

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2007-2011) d. 22-03-2011

Mødedato Tirsdag d. 22. marts 2011 kl. 14:00

Mødested

Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 15. februar til godkjenning.....	3
Velferdsteknologi og e-helse - status og utviklingsprosesser.....	6
Oppfølging av mennesker i legemiddelassistert rehabilitering.....	13

Punkt 20/11: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 15. februar til godkjenning

Bilag

pro 1502



Dato: HUSK DATO!
Saksnr.: 201101092-3
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
22.03.2011

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 15. februar til godkjenning

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 15. februar godkjennes.

Geir Sandvik
leder

Carol Reinertsen
utvalgssekretær

Trykte vedlegg: helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 15. februar

Bakgrunn for saken :

Punkt 21/11: Velferdsteknologi og e-helse - status og utviklingsprosesser

Bilag

Saksprotokoll

eldrerådets uttalelse velferdsteknologi



Dato: 11.03.11
Saksnr.: 201102628-1
Arkivkode E: G01 &79
Saksbehandler: Anne Karen Aunevik

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

22.03.2011
30.03.2011

Velferdsteknologi og ehelse - status og utviklingsprosesser

Sammendrag:

Velferdsteknologi og ehelse blir sentrale faktorer for innbyggernes livskvalitet, utvikling av tjenester og samhandling innen helse- og sosialsektoren framover.

OSS (Overordnet strategisk samarbeidsorgan) har vedtatt at de ønsker å være pådriver for regional satsing på:

- Prosjekt "Agderløftet" for implementering av det nasjonale meldingsløftet.
- Forstudie "Bo trygt og godt hjemme". Regionalt forprosjekt for å utvikle og ta i bruk teknologi som bidrar til at innbyggerne kan mestre eget liv og egen helse.
- Oppbygging av Senter for E-helse på UiA til å bli et nasjonalt kompetansesenter.

I tillegg er Kristiansand og andre kommuner invitert til deltakelse i andre prosjekt av Sørlandet Sykehus, det gjelder blant annet:

- Digitale intervensjoner
- Innovasjonsledelse

Helse- og sosialdirektøren anbefaler at Kristiansand kommune etterstreber å være i forkant av utviklingen, samt å være en pådriver for regional samarbeid om e-helse- og velferdsteknologi.

[Forslag til vedtak:](#)

[Saken tas til orientering](#)

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Bakgrunn

Demografisk utvikling og samfunnsendringer vil utfordre offentlig sektor i svært stor grad framover. Eldrebølgen sett i sammenheng med redusert tilførsel av arbeidskraft og ressurser tilsier behov for innovasjon og nytenkning. Gapet mellom tilgjengelige ressurser og innbyggerne forventninger øker. Samhandlingsreformen er tydelig på at kommunenes vil få økt ansvar på flere områder knyttet til pleie og omsorgssektoren. I forslag til ny helse- og omsorgslov understrekes dette ansvaret. Kommunehelsesektoren står ovenfor viktige veivalg og dilemmaer i forhold til krav om kvalitet, effektivitet, likeverd og demokrati.

Forsommeren 2011 skal "Hagen-utvalget" legge fram en NoU om "Innovasjon og omsorg". Utvalget skal utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Det forventes at den vil fremheve velferdsteknologi og ehelse som sentrale faktorer for innbyggernes livskvalitet, utvikling av tjenester og samhandling innen helse- og sosialsektoren framover.

Agder har gode forutsetninger for samarbeid om innovasjon og kunnskapsutvikling . Kompetansemiljøene på UiA, Sørlandet Sykehus HF, privat næringsliv og kommunene på Agder er i dialog om samarbeidsmodeller som kan gjensidige synergieffekter.

Status og noen milepæler for regionale satsingen og dialog :

Desember 2009	OSS vedtok å etablere IKT forum med deltakelse fra SSHF og kommunesammenslutningene.
Vår 2010	OSS vedtar strategisk satsing på bruk av IKT og ny teknologi.
Høst 2011	Regionale møter mellom ulike strategiske partnere. Oppfølgingsplan pr 24.11.10: 1. Forprosjekt "Verifisering av omsorgsteknologi". Ansvarlig: UiA v/Senter for e-helse. 2. Forprosjekt om samhandling og samarbeid mellom kommune og sykehus med to hovedsatsinger: "Bo trygt og godt hjemme" og "elektronisk samhandling". Ansvarlig: OSS. 3. Forberede arenaprosjekt -etablere næringsklynge av e-helse bedrifter. Ansvarlig: Næringslivet, Innovasjon Norge, Digin.
07.01.11	OSS 7.januar, vedtak vedrørende 1. Meldingløftet- Agderløftet 2. Forprosjekt "Bo trygt og godt hjemme" 3. Forprosjekt "Digitale intervensjoner" 4. Innspill til UiA om Senter for e-helse
23.02.11	Styret på UiA vedtar at ehelse blir ett av de tre definerte toppsatsingsområdene
25.02.11	Regionalt partnern møte. Status.
25.03.11	OSS 25.mars: Møte i Grimstad. Avklaring av videre satsing.
19.05.11	Regionalt partnern møte.

Denne saken inneholder en orientering om status i følgende satsinger og prosjekt:

1. Prosjekt "Agderløftet" for implementering av det nasjonale meldingsløftet.
 2. Forstudie "Bo trygt og godt hjemme". Regionalt forprosjekt for å utvikle og ta i bruk teknologi som bidrar til at innbyggerne kan mestre eget liv og egen helse.
 3. Forprosjekt om "Digitale intervensjoner". Målet å utvikle internett- og mobil-baserte selvhjelps-programmer for å støtte livsstilsendringer.
 4. Innmed-prosjekt om innovasjonsledelse og innovasjonskultur i helsesektoren.
 5. Oppbygging av Senter for E-helse på UiA til å bli et nasjonalt kompetansesenter.
 6. Andre forhold som vil påvirke framtidig satsing
- 1. Prosjekt "Agderløftet" for implementering av det nasjonale meldingsløftet.**

OSS vedtok i møte 7.januar 2011 at de vil være en pådriver og strategisk aktør i Agder for å få realisert intensjonene i det nasjonale meldingsløftet i Agder. Og de anbefalte at det ble organisert gjennom et regionalt prosjekt; "Agderløftet".

Nasjonalt meldingsløft er et program for realisering av effektiv, helhetlig og fungerende meldingsutveksling av henvisninger, epikriser, laboratorie- og røntgenrekvisisjoner/- svar mellom helseforetak, legekantor og kommunene samt innsending av sykemeldinger og legeoppgjør fra NAV. Helsedirektoratet leder satsingen på oppdrag fra helse- og sosialdepartementet.

Fra Agder er Arendal og Lyngdal kommune pilotkommuner i meldingsløftet. Arendal har vært pilot i ELIN-k og Kristiansand var ELIN-k samspill kommune. Kristiansand kommune har samhandlet elektronisk med fastleger, sykehus og Røntgensenteret siden 2008.

Norsk helsenett SF er et statlig foretak som skal sørge for at foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom deler av helse- og omsorgstjenestene, og bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for både pasienter og befolkningen for øvrig. Foretaket skal sørge for nødvendig samordning av infrastrukturtenestene i helsesektoren og understøtte god kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten. Sykehuspartner har ansvar for at den teknologiske infrastrukturen (helsenett) kobles opp på SSHF.

Ved å etablere en tydeligere prosjektorganisering i fellesskap mellom sykehuset og kommunene kan den allerede vedtatte satsingen forsterkes. Den kommunale deltakelsen i "Agderløftet" skal sikre framdrift i implementering samt at kompetanse og erfaringer skal spres.

Prosjektets innhold og organisering er under avklaring, IKT forum i OSS skal lage et forslag som skal legges fram for OSS våren 2011.

Foreløpig forslag til overordnet mål for "Agderløftet":

1. Realisere intensjonene i det nasjonale meldingsløftet i Agder
2. Utvikle arbeidsprosesser som gir mer effektiv og brukervennlig samhandling.

Foreløpig forslag til delmål:

1. Motivasjon for at flere kommuner bruker norsk helsenett
2. Raskere innføring av samhandling med samtlige kommuner på Agder
3. Vurdering av hvordan arbeidsprosessene kan organiseres på en mer effektiv måte.
4. Bedre samhandling og pasientflyt
5. Utvikling av samhandling som gir både kvalitet, god pasientsikkerhet og god etisk standard.
6. Utvikling av teknologi som underbygger at innbyggerne mestrer eget liv og egen helse.

Det kan være gunstig for prosjektet om det ble etablert et formalisert samarbeid med Senter for e-helse ved UiA. Dette blant annet for å utnytte fasilitetene ved senteret til simuleringer og uttesting. Dette gir prosjektet en unik mulighet til å prøve ut teknologien i et kontrollert miljø, samtidig åpner det nye muligheter for erfaringsdeling i forhold til organisasjon og rutine. Videre kan det være aktuelt å etablere et eget prosjekt som ser på gevinstrealisering ved ulike deler av prosjektet. Her kan masterstudenter trekkes inn i arbeidet, og det kan være aktuelt å gå sammen om å søke midler til følgeforskning.

Satsingen på "Agderløftet" er forankret i helsenettverket og rådmannsutvalget i Knutepunkt Sørlandet ved at det er søkt om 300.000 av fylkesmannens skjønnsmidler i 2011 til å koordinere Knutepunktkommuners implementering av meldingsløftet.

Det kan også bli aktuelt at SSHF søker om helsedialogmidler til å koordinere implementering og sikre erfaringsoverføring i hele Agder. Det skal avklares i OSS 25.mars.

2. Forstudie "Bo trygt og godt hjemme".

OSS vedtok i møte 7.januar 2011 at de vil stimulere til økt fokus i Agder på utviklingstiltak innen velferdsteknologi.

Arbeidsutvalget for OSS har fått i oppdrag å utarbeide forslag til forprosjekt som kan finne en mulig "Agder-nisje" når det gjelder å utvikle og ta i bruk teknologi som bidrar til å forebygge og utsette hjelpebehov på en måte som gir økt mestring og livskvalitet for den enkelte. Forprosjektet vil danne grunnlag for igangsettning av konkrete utviklingsprosjekt.

Forprosjektet kan også gjøres i form av et forstudie som gjøres i samarbeid med Senter for e-helse, flere kommuner og SSHF.

Forstudiet vil søke å avdekke kommende behov, og hva som kan ha størst effekt for våre innbyggere og for samfunnet når det gjelder bruk av teknologi. Blant annet bør det vurderes om det er mest behov for individrettede tiltak eller tiltak relatert til investering i infrastruktur for bolig og boligområder. Det bør også vurderes om man skal prioritere forebygging i forhold til forventet funksjonssvikt, eller rehabilitering/habilitering av enkelte pasientgrupper.

Forstudiet skal også kartlegge status i Agder innen e-helse. Blant annet har Knutepunkt Sørlandet har samarbeidet med Telenor om utprøving av sensorbaserte hjelpemidler. Prosjektet er nylig avsluttet, og evalueringsrapport foreligger. Setesdalsregionen har deltatt i prosjekter med bruk av Telemedisin, og Lister-regionen har utviklingsplaner for oppfølging av demente.

Det finnes et innovativt miljø i Agder, og god dialog mellom strategiske partnere. Forstudiet vil kartlegge relevante nasjonale og internasjonale erfaringer, og dermed søke å sirkle inn tema og områder som kan bli Agders nisje i framtidig utviklingsarbeid.

Satsingen på "Bo trygt og godt hjemme" er forankret i helsenettverket og rådmannsutvalget i Knutepunkt Sørlandet ved at det er søkt om 500.000 av fylkesmannens skjønnsmidler i 2011 til å koordinere Knutepunktkommuners deltakelse i prosjektet, og eventuelt til prosjektledelse.

Det kan også bli aktuelt at Kristiansand i samråd med helsenettverket i Knutepunkt Sørlandet søker helsedialogmidler til gjennomføring og koordinering av et forstudie/forprosjekt. Det skal avklares i helsenettverket 17.mars, og i OSS 25.mars.

3. Forprosjekt "Digitale intervensjoner"

Helse Sør Øst har spurt SSHF om å være prosjekteier for et forprosjekt om "Digitale intervensjoner". SSHF har sagt seg villige til å ta prosjekteieransvaret siden de ser at dette prosjektet har store samarbeidsflater med Helsefilm.no, og at man kan gjenbruke mye av både kunnskaper og løsninger som allerede er etablert.

Forprosjektet foreslås gjennomført i perioden mars-september 2011 med et budsjett på NOK 500 000,-. Formålet med forprosjektet vil være å

- a) definere behovene for slike løsninger i helsetjenesten
- b) utføre idé- og konseptutvikling for løsninger
- c) foreta en risikoanalyse ift. teknologiske løsninger
- d) foreta en kartlegging av markedet ift. mulige leverandører og markedspotensiale etter utvikling av løsninger
- e) foreta søk etter mulige industripartnere

Forprosjektet kan bli etterfulgt av et Innovasjon Norge OFU-prosjekt.

Prosjektet har som mål å utvikle internett- og mobil-baserte selvhjelps-programmer for å støtte livsstilsendringer, samt bidra til bedre egenomsorg hos dem som har livslang sykdom. Det tas i første omgang sikte på å utvikle to grupper av programmer:

1. Programmer innen forebygging/livsstilsendring
 - a) Langtidsfrisk – hverdagsmestring og positiv psykologi
 - b) Depresjon – forebygging og hjelp for lette depresjoner
 - c) Røykeslutt
 - d) Alkoholreduksjon – screening og hjelp til å redusere
 - e) Leve hjertesunt – kost og fysisk aktivitet
 - f) Forebygging av fødselsdepresjon
2. Programmer innen egenomsorg, rehabilitering og sekundærforebygging
 - a. Raskere tilbake – for langtidsykmedte
 - b. Leve bedre med diabetes
 - c. Leve bedre med KOLS
 - d. Leve bedre med kreft

Digitale intervensjoner skal utgjøre et supplement, ikke erstatte, eksisterende tjenester og tiltak. Fordelen med det HSØ- initierte prosjekter er at innhold er avklart, så man raskt kan gå over i det faglige utviklingsarbeidet. Det er imidlertid behov for en behovs- og nyttevurdering noe man forventer vil bli en del av forprosjektet. Kristiansand kommune har meldt til prosjektledelsen at hvis et slikt prosjekt skal oppnå ønskede gevinster må det supplere oppfølging som gis av helsepersonell i både kommuner og sykehus, og kan ha et sterkt fokus i forhold til hjemmetjenesten.

Prosjektets innhold er under avklaring. Kommunene i Agder er representert i styringsgruppen v/ enhetsleder for samfunnsmedisinsk enhet i Kristiansand.

4. Innomed-prosjekt om innovasjonsledelse og innovasjonskultur i helsesektoren.

Forsknings- og utviklingsdirektør på SSHF har nylig videreformidlet en invitasjon fra Innomed Norge (sekretariat for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren) til SSHF og Agder om å være samhandlingspilot i forhold til innovasjon.

Det vil antagelig innebære en seminar-rekke over 3 måneder for ca 50 personer fra kommuner, sykehus, brukergrupper og academia. Det er foreløpig uavklart hva dette vil innebære i praksis, både når det gjelder finansiering, innhold og deltakelse.

Samtidig kan dette kan være en god anledning for regionen til samhandling om behovsdrevet innovasjon inne ehelse og velferdsteknologi, og dermed bygge opp under og skape ringvirkninger av de andre satsingene som allerede er under oppstart.

InnoMed ønsker dialog med SSHF om hvordan et slikt prosjekt kan utformes i Agder. Den regionale responsen vil avklares i Knutepunkt Sørlandet 17.mars, og i OSS 25.mars.

5. Oppbygging av Senter for E-helse på UiA til å bli et nasjonalt kompetansesenter.

Senter for eHelse og omsorgsteknologi ved UiA i Grimstad ble etablert i 2010. Det har ambisjoner om å bli et forskningslaboratorium for e-helse og omsorgsteknologi, samt å bli et nasjonalt kompetansesenter og internasjonalt respektert forskningssenter innen sitt område. Senteret skal være en brukerstyrt arena for undervisning, forskning, utvikling og utprøving av ny teknologi til bruk i helse- og omsorgssektoren. Senteret er basert på samarbeid mellom tre fakultet:

- Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
- Fakultet for teknologi og realfag
- Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Tidligere i vinter ble det utarbeidet en strategi for senterets videre satsing. Denne strategien ble vedtatt av styret på UiA 23.februar. Da ble det også vedtatt at ehelse skal være en at toppsatsingsområdene for universitetet de neste 4 årene.

OSS involverte seg i utarbeidelsen av strategien ved å bidra med innspill, samt at det ble sendt et eget brev fra OSS til styret på UiA.

I dette brevet understreket OSS viktigheten av at UiA etablerer e-helse som et av sine langsiktige og strategiske satsingsområder både i forhold til utdanning, innovasjon og forskning. OSS viste til at et tett samarbeid mellom SSHF, kommuner i regionen og Senter for e-helse som kan bidra til å oppfylle senterets ambisjoner om å bli et nasjonalt kompetansesenter. Den samhandlingsarenaen og det samarbeidsnettverket som OSS representerer kan gjøre Agder til en unik arena for senterets videre utvikling.

Bruk av teknologi er et sentralt utviklings- og innovasjonsområde, både når det gjelder samhandling, utvikling av tjenestetilbud og for å bidra til selvhjulpenhet for den enkelte. Det blir behov for utesting av nye løsninger basert på forskning og erfaring. Videre blir det behov for å prøve ut nye arbeids- og samarbeidsprosesser som både er mer effektive og kan gi en bedre kvalitet der det trengs mest.

Kommuner og sykehus har mange ansatte med høy kompetanse, og sitter tett på både faglige og samfunnsmessige utfordringer som er relevant for både forskning og utdanningsfeltet. Vi kan bidra med denne kompetansen både som samarbeidspartner, testarena og som krevende kunde.

6. Andre forhold som vil påvirke framtidig satsing

Velferdsteknologi foreslås som et av hovedsatsings-områdene for Kristiansand i *utviklingssentrene strategi*. Det vil innebære at Kristiansand får et særlig ansvar for kunnskaps- og erfaringsspredning for dette feltet i Vest-Agder.

Kristiansand kommune og UIA har igangsatt arbeidet med å utarbeide en *universitetsmelding*. Den blir ferdig høsten 2011, og vil blant annet inneholde mål, ambisjoner og samarbeidsstrukturer når det gjelder samarbeid om forskning og kompetanseutvikling. Flere Agder-kommuner vil bli involvert gjennom eksisterende fagnettverk og samarbeidsarenaer, og e-helse kan bli en sentralt samarbeidstema.

Helse- og sosialdirektøren kommer i løpet av våren til å opprette en *3-årig prosjektstilling* som kan koordinere og være pådriver for innovative og framtidsrettede løsninger innen e-helse og velferdsteknologi i samarbeid med private og offentlige aktører og med aktuelle forskningsmiljø.

Punkt 22/11: Oppfølging av mennesker i legemiddelassistert rehabilitering



Dato: 14. mars 2011
Saksnr.: 201102993-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
22.03.11

Oppfølging av mennesker i legemiddelassistert rehabilitering, LAR

Sammendrag:

LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) ble innført som en substitusjonsbehandling til opiatavhengige i 1998 og har bidratt til å redusere forekomsten av overdosedødsfall knyttet til heroin. Kristiansand var tidligere kjent som en tung heroinby, men antas nå å ha svært lite fast omsetning av heroin. Hovedutfordringene knyttet til illegale stoffer er i dag relatert til amfetamin, metamfetamin og cannabismisbruk. På bakgrunn av denne utviklingen må en anta at antallet LAR- brukere ikke vil øke nevneverdig i nær fremtid. En kan konsentrere arbeidet om å optimalisere eksisterende LAR-behandling gjennom et koordinert samarbeid mellom sykehus, fastleger, kommunens helse- og sosialtjeneste og NAV. Dette kan bidra til at flere i brukerguppen settes i stand til å klare seg selv og at færre dropper ut av behandlingen.

Det er utfordrende å skaffe egnet botilbud til deler av målgruppen, noe som er synliggjort i Boligososial handlingsplan. En tilpasset bosituasjon er avgjørende for videre rehabilitering. En annen utfordring er at et økende antall LAR- brukere blir pleie- og omsorgstrengende, i forholdsvis ung alder. Det er nødvendig at fag- og metodeutvikling i sektoren har et blikk rettet også mot denne målgruppen når man utvikler fremtidens omsorgstiltak.

[Forslag til vedtak:](#)

[Helse- og sosialstyret tar saken til orientering](#)

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Bakgrunn for saken :

LAR, legemiddelasistert rehabilitering, er et behandlingstilbud som spesialisthelsetjenesten kan gi til personer med en diagnostisert opiatavhengighet. Dette har i første rekke dreid seg om heroin; behandlingsformen ble innført i 1998 etter en periode med svært høye og stigende overdosetall. Tall fra SIRUS viser at om lag 3 100 rusmisbrukere har dødd i perioden fra 1996 til 2007. LAR behandlingen har hjulpet svært mange tidligere heroinavhengige, likevel er det om lag 10 % som avbryter behandlingen. Risikoen for overdosedødsfall er da svært høy.

Det er legemidlene metadon og buprenofin som i hovedsak brukes i behandlingen. Det er knyttet strenge regulerings- og kontrolltiltak til ordningen for å forhindre lekkasje av legemidlene ut i et illegalt marked. Overdosestatistikken viser fra 2006 en nedgang i antall tilfeller hvor man har funnet metadon i blodet, noe som kan forklares med økt bruk av buprenofin som nå skal være førstevalget i behandlingen, fremfor metadon (SIRUS, Rusmidler i Norge 2009)

Det var i sin tid stor faglig uenighet om innføringen av LAR som behandlingsmetode. Man kan se en parallell til diskusjonen som pågår nå vedrørende Stoltenbergutvalgets forslag om utvidelse av LAR til også å omfatte såkalt heroinassistert behandling. En har vært redd for at legemiddelet skal få hovedfokus i behandlingen og at rehabiliteringstiltakene i form av rusfaglig oppfølging, psykisk helsearbeid, boligsosialt arbeid, kvalifiserende tiltak osv ikke blir prioritert tilstrekkelig til at behandlingen vil ha en reelt rehabiliterende effekt. En erfarer at de som ikke lykkes med å bli rusfrie ved hjelp av LAR- behandling er de som en ikke klarer å nå med tiltak, til tross for at den medikamentelle delen av behandlingen er på plass. Disse utfordringene kan kun møtes gjennom et tverrfaglig samarbeid som går på tvers av de to forvaltningsnivåene. Sykehus, kommune og fastlege er hovedaktører i dette trekantsamarbeidet som må preges av god koordinering, kontinuitet og reell brukermedvirkning gjennom arbeid i ansvarsgrupper.

I dag er LAR ansett å være et godt og sikkert alternativ til den delen av målgruppen som har behandlingseffekt av metoden. Behandlingen blir på verdensbasis vurdert som en av de mest effektive medikamentelle behandlingene som gir størst effekt både i form av vunne leveår og vunne kvalitetsjusterte leveår. LAR- behandling betraktes av de fleste som en livslang substitusjonsbehandling. Man mottar regulert og lovlig det legemiddelet som erstatter det illegale stoffet man er blitt avhengig av, slik at en rehabilitering blir mulig selv om man fremdeles er avhengig av et legemiddel for å unngå abstinens og ubehag. Kriminalitet og overdosetall reduseres som en direkte følge av denne behandlingsformen og man blir i stand til å inngå i sosiale relasjoner og opparbeide stabilitet. Erfaringsmessig ser man at en del av LAR- pasientene klarer seg veldig godt. De fungerer i jobb, lever et helt vanlig, anonymt liv, kan ha fått tilbake omsorgen for egne barn osv. Etter lang tids stabilitet henter de sin medisin på apotek og administrerer denne selv. I en oppstarts- og stabiliseringsfase er det imidlertid et strengt regime mht henteordninger og urinprøvekontroll. Dette er tilpasset den enkelte, men man vektlegger kontrollaspektene av hensyn til tredjeperson. Farligheten ved preparatene er noe som gjør at gjeldende LAR- forskrift skisserer behandlingsforløp med omfattende kontrolltiltak. Disse hensynene vektles tyngre enn individuelle hensyn til behov for autonomi og fleksibilitet i forhold til medikamenthåndteringen. Det er ellers særegent at en livslang behandlingsform ikke overlates til fastlegen men at behandlingsansvaret hele tiden ligger på sykehusnivå.

Hvis kommunen kommer inn i bildet helt fra starten av har man gode muligheter til å starte en oppfølging parallelt med oppstart på legemiddelet, slik at veien til bolig, aktivitet, nettverksbygging osv kan påbegynnes. I de tilfellen kommunen kommer inn for sent, slik at pasienten eksempelvis må vente på oppfølging får man ikke den koordinerte oppstarten og planmessigheten som er en suksessfaktor. Tidligere var såkalt "sidemisbruk" en grunn til at man ble skrevet ut av LAR- behandling. Det er det ikke i dag så sant behandlingen/situasjonen ikke er medisinfaglig uforsvarlig. Dette gir kommunen noen utfordringer med å komme i posisjon til LAR- brukere som fremdeles ruser seg, har

varierende motivasjon i fht å bli rusfri og som også har en helsetilstand som gradvis forverres. I forhold til denne delen av brukergruppen stilles det tverrfaglige arbeidet i ansvarsgrupper på prøve. Det er store utfordringer i dag i samarbeid rundt LAR-pasienter som bruker cannabis og amfetamin. Den enkelte pasient må bære sin del av ansvaret for rusmisbruket, og det blir pasienten og hans ansvarsgruppes utfordring å finne motivasjon til en endring som gjør den enkelte i stand til å profitere på LAR- behandlingen. I disse situasjonene er det viktig at LAR- pasienter også har tilgang på andre behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten slik at de kan få hjelp med sitt misbruk som står i veien for en optimal LAR- behandling. Sørlandet Sykehus har lagt til rette for at behandlingstilbud som tradisjonelt har vært medikamentfrie også har tilbud til LAR- pasienter. Kommunen har på sin side prioritert rehabiliteringstiltak for LAR- brukere eksempelvis i forbindelse med kvalifisering. En har hatt utstrakt samarbeid med Kirkens Bymisjon som driver Enter, et rehabiliteringstilbud som har vist svært gode resultater og effekt for personer i LAR. Tilbud og tilrettelegging i forbindelse med bolig har også vært avgjørende satsinger for målgruppen.

Utfordringer

Blant hovedutfordringene i dag er botilbud til de som klarer seg dårlig i LAR og som man ikke har muligheten for å sette tøffe nok grenser for i egen bolig. Disse blir gjentatte ganger bostedsløse. Rammene i eksisterende boformer er ikke er godt nok tilpasset deres behov. Dette er en utfordring som synliggjøres nasjonalt, gjennom samarbeid med sykehuset og i det interkommunale arbeidet. En annen stor utfordring er paradoksalt nok knyttet til det positive man har oppnådd ved at tidligere opiatavhengige blir eldre enn tidligere. De fastlegene som har mest erfaring med målgruppen kan fortelle at denne pasientgruppen blir syke og skrøpelige, stort sett av KOLS. Dette gir en krevende oppfølging som utløser behov for sosiale tjenester, helsetjenester og hjemmebaserte tjenester. Behovet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser til denne målgruppen, om lag 10-12 personer i alderen rundt 50 år og noe yngre, er også tilstede. Dette er en målgruppe man tradisjonelt ikke har erfaring med i denne delen av tjenesten. Dette krever fagutvikling, kompetanseheving og nye samarbeidsformer på tvers av organisasjonen. For å forebygge store pleie- og omsorgsbehov i fremtiden, er det viktig å se på tiltak som kan optimalisere LAR-behandlingen.

I og med at fastlegene er gitt muligheten til å søke sine pasienter direkte inn i LAR reduserer dette kommunens oversikt over brukere som er i denne behandlingen. Det er ikke lenger et krav til at kommunens sosialtjeneste er orientert og deltar aktiv i innsøknings- og planleggingsprosessen. Det er hovedgrunnen til at kommunen i mange tilfeller ikke blir orientert før på et svært sent tidspunkt om disse brukerne som har behov for sammensatte tjenester over tid. Dette er et område for forbedring når det gjelder den tverrfaglige samhandlingen. I kommunen har man opprettet Rusfaglig Forum som en fast samarbeidsarena hvor slike saker kan løftes inn og samordnes. Sykehusets vurderingsteam (ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling) deltar også jevnlig i dette samarbeidet.

- ❑ Forekomsten av overdoser i Vest- Agder har siden 1998 vist en jevn nedgang som har påviselig sammenheng med innføringen av LAR
- ❑ Antall dødsfall i Vest-Agder i 1998, som skyldes narkotika og medikamenter var 5. I 2009 var tallet redusert til 1 (SSB)
- ❑ Det rapporteres gjennom kommunens egen rusundersøkelse Førre Var om lite forekomst av heroin og små/ubetydelige beslag av stoffet
- ❑ Antall i LAR i Kristiansand kommune 1.1.2011: 197
- ❑ Antall LAR i Vest-Agder 1.1.2011: 363
- ❑ Gjennomsnittsalder i LAR i Vest-Agder: 39,5 år
- ❑ Antall i LAR på landsbasis 2008: 5 000
- ❑ Antall gravide i LAR med oppfølging fra forsterket Helsestasjon er 1-2 kvinner i året. Helsestasjonen følger per i dag opp 43 barn totalt, 4-5 har mødre i LAR. Disse barna følges opp i 4 år. Ingen økning i målgruppen.