



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: 10/5307

Dato: 19.1.2011

## **Høringsuttalelse – Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika**

Vi viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. oktober 2010 – Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika. Innspill er innhentet fra relevante organisasjonsledd i Legeforeningen, og behandlet i Sentralstyret 19. januar 2011.

Legeforeningen verdsetter intensjonen om styrking av tilbudet til rusmiddelavhengige som ligger bak nedsettelsen av Stoltenbergutvalget, og vi har lest utvalgets rapport med stor interesse. Den er oversiktlig og god i sin beskrivelse av noen av utfordringene i rusomsorgen.

Vi vil imidlertid bemerke at utvalget er sammensatt uten fagpersoner. Dette er oppsiktsvekkende når det gjelder å foreslå så omfattende endringer for et samlet helsetjenestetilbud til en utsatt og sårbar pasientgruppe.

Legeforeningen støtter regjeringens mål om en fortsatt styrking av rusfeltet. Legeforeningen ønsker derfor velkommen den varslede stortingsmeldingen om ruspolitikk og videreføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet til og med 2012. Legeforeningen forutsetter inkludering av sentrale fagpersoner i arbeidet med den kommende stortingsmeldingen.

### **Forebygging**

Utvalgets mandat har vært å vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelmisbrukere kan få bedre hjelp. Legeforeningen synes det er bra og av stor betydning at utvalget også har valgt å komme med forslag som tar sikte på å forebygge at unge begynner med narkotika. Målgruppen er avgrenset til rusavhengige som bruker illegale rusmidler. Rapporten drøfter dermed ikke alkohol som er Norges mest utbredte rusmiddel. Legeforeningen vil understreke at det er vel dokumentert at alkohol er inngangen til tyngre og illegalt rusmisbruk. Mange narkomane bruker også legale rusmidler som alkohol og legemidler i tillegg. Det er heller ikke narkomane som utgjør den største gruppen av pasienter med rus/avhengighetsproblematikk. Når forebygging av narkotika skal diskuteres burde utvalget også derfor pekt på primærforebygging tiltak på samfunnsnivå som kan forebygge ungdoms alkoholmisbruk.

Alkohol er den industrialiserte verdens tredje største årsak til sykdom og tidlig død, og alkoholkonsumet i Norge øker. Alkohol er vårt største rusproblem. Det er anslått at omfanget

av helseskader a alkohol er minst fire ganger høyere enn det bruken av andre rusmidler forårsaker. Norge har fremdeles et lavt totalkonsum av alkohol sammenliknet med andre land i Europa. Dette er en følge av streng regulering av tilgang til alkohol gjennom avgifter, utsalgssteder og skjenkebestemmelser.

Legeforeningen har i lengre tid pekt på at alkohol er en av de livsstilsfaktorene som i størst grad påvirker folks helse i negativ retning. Foreningen har tatt til orde for å videreføre en restriktiv alkoholpolitikk i landet og uttrykt sin bekymring for endringer i drikkemønster og økning i totalkonsum.

Legeforeningen vil fremheve at det viktigste arbeidet for å forebygge alkoholskader foregår på andre arenaer enn i helsesektoren; i skolen, på arbeidsplasser, i hjemmet og der organiserte fritidsaktiviteter finner sted<sup>1</sup>. Vi viser også til vår høringsuttalelse av 23. november 2009 om forslag til endringer i alkohollovgivningen. Legeforeningen støttet her Helse- og omsorgsdepartementets forslag om at alkoholovens maksimaltider for skjenking innskrenkes med en time.

Utvalget fremhever Internett som forebyggingsarena gjennom å etablere nettsider, blogger og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika. Da så godt som alle unge "er på nett" kan dette høres ut som et godt forslag. Legeforeningen vil understreke at selv om det er relativt få unge som eksperimenterer med illegale rusmidler (med delvis unntak av hasj), utgjør disse til gjengjeld en risikogruppe for å utvikle alvorlige rusmiddelproblemer. Også her er arenaer som skole, arbeidsplasser, i hjemmet og organiserte fritidsaktiviteter viktigst for det forebyggende arbeidet. Denne gruppen nås i liten grad gjennom allment rettede informasjons- og opplysningskampanjer. Det kan også være en utfordring å knytte til seg nettsider og bloggere som har den nødvendige såkalte "kredibilitet" i ungdomsmiljøer, og at de aktuelle aktørene "lever som de lærer".

Vi vil også vise til høringsuttalelse fra Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Her blir det fremhevet at internett også er kjent som en markeds plass for kjøpe og salg av ulike narkotiske stoffer. Det utvises stor kreativitet i utvikling av nye psykoaktive stoffer og spredning gjennom internett viser seg å utgjøre en viktig salgskanal. Det er derfor en stor utfordring å "holde følge med" denne utviklingen slik utvalget påpeker og at det krever en intensivert innsats.

Utvalget foreslår å tilby avtaler som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret. Utvalget skiller i sin argumentasjon mellom unge i eksperimentfasen og de som er rusmiddelavhengige. Legeforeningen mener det kan være mye å vinne dersom man reduserer risikoen for at unge starter eksperimentering med narkotika. Det er i Norge i dag relativt få mennesker som soner fengselsstraffer for eksperimentell bruk av narkotika. Vi har i dag begrenset kunnskap om tverrfaglige nemnder og avtaler som reaksjonsform som alternativ til straffeforfølgning og anmerkning i strafferegisteret. Vi vet ikke nok om dette vil få færre til å fortsette sin narkotikabruk enn hva tilfelle er i dag. Dette er imidlertid et interessant tema som bør utredes videre.

Utvalget foreslår å videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli et lavterskel brukersted med helsetilbud og oppfølging. Legeforeningen har tidligere påpekt at sprøyterom skal være et skadereduserende tiltak hvor brukere får mulighet til å injisere heroin i rene omgivelser og under tilsyn av kvalifisert sosial- og helsepersonell. Vi mener det derfor er positivt at utvalget foreslår en ordning med sprøyte-/brukerrom med tilstrekkelig bemanning slik at brukerne kan gis en bedre helse-

og sosialfaglig oppfølging enn hva tilfellet er i dag. Legeforeningen vil peke på at dette er et særomsorgstiltak og har tidligere under tvil støttet ordningen. I de tilfeller der det klart kan påvises at målgruppen ikke kan nyttiggjøre seg den alminnelige helsetjenesten, kan særomsorg forsvares. Det er derfor beklagelig at sprøyterommet ikke favner de mest trengende, nemlig personer med dobbeltdiagnoser. Skal sprøyterommet fremstå som en hjelp til de som trenger det mest, burde det vært lagt til rette for også denne gruppen.

Legeforeningen støtter utvalgets forslag om forsterket innsats mot profesjonelle selgere. Det er videre gledelig at tidlig intervensjon er et prioritert forskningsområde under Norges Forskningsråds Program for rusmiddelforskning 2007-2011. Legeforeningen mener tidlig intervensjon er viktig ved rusavhengighet. Vi trenger mer kunnskap om årsakene til at noen utvikler avhengighetsproblemer og andre ikke. Denne kunnskapsutviklingen må skje i samarbeid mellom forskningsmiljøer, behandlingstilbud og ungdomsarbeidere.

### **Behandling**

For å få til en reell styrking av helsetjenestene til ruspasienter, er det nødvendig å bygge ut sammenhengende behandlingsskjeder hvor kommune- og spesialisthelsetjeneste samarbeider. Det må også legges til rette for at frivillige kan bidra i rusomsorgen. Mangel på samhandling innad i og mellom instanser vektlegges også av Stoltenberg-utvalgets rapport som kanskje den største utfordringen helsevesenet står overfor når det gjelder rustiltak. Etter det Legeforeningen erfarer, utgjør mangelen på tilbud til rusmiddelavhengige i kommunene den største samhandlingsutfordringen. Utilstrekkelige tilbud og manglende økonomiske incentiver i kommunene medfører at rusmiddelavhengige blir plassert i langtids døgnbehandling i institusjoner i spesialisthelsetjenesten når de mangler tilfredsstillende bosituasjon og trenger hjelp til å klare dagliglivets utfordringer. Dette medfører lengre ventelister i spesialisthelsetjenesten og reduserer behandlingstilbudet til de som trenger det mest og ville hatt mest nytte av det.

Antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) øker, og ventetiden for rusbehandling har økt. Tall fra Norsk pasientregister viser at andelen fristrudd i tredje tertial 2009 var på 20 prosent. Behovet for økt kapasitet er med andre ord betydelig også i spesialisthelsetjenesten. Det er et gap mellom dagens bemanning og hva som anses nødvendig for å yte god TSB. Blant annet er kapasiteten på akutt avrusning/avgiftning mangelfull. Behandlingsinstitusjoner og helseforetak bør ha vaktordning slik at behovet for akutt hjelp dekkes. Frivillig arbeid i regi av ideelle organisasjoner utgjør en omfattende del av rusbehandlingen, og det er bra. Det kommunale tjenesteapparatet og de ideelle organisasjonene kan ikke ivareta personer med rus- og avhengighetslidelser uten en sterk spesialisthelsetjeneste i ryggen. Rapporten unnlater å vektlegge nødvendigheten av et tettere og forutsigbart samarbeid mellom TSB og øvrige tjenester i spesialisthelsetjenesten: somatikk og psykisk helsevern.

Utvalget beskriver utfordringsbildet innen behandling og oppfølging slik:

*Vi har i dag en situasjon der flere utfordringer må takles samtidig. For det første må det bli enklere å få rask hjelp og lettere å finne fram i behandlings- og oppfølgingsapparatet. For det andre må tilbudet henge sammen, fra første gang en avhengig kommer til behandling, til den enkelte har fått kontroll med sitt narkotikaproblem og kommet i bolig, arbeid eller annen aktivitet. For det tredje er det behov for å bygge ut et mottaks- og behandlingsapparat som kan ta imot og gi individuell oppfølging og poliklinisk behandling*

### *Mottaks- og oppfølgingsentre*

Utvalget foreslår en rekke mer eller mindre omfattende forslag til ny organisering av helse- og velferdstjenester, men ingen er konsekvensutredet og kostnadsberegnet bortsett fra forslaget om heroinassistert behandling. Det mest gjennomgripende organisatorske endringsforslaget er etablering av Mottaks- og oppfølgingssentre (MO). Flere av de konkrete forslagene i rapporten er knyttet til opprettelsen av slike sentre. MO-sentrene skal samle ansvaret for hele behandlingsforløpet som mottak, utredning, tilgang til medisiner, midlertidig poliklinisk behandling, tilrettelegging av adekvat behandling, bolig og sosiale tiltak og at dette skal skje gjennom tett oppfølging av en koordinator. Utvalget understreker at MO-sentrene må ha høy rusmiddelfaglig kompetanse og at en skal kunne komme direkte uten henvisning. Utvalget foreslår videre at ansvar for alt som vedrører substitusjonsbehandling overføres til de foreslåtte MO-sentrene.

For å unngå fragmentering av hjelpetilbudet understreker utvalget nødvendigheten av at de foreslåtte MO-sentrene knyttes til ett forvaltningsnivå og "at en statlig ansvarsmodell best vil kunne sikre narkotikaavhengige et helhetlig og tverrfaglig behandlingsforløp". Forslaget om at MO-sentrene bør være statlige begrunnes videre med at "rusavhengighet er en kompleks sykdom som fordrer høy kompetanse og tilgang til mange deler av spesialisthelsetjenesten".

Legeforeningen er uenig i forslaget om opprettelsen av MO. MO-sentrene ligner oppbyggingen av det som heter 24/7 og som driftes av Kirkens Bymisjon i Oslo. Tiltaket fikk direkte midler fra HOD og 30 mill for ett driftsår. Hvis man skal organisere MO sentre over hele landet med samme åpningstid vil det kanskje være behov for ca 400 – det utgjør 12 milliarder kroner. Til sammenlikning kan nevnes at det i hele Helse Sør-Øst brukes 1820 millioner kroner på TSB, som omfatter alle pasientgrupper og ikke bare de som Stoltenbergutvalget beskriver tiltak for i sin rapport. Tiltaket 24/7 har døgndrift med 27 stillinger, det ville utgjøre 10.800 stillinger på 400 MO-sentra. Legeforeningen mener det vil være langt bedre å styrke eksisterende tjenestetilbud.

- Utvalget har ikke tatt stilling til muligheten for forsterkning og utbygging av eksisterende behandling, men påpeker flere steder at kapasiteten er for liten og at tilbud er for lite utbygget.
- Rapporten kommenterer ikke at opptrappingsplanen for rusfeltet legger føringer for utbygging av TSB. Opptrappingsmidlene har blitt brukt til å løfte institusjoner fra å være sosiale institusjoner til å bli spesialisthelseinstitusjoner. Det har i mindre grad skjedd en utvidelse av behandlingstilbudet.

Utvalgets forslag om å etablere MO-sentra innebærer en helt annen organisering av kommunehelse/velferdstjenester og spesialisthelsetjeneste for denne gruppen pasienter og medfører en uklar ansvarsfordeling mellom de kommunale helse- og velferdstjenestene og spesialisthelsetjenestene. Et tjenestetilbud til en pasientgruppe med store og sammensatte problemer med behov for langvarig oppfølging bør som utvalget påpeker ikke ha uoversiktlige ansvarslinjer. Det vil bli en meget kostbar og ressurskrevende særomsorg og er ikke i samsvar med samhandlingsreformen eller forslag til nye helselover. Det strider også mot intensjonene i rusreformen hvor alle rusavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper og hvor rusbehandling ble likestilt med annen spesialisthelsetjeneste.

90 % av alle pasienter behandles i primærhelsetjenesten og pasientene i Norge har ikke fri tilgang til spesialisthelsetjenesten uten først å ha konsultert sin fastlege (for TSB også sosialtjenesten). Vi tror kontinuitet i behandlerrelasjonen, nærhet til pasienten og kunnskap om

lokale forhold er viktige. MO kan neppe erstatte fastlegen og kommunal helse- og sosialtjeneste på dette området. Vi tror evnen til å se hele mennesket i sine omgivelser, ikke bare rusmisbruket, er viktig for å kunne gi god behandling til pasientene. Fastlegen har lang erfaring i dette, og bør være en viktig del av helsetilbudet også til ruspasienter. Legeforeningen mener det er bedre å bruke ressurser på eksisterende instanser og gjøre dem i stand til å samarbeide bedre. Det mangler f.eks fortsatt et system for elektronisk meldingsutveksling i dagens helsetjeneste. Rapporten vektlegger ikke muligheten som en forsterket og bedret bruk av Individuell Plan utgjør for en bedret samhandling mellom nivåene i helse- og velferdstjenestene til pasientene.

Alle har krav på tjenester og behandling på rett nivå. Det er helsetjenesten på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten som vurderer og prioriterer. Legeforeningen vil derfor peke på flere prinsipielle problemstillinger ved MO:

- MO-senteret er en instans som har all makt i forhold til beslutninger om både velferdstjenester på kommunalt nivå – og behandling på spesialisthelsetjenestenivå.
- Hva er det MO sentrene skal koordinere og være brobygger for når de selv representerer hele tiltakskjeden?
- Hva skal man med fastlegeordning og kommunal sosialtjeneste når MO senteret har åpne dører 24 timer i døgnet og kan ordne alt?
- Hva skal man med spesialisthelsetjeneste når MO er bemannet med spesialister og følger opp pasientene så lenge det er nødvendig?
- Hvorfor skal pasientene rettighetsvurderes når MO sentrene både er henvisere og vurderingsinstanser – OG gjennomfører behandlingen på kort og lang sikt?
- Hvordan håndteres prioriteringsforskriften i tilknytning MO-sentrene?

#### *Øvrige behandlings- og oppfølgingsrettede forslag*

Legeforeningen støtter forslaget som skal sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold. Som det pekes på kan fengselsoppholdet benyttes til å komme i posisjon til utredning og behandling, og planlegging av et videre behandlingsopplegg etter endt soning. Dette forutsetter en sterk og god fengselshelsetjeneste, som får mulighet til å samarbeide godt med sosialtjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste. Vi tror ikke nok en instans (MO) vil bedre samhandlingen i eksisterende tjenesteapparat.

Utvalget foreslår å harmonisere regelverk for tvang, og utarbeide nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene. Særlig ved de nye rusakutt-enhetene er det nødvendig å følge med hvordan tvang brukes. Vilkår for bruk av tvang er for øvrig tema for Paulsrudutvalget som avgir sin innstilling til sommeren, og spørsmålet om en samlet lov for tvangsbruk er oppe i den forbindelse. Dagens praksis varierer, men årsakene til dette er nok mer sammensatte enn å finne i innretninger rundt lovverket alene.

Forslaget om å sikre en tydelig ansvars og oppgavefordeling mellom psykisk helse og rusfeltet støttes. Det er et problem at mange faller mellom to stoler i dagens system. Utvalget sier imidlertid lite konkret om hvordan en klarer oppgavefordeling mellom rusfeltet og psykiatri kan realiseres.

Legeforeningen er enig i forslaget om å avvikle egenandel for behandling av narkotikaavhengighet. Forslaget bør innføres i eksisterende systemer, ikke i MO. Fastlegene har i dag god kunnskap om sine pasienter, deres sosiale situasjon og lokale forhold. De har

også god kontinuitet i pasient-behandlerrelasjonen. Egenandel og mangel på mulighet til å oppsøke pasienter som ikke selv ber om hjelp, er viktige årsaker til at fastlegene ikke alltid kan gi god nok helsehjelp til ruspasienter.

Utvalget påpeker at det er for lite tilbud om rehabilitering til pasienter i LAR og påpeker også at tilgjengeligheten ikke er god nok. Utvalget vurderer ikke det faktum at LAR nå har inkludert nesten 6000 pasienter med et begrenset tilfang av ressurser. Med forsterkning til kommunene og LAR i spesialisthelsetjenesten, vil LAR være i stand til å få pasientene raskere i behandling og følge tettere opp. Finansiering av LAR mangler forutsigbarhet. I dag bevilges det for lite til LAR-tiltakene hvert år – det betyr at det brukes penger til legemidler og spares på rehabiliteringen. Det er naturlig å bygge ut LAR over hele landet før man forsøker et tiltak som heroinassistert rehabilitering.

Dagens LAR-enheter opplever at rammefinansieringen strammes inn og hindrer medikamentell behandling i den ønskede utstrekning. Heroin er et meget uhensiktsmessig legemiddel som må injiseres flere ganger om dagen og som er assosiert med stor overdosefare, særlig i kombinasjon med andre rusmidler/legemidler. Det finnes i dag andre alternativer til metadon og subutex enn heroin. Ingen forsøk har vist at det har bedre effekt enn LAR legemidler. LAR koster ca 74.000 pr pasient pr år. Heroinassistert rehabilitering vil koste ca 180.000 pr pasient pr år. Legeforeningen går imot dette forslaget.

### **Avsluttende kommentarer om rus- og avhengighetsmedisin**

Rusmiddelrelaterte problemer utgjør i dag en betydelig folkehelsebelastning, og vil sannsynligvis øke de nærmeste årene. Det er – i tillegg til personlig lidelse – store belastninger i form av tapt arbeidsinnsats, sosiale kostnader, kriminalitet og manglende samfunnsdeltagelse. Rusmiddelmissbruk har ofte store ringvirkninger for pårørende og barn.

Rusreformen skulle sikre god faglig behandling for rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten. Men det er ikke nok å vedta at en tjeneste skal være spesialisthelsetjeneste, den må også ha en faglighet og bemanning for å kunne kalles spesialisthelsetjeneste.

### **Spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin**

Det har de siste årene vært en radikal utvikling i kunnskaper om rusmidler og ruslidelser. Rus- og avhengighetsmedisin er et eget fagfelt, med vitenskaplig fundert forståelsesramme, utredning, diagnostikk og behandling. Denne kunnskapen tas ikke systematisk i bruk i behandlingsapparatet i dag. Det er en alvorlig mangel på leger med god nok kompetanse på rusfeltet. Det er også mangel på sykepleiere og psykologer. Mangelen på fagfolk på området gjør at rusmiddelbrukere får et mangelfullt tilpasset behandlingsopplegg, fordi det ikke er kapasitet til adekvat diagnostisk vurdering og utredning.

Det har i flere år vært forsøkt forskjellige stimulerings tiltak for å få en faglig opprustning av rusfeltet, men det har vist seg at tilleggstudanning eller tilleggskurs for andre spesialiteter ikke vil kunne dekke behovet. Rusomsorgen er allerede organisert som et eget fag med egne poliklinikker og institusjoner.


Legeforeningen mener derfor etablering av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin vil være helt avgjørende en bedre helsetjeneste til denne pasientgruppen. I dag er dette definert som spesialisthelsetjeneste, men er en tjeneste uten spesialister.

Det er spesielt viktig at kapasiteten på helse- og sosialtjenestetilbudet generelt økes. Tilbudet som gis rusmiddelbrukere styres dessverre heller av *hvor* det er ledig behandlingsplass, enn *hvilken* behandling som er den rette.

De fleste pasienter med rusproblemer behandles i primærhelsetjenesten. Det bør derfor foretas en nærmere vurdering av behov for fastlegehjemler og rekrutteringstiltak i primærlegetjenesten for å gi tilstrekkelig kapasitet på dette feltet. Primærlegetjenesten har som følge av blant annet opptrappingsplanen for psykisk helse og rusreformen fått økte oppgaver. Dette legger et ytterligere press på fastlegeressursene. Kurs for fastleger vil øke kompetansen, men ikke tilgjengeligheten og kapasitet.

Med hilsen  
Den norske legeforenings sentralstyre  
e.f.

  
Geir Riise  
Generalsekretær

  
Terje Sletnes  
Konstituert avdelingsdirektør

Saksbehandler:  
Gorm Hoel

<sup>1</sup> Legeforeningens policynotat 2/2010. Alkohol vår største rusutfordring.  
<http://www.legeforeningen.no/id/137648.0>