvetaking, mens dette er i større grad desentralisert. All metadonløsning produseres i sykehusapoteket for hele regionen (minus Kristiansund) og sendes for den enkelte pasient til lokale apotek. Senteret har utviklet en særlig høy vekt på systematisk forbehandling ved kvalitetssikring av søknadene før søknadmøter hvor alle samarbeidspartnere skal møte. Det er deretter oppstartmøter etter inntaksbeslutning. Etter dette skal rehabiliteringen følge en fast struktur hvor konsulentene i MARiT følger med i ansvarsgrupper og i veiledning i hele regionen. I løpet av 2001 ble det etablert 3 fagkonsulenter i region Nord (2 ved Nordlandsklinikken og 1 ved Tromsklinikken), som arbeider ut fra MARiTs faglige modell. Fom 2003 vil det også bli etablert en desentralisert fagkonsulentstilling i Møre og Romsdal.

Det er lagt vesentlig vekt på å holde en aktiv ideologi om rusfrihet og rehabilitering slik at alle avvik skal følges opp. Det er utviklet et systematisk program som går fra søknadvurdering til inntak av kvalifiserte søker. Disse skal gjennomgå en aktiv rehabilitering på inntil to år. I denne perioden skal det være aktivt ansvarsgruppearbeid med deltakelse av klient, sosialtjeneste, fastlege, konsulent fra MAR-enhet og andre aktuelle personer/instanser. Legene må møte. I løpet av rehabiliteringsperioden skal det holdes ansvarsgruppemøte minimum hver 3dje måned, i alt 10 ansvarsgruppemøter. Møtene holdes etter stram struktur med ramme på 1-1,5 time.

Hver konsulent skal ha 17 klienter i aktiv rehabilitering. Konsulentgruppen er inndelt i to team med sektorisert ansvar. Etter tilfredsstillende rehabilitering skal (stabile) klienter videreføres slik at MARIT's rolle blir rent konsultativ.

4.4.1 Søknadsbehandlingen

Søknadene kvalitetssikres etter registrering i MARiT. Dette betyr at informasjonen sjekkes og at tiltaksplanene skal være utarbeidet før søknadsbehandlingen. Det legges stor vekt på god lokal forankring og hovedreglene er at det gjennomføres to møter i kommunen før søknaden behandles.

MARiT har en egen inntaksgruppe for behandling av søknadene som vurderer søknadene etter at kommunen har oversendt disse via fylkesteam. MARiTs leder og sekretær legger fram sakene og inntaksteamet består fire oppnevnte medlemmer med erfaring fra rusfeltet (psykolog, lege, psykiater, sosionom). Møtene holdes ca månedlig og behandler anslagsvis 20 søknader pr møte.

Frem til oktober 2002 er det registrert 360 søknader. 13 har trukket søknaden og 2 er døde før søknadsbehandling (4 %). 38 (11%) har fått avslag på søknadene.

4.4.2 Kapasitet og ventelister

MARIT ble planlagt med en kapasitet på 50. Det er pr oktober 2002 126 i aktiv rehabilitering, 24 er videreført til lokal oppfølging, til sammen 150 pasienter. 183 hadde på vært i behandling en eller flere ganger. 27 var utskrevet, 4 hadde selv valgt å avslutte uten plan og 2 med plan.

Kapasiteten bedømmes presset. Dette gjelder ikke så mye de mindre kommunene hvor regionsenteret ser ut til å mestre behovene innenfor ressursituasjonen. Problemene er størst i byene, særlig Trondheim og Bodø hvor henholdsvis 40 og 15 venter. Samlet antall med ubehandlede søknader var pr oktober 43 mens 78 var på venteliste etter inntaksbeslutning, til sammen 121 søkere. Ventetiden kan komme opp i 24 mnd, med lange ventetider knyttet til bykommunene.

Pågangeren fra Region Nord har til nå vært relativt moderat. Nordland fylke har flest søkere og klienter.

5 VEDLEGG II. UTSKRIVNINGSKRITERIENE

5.1 Forståelse og praksis

De gjeldende retningslinjene for utskrivning fra MAR mot egen vilje er utformet etter en modell hvor en skiller mellom absolutte og relative kriterier. De absolutte sikter etter vår forståelse mot å beskytte behandlingsapparatet mot trusler og vold fra klienter som ikke respekterer retningslinjene for behandlingen og mot lekkasje av medikamentet til illegalt salg. Departementet har innført en bestemmelse om forholdsmessighet i praktiseringen av de absolutte kriteriene. De relative sikter mot å sikre aktivt arbeid for samarbeid om rehabiliteringsmålsettingen i behandlingen.

Erfaringen er at voldskriteriet sjelden anvendes. Det er likevel nyttig i forhold til samarbeid med vanskelige klienter. Dersom klienter reagerer med trusler og vold mot retningslinjene i behandlingen, kan denne ikke gjennomføres. Dette vil oftest føre til utskrivning, men det bør tydeliggjøres at kriteriet ikke sikter mot utskrivning av klienter som er aggressive eller urolige i andre sammenhenger eller har tilbakevendende problemer på disse områdene.

Salgskriteriet er vanskelig å bruke fordi en sjelden har sikker informasjon. Dette gjør at drøftingene lett kan bli til en slags bevisførsel som ikke er hensiktsmessig. Problemstillingen vil oftest være aktuelle situasjoner hvor det er flere vansker i behandlingen. Kriteriet brukes derfor vanligvis som ledd i helhetlig vurdering, ikke som et absolutt kriterium. I alvorlige tilfeller skal hovedreglen være utskrivning.

De relative kriteriene forstås nokså likt men praktiseres noe ulikt. Den sentrale logikken er å forvente aktiv rehabiliteringspraksis. Ingen praktiserer behandlingsavslutning ved enkelte rusepisoder eller ved korte perioder med andre behandlingsvansker. Ulikheten består hvor lenge en beholder pasienter med bedring i forhold til utgangpunktet ved langvarige perioder med tegn på bruk av rusmidler og liten fremgang i samlet rehabilitering. Enkelte steder beholdes pasienten så lenge en samlet vurdering viser behandlingsnytte og samarbeid mens en andre steder legger større vekt på en hovedregel om rusfrihet (alle rusmidler) og har lavere terskel for behandlingsavslutning.

Konklusjonen er at kriteriene bør formuleres med et overordnet krav om at en utskrivning skal bygges på en helhetsvurdering av behandlingen. Denne skal legge vesentlig vekt på

- om pasienten samarbeider uten vold og trusler
- om pasienten omsetter medikamentet, gir det videre til andre eller deltar i illegal omsetning av rusmidler
- om behandlingen er virksom etter målsetting og avtaler. Uvirksom behandling bør avsluttes. Ny behandling må bygge på erfaringen og resultatene fra tidligere behandlingsforsøk.

Behandlingseffekten vurderes etter grad rehabilitering, herunder oppnådd rusfrihet, bedret livskvalitet og helse. Det forutsettes at pasienten samarbeider om målsettingene ved behandlingen.

5.2 Retningslinjer for prosedyrer ved utskrivningsbeslutning

Utskrivningsbeslutningen skal bygge på dokumentasjon av at behandlingen ikke er virksom i forhold til definert målsetting og inngåtte avtaler. Dette gjelder både klientens atferd og problemer og tiltaksapparatets innsats for å løse problemene. Vurderingene skal beskrives. Det skal dokumenteres at den regionalt ansvarlige har godkjent vedtaket.

En slik prosess bør følge en prosedyre hvor pasienten får muntlig og deretter også skriftlig beskjed om at behandlingen ikke gir ønskete resultater. Journalen skal dokumentere at vanskene er drøftet med klienten og hvilke tiltak som er foreslått, iverksatt og hvilke resultater dette gir.

Dersom utviklingen fører mot utskrivning, skal dette vanligvis drøftes i ansvarsgruppemøte. Drøftingen skal omfatte vurdering av hvilke tiltak som har vært forsøkt på første- og annenlinje-nivå. Beslutningen om å avslutte medikamentforskrivningen ligger formelt hos forskrivende lege. Beslutning om å avslutte MAR-behandlingen ligger formelt hos leder av ansvarlig MAR-tiltak. Journalen skal dokumentere utskrivningsbeslutningen og avgjørelsesprosessen og videre tiltak og ansvaret for de ulike tiltakene.

5.3 Klageadgang

Medikamentassistert rehabilitering er til nå et tiltak etter sosialtjenesteloven hvor det skal utøves et skjønn for om dette er den beste behandlingen. Klageadgangen gjelder derfor først og fremst saksbehandlingen som enkeltsak med klage til Fylkesmannen. Avslutningen av medikamentforskrivningen er en medisinsk vurdering av medikamentbrukens effekt og hensiktsmessighet. Dette kan bare klages til Fylkeslegen med lovgrunnlag i helsetjenestelovgivningen. Etter en eventuell revisjon av lovgrunnlaget i forbindelse med aktuelle rusreformer bør disse forholdene vurderes på nytt.