

Høringsuttalelse – Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika

GENERELLE VURDERINGER

Utvalgets sammensetning.

Stoltenbergutvalget ble oppnevnt av regjeringen 6. mars 2009 for å gi forslag til hvordan de mest hjelptrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Utvalget er sammensatt av personer med bred politisk og samfunnsmessig bakgrunn og erfaring fra felter hvor rusmiddelavhengighet gjør seg gjeldende. Dette har ført til en rapport som bæres oppe av stort engasjement og et sterkt ønske om å fremme hjelp. Det har også ført til en rapport som i liten grad ser på praktisk gjennomføring og konkretisering av forslagene. Utvalget har ikke medlemmer med spesifikk bakgrunn fra behandling eller forskning. Dette har gitt utvalget større frihet til å se på problemer og løsningsforslag i et ubundet lys, men gjør også at forslagene virker svakt forankret. Uten tilpassing til det eksisterende behandlingsapparat og den utviklingen dette gjennomgår, vil oppfølging av rapportens forslag bli vanskelig. Rapporten refererer til forskning, men gjør ikke forsøk på å gjengi forskningsfronten eller bygge på kunnskapsstatus. Den bør derfor først og fremst sees som et politisk viljesdokument – uten at dette gjør den mindre gyldig.

Mandatet

Utvalget har avgitt en rapport som bare delvis holder seg til mandatet og i betydelig grad avspeiler medlemmenes syn på rusmiddelpolitikken og på hva som bør endres for å minske problemene. Også dette gjør rapporten levende og lesningen spennende, men det svekker et fokus mot ”hjelp til de mest hjelptrengende”.

Begrepsbruk

Begrepene ”narkotika” og ”avhengighet” står sentralt i rapporten. Dette gjør den lettfattelig, men gjør også at den bygger på en forenkling. Narkotika brukes oftest synonymt med ”illegale rusmidler” og omfatter svært ulike stoffer. Både sykkelighet og dødsrisiko varierer mellom type stoffer og type inntaksmåte. Rapporten mangler en tydeliggjøring av spesifikke farer og tar heller ikke opp hvorledes utviklingen i bruksmønstre og nyere rusmidler kan endre fareprofilen. ”Avhengighet” er et sammensatt begrep som først og fremst peker mot kontrollsvikt. Dette er ikke nødvendigvis tilstede ved bruk, og skadene og farene kan være til stede uten. Den omtaler sykdommen ”avhengighet”, men sier samtidig at ”behandling av rusavhengighet er å få orden på et helt liv”. Disse forholdene gjør at rapporten på den ene siden forenkler og på den andre siden peker på behovet for langvarige, kontinuerlige tiltak med samhandling fra mange parter. Status for forskning og tiltaksutvikling peker sterkt mot behov for nyansering og delmålsetninger. Dette kan nok leses inn i rapporten, men forslagene er bare delvis i tråd med dette.

DE ENKELTE FORSLAGENE – FOREBYGGING

Rapporten har 8 forslag under denne overskriften.

To forslag er rettet mot ”primærforebygging – mot at ungdom prøver illegale rusmidler. Her vektlegges internettmobilisering mot bruk av ”narkotika” med forslag om å knytte dette

sammen med holdningsarbeid i skolen. Forslagene er interessante og i tråd med en utviklingslinje i forbygging av bruk blant ungdom. Så vel erfaringer som forsøk trekker imidlertid i mange retninger, og *først etter en konkretisering vil det være mulig å vurdere dette nærmere.*

To forslag dreier seg om endrete reaksjonsformer når personer, spesielt ungdom tas for bruk og besittelse. Det første gjelder avtaler om oppfølging som alternativ til påtale. Dette er en praksis som i betydelig grad allerede er utviklet i Norge, men i ulik grad i ulike deler av landet. Det kunne her ønskes en systematisk oppsummering av erfaringene og beskrivelse av de ulike tilnærmingene som er forsøkt. Det er grunn til å understreke at forslaget ikke innebærer en godtakelse av eller normalisering av bruk, men tvert i mot en aktiv oppfølging av alle brukstilfeller. *Utvalgets forslag på dette området støttes ubetinget, med håp om en systematisk kunnskapsinnhenting på erfaringer om dette.*

Det foreslås dessuten opprettelse av tverrfaglige nemnder etter modell av ”Commissions for Dissuasion of Drug Abuse” – CDT- komiteer som er opprettet i Portugal. Bruk av alle typer illegale rusmidler – og oppbevaring for inntil 10 dagers bruk - er der avkriminalisert slik at personen ikke kan få reaksjoner etter straffeloven. Bruken er imidlertid ikke legalisert og politiet skal gripe inn. I stedet for tiltale eller bøtelegging skal det henvises til en slags fagbasert domstol med lege/psykolog, jurist og sosialfaglig utdannet. Arbeidsformen omfatter undersøkelse av alvorlighet, informasjon, rådgivning og evt. atferdspålegg. Det kan også ilegges bøter om bruken fortsetter. De som finnes avhengige skal henvises til behandling. Utvalget ønsker at en lignende modell skal innføres i Norge. Forslaget er interessant, men grunnlaget for anbefalingene er dessverre svakt fundert. Det hevdes at det har vært en drastisk nedgang i overdosedødsfall og nedgang i bruk blant ungdom i Portugal. Disse vurderingene finner ikke dekning i adekvat forskning. Det er referert til en EMCDDA-publikasjon. Denne omtaler imidlertid *ikke* endringene i Portugal. Likevel sannsynliggjør rapporten at systemet innfører nye og bedre handlingsalternativer for politiet og andre som møter stoffbruk. Terskelen for slik reaksjon er lav, og på flere vis kan systemet sees som en intensivering av grensesettingen mot bruk av illegale rusmidler med introduksjon av fornuftige handlingsalternativer. Utvalgets forslag om nemnd er noe uklart, blant annet fordi det anbefales tilknytting til helsesektoren mens nemnder er et begrep innen sosiallovgivningen. *Utvalgets forslag om nemnd-liknende rådgivningskomiteer støttes, men grunnlaget for og tilpasningen til et slikt system må vurderes nærmere.*

Ett forslag dreier seg om ”sprøyterom” og bygger på erfaringene med sprøyterom i Norge. På grunnlag av evalueringsrapporter vises det til positive erfaringer i form av økt verdighet for brukerne mens kapasitet og åpningstid er for liten til at tiltaket kan få noen betydning for rusmiljøene i Oslo. Tiltaket beskrives som et tertiærforebyggende tiltak som skal forhindre forverring av sykkelighet og avvik. Det anbefales utvidelse og omlegging av tiltaket til ”brukerrom” som integrert i lavterskel helse- og sosialtilbud. Det anbefales også at det skal åpnes for mindre farlige bruksformer som ”røyking” av heroin. *Tiltaket er logisk og konsekvent beskrevet. Anbefalingene bygger i liten grad på empiri, men er likevel sannsynliggjort. Forslagene støttes.*

Ett forslag dreier seg om å styrke innsatsen mot åpne bruker- og omsetningssteder – i Oslo kjent som ”Plata”. Rapporten viser til totalt 5 byer hvor politiet beskriver slike miljøer og vurderer det som viktig at det gripes inn for å bekjempe utviklingen av disse miljøene. Det foreslås ingen spesifikke tiltak, men i stedet foreslås øremerkete til midler til politiet for forsterket innsats mot profesjonelle miljøer og gateomsetning. Selv om rapporten beskriver miljøet og problemene godt, bygger tiltaksvalget på en forenkling som tildekker noen sentrale problemer. De byene som har lyktes i å bekjempe miljøene har alle tatt utgangspunkt i

”offentlig orden”. Det er utviklet modeller for systematiske politibaserte tiltak som vedvarende fjerner samlinger av brukere samtidig som disse får alternative steder de kan være og oppsøkende sosialfaglig tilbud om hjelpetiltak. Det er oftest også mulighet ”brukesteder” slik disse er omtalt i ovenstående forslag. Det blir for enkelt å ta utgangspunkt i selgere og gatesalg fordi ansamlingene har langt videre sosiale implikasjoner. Det synes også som nødvendig å etablere et tett og nært samarbeid mellom kontrollsektor og sosialsektor og ha god tilgang til lavterskel helse- og sosialtjeneste. *Forslaget vurderes som utilstrekkelig fordi det lett vil føre til fragmenterte og tidsbegrensete tiltak mens behovet er integrerte og langsiktige tiltak. Den grunnleggende vurdering av at det er viktig å bekjempe åpne bruker og omsetningssteder i bybildet er imidlertid vesentlig.*

Ett forslag tar opp problemet med økende omsetning av ulike stoffer på internett. Det foreslås styrket innsats for å begrense dette uten at det fremmes spesifikke forslag. *Påpekningen av at området er viktig, støttes.*

Det siste forslaget innen området forebygging er at det bør prioriteres midler til forskning om effekten av ulike forebyggingstiltak. Forebyggingstiltak har i og for seg vært et prioritert område for flere Forskningsrådsprogrammet og står høyt på agendaen for forskningsinstitutter som SIRUS og SERAF. Ett hovedproblem er at forskningen er metodisk vanskelig. Det er viktig, men vanskelig å finne gode prosjekter og lett å havne i en situasjon hvor det gis midler til prosjekter som i liten grad kan gi solid kunnskap. *Forslaget om å støtte forebyggingsforskning anbefales, men ikke til fortrenghet for annen rusmiddelrelatert forskning og med forutsetning om tilstrekkelige metodekrav.*

DE ENKELTE FORSLAGENE – BEHANDLING OG OPPFØLGING

Rapporten har 12 forslag som på ulike måter dreier seg om behandling. Utgangspunktet er en virkelighetsbeskrivelse om utilstrekkelig kapasitet i et fragmentert behandlingsapparat hvor behandlingen forutsetter samhandling mellom ulike tiltak både på samme og på ulike forvaltningsnivåer. Ett hovedproblem er oppdelingen i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Ett annet er ubalanse i utbygging av ulike tjenester. Dette gjør bruken av tiltakskjeder vanskelig. Resultatet er lange og økende ventelister, og oppsplittet og ukoordinert behandling. Behovet er, sier rapporten, ”helhetlig ansvarlinje” med flyt og samhandling fra et tiltak til et annet ”fra den første dagen” med hjelpønske som skal utløse lett og umiddelbart tilgjengelig hjelp. Samtidig ønskes kvalitetsforbedring og utjevning av kvalitetsforskjeller.

Disse grunnleggende observasjonene er viktige, men ikke nye. De siste fire tiårene har en rekke forvaltningsreformer hatt til hensikt å skape bedre vilkår for samhandling og tydeligere ansvarsplassering. De siste av disse avviklet fylkeskommunenes ansvar for spesialisthelsetjenestene generelt og for rusmiddelinstitusjoner spesielt. Sosialtjenesten, trygdeytelsene og arbeidsmarkedstiltakene forsøkes samordnet gjennom NAV-reformen. Samhandlingsreformen tar både sikte på å styre ressursbruken bedre og å utvikle modeller for samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er også innført en rekke rettighetsbestemmelser, rapporteringskrav og målkra. I tillegg er det utviklet modeller for samhandling i form av ansvarsgrupper, ”case manager” og andre modeller. Problemstillingene gjelder ikke bare personer med rusproblemer men barnevern, psykiatri, tiltak for utviklingshemmete, kriminalomsorgen og dessuten en rekke kroniske somatiske lidelser, særlig der hvor problemstillingene er sammensatte og berører flere ansvarsområder.

Det er en viktig oppgave å skape bedre samhandling og forenkle tiltaksapparatet så langt det lar seg gjøre. Men samtidig bør det advares sterkt mot nye forenklingforsøk som krever nye

behandlingsformer og nye samordningstiltak. Dette gjelder særlig dersom forslagene krever forvaltningsmessige endringer og berører flere budsjettområder og ansvarslinjer. Rapporten forslag på dette området er derfor vurdert særlig nøye.

Hovedforslaget, forslag nr 9, gjelder mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre). Dette skal være "fysiske steder der narkotikaavhengige (uten at det er avgrenset hva dette er) kan komme, alene eller sammen med noen, selvbesluttet eller henvist og "alltid være velkommen". Disse sentrene skal følge opp den enkelte gjennom koordinatorene med "god tid", samordne den enkeltes tjenester og fungere som bro. Det er forutsetning om høy rusfaglig kompetanse, tilgang til døgnplasser, samhandling med en lang rekke spesialiteter og kommunale tjenester og kunne "sørge for bolig, videre behandling og døgnopplegg". Dette gir MO-sentrene en svær kontaktflate og oppgaver som forutsetter beslutningsrett eller annen form for styrende innflytelse så vel i kommunale instanser som i spesialisttjenester. Etter nøye gjennomtenkning av forslaget vurderes dette mer som et ønske enn som en mulig realitet. Det ser helt bort fra ambivalens og krisemaksimeringstendens hos enkelte brukere og helt bort fra erfaring og praksis fra forsøk på å opprette nye organer som skal styre eller ha innflytelse på andre. Det ser helt bort fra den svære reformtrektheten som gjør seg gjeldende i offentlig sektor, og helt bort fra den generelle erfaring at gjennomgripende reformer ikke bare møtes med motstand men også skaper behov for nye kommunikasjonslinjer og ansvarsforhold. Det ser også bort fra at det ikke bare er russektoren som skal koordineres og er fragmentert. Siden det er lite rimelig at russektoren skal struktureres vesentlig annerledes enn andre sektorer som skal tjene personer med sammensatte og langvarige tilstander, innebære i virkeligheten forslaget at vesentlige deler av tiltaksapparatet i dag skal legges om i betydelig grad.

Den samlede vurdering er derfor at forslaget om MO-sentre bør legges til side og heller sees i sammenheng med eventuelle tilpasninger og endringer i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Tenkningen bør inngå i arbeidet med samhandlingsreformen. Det er mer fruktbart i denne omgang å stimulere helseforetakene og kommunene til å utvikle modeller og praksis for samhandling, eventuelt også ved stimuleringsmidler. Igangværende forsøk med utvikling av behandlingslinjer og styrking og utvikling av tiltak som ansvarsgrupper og fellesprosjekter mellom kommuner og helseforetak. Det kan i tillegg være gunstig å forenkle en del av de mange rapporteringspåleggene som er kommet, og i større grad utvikle steds- og sammenhengsrelevante samhandlingsmodeller.

Forslag nr 10 gjelder de nåværende vurderingsenhetene i helseforetakene som tar i mot henvisninger, gir rettighetsvurderinger etter pasientrettighetsloven og tildeler plasser i ulike behandlingstiltak. Alle disse oppgavene skal overføres MO-sentrene og forventningen er at dette skal gi en forenkling som både er ressursbesparende og vil forkorte ventelistene. Igjen synes utvalget å mangle tilstrekkelig forståelse av hvorledes tiltaksapparatet fungerer og kommer svært nær å ønskedrømme som forslag. Også eksperter med rusfaglig kompetanse i MO-sentre må gjøre vurderinger bygget på faglig tilstrekkelig informasjon og vurdere behov i forhold til tiltakstyper. De må også forholde seg til kapasitet i de ulike tiltakene og ventelistene blir ikke nødvendigvis kortere om henvisningen kommer fra et MO-senter.

Vurderingen er derfor at overføring av vurderingsmyndigheten til MO-sentre neppe vil gi noen forbedring og lett kan føre til nye forsinkelser eller vansker. Det vurderes som mer nærliggende å gjennomføre en kritisk evaluering av vurderingsenhetenes funksjon som i dag er sammensatt med oppgaver som styring mot riktigste tiltak på riktigste nivå, vurdering av pasienters rettigheter, hjelp til institusjonenes ressursstyring. Dette systemet fungerer ulikt i ulike tiltak, og en kritisk evaluering vil kunne bidra til bedring av enhetene, kanskje også til nedbygging sider av dem.

Forslag 11 gjelder egne ungdomsmottak som del av MO-sentre. Utgangspunktet for forslaget er positiv vurdering av et lavterskel ungdomsmottak i Stockholm, "Maria Ungdom". Dette ungdomsmottaket, egentlig en poliklinikk med krisetaklingsmuligheter, kan vise til interessante arbeidsformer og resultater. Det er imidlertid liten grunn til å kople dette sammen med forslaget om MO-sentre. Det er viktig at ungdomspsykiatrien og barnevernet utvikler bedre modeller for samhandling, og dette bør ikke være avhengig av utvikling av MO-sentre.

Vurderingen er derfor at forslaget om ungdomsmottak som del av MO-sentre ikke støttes. I stedet bør en støtte utvikling av ungdomstiltak etter modell av Maria Ungdom som samhandlingsarenaer for barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Barne- og familieetaten støtter i dag regionale sentre for multisystemiske familieintervensjoner og har bygge opp kompetanse som i dag ikke har funnet en systematisk form i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det bør vurderes om disse typene tiltak bør sees i sammenheng.

Forslag 12 gjelder bedret samhandling med pårørende med forslag om at dette skal skje gjennom opprettelse av MO-sentre. Problemstillingen er viktig men det er ikke lett å se at MO-sentrene er noen forutsetning eller nødvendighet.

Vurderingen er at tiltak for å bedre samhandling med pårørende er viktig slik det påpekes i rapporten men dette bør ikke gjøres avhengig av forslaget om MO-sentre.

Forslag 13 går ut på å samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging av "narkotikaavhengige" på et statlig forvaltningsnivå. Det er svært vanskelig å se for seg at det skal opprettes en egen statlig forvaltning av en eller flere MO-sentre i hvert av helseforetakenes opptaksområde og evt. også fordelt i forhold til kommuner med store og små narkotikaproblemer. MO-sentrene skal opprettes fra de eksisterende polikliniske og døgnbaserte tiltakene i helseforetakene men skal som det ser ut, forvaltes i et nasjonalt eller regionalt perspektiv samtidig som regionale helseforetak fortsatt skal stå for kjøp av plasser fra private tjenesteytere. Dersom forslaget er rett forstått, anbefales det altså at alle rusrelaterte tjenester tas ut av helseforetakenes budsjetter slik at ytelsene betales direkte fra en egen statlig forvaltning. Ett forhold er at mange av pasientene har så vel somatiske som psykiatriske lidelser i tillegg til sine rusproblemer. Ett annet er at tilstanden "narkotika avhengighet" ikke er definert samtidig som individer med alkoholproblemer og andre avhengighetstilstander ikke er inkludert i målgruppen. Disse forholdene gjør at de grunnleggende ansvarsforholdene blir plassert på ulike forvaltningsområder, innenfor og utenfor helseforetakene. Det grunnleggende problemet er at slik blandingsstyring skaper svært store kommunikasjonsproblemer og styringsproblemer med konsekvenser for ansvarslinjer og samhandling.

Vurderingen er samlet at forslaget om et eget statlig forvaltningsnivå for tiltak for narkotikaavhengige ikke støttes.

Forslag 14 går ut på at narkotikaavhengige skal ha rett til en trygg bosituasjon som del av behandlingen. Aktivitet, arbeid og sosial kontakt skal også inngå. Det er ikke vanskelig å være enig i ønskeligheten av disse tiltakene. Det er betydelig vanskelig å se for seg hvorledes MO-sentre skal styre, dels også betale dette slik som oppfølging av rusmiddelbrukere som bor i egne boliger. Flertallet av disse oppgavene ligger i dag på kommunalt nivå, dels innenfor NAV. Behandlingstiltakene har gjennomgående i lang tid arbeidet med disse problemstillingene. Et problem her er at helseforetakene i stor grad har innskjerpet at slike oppgaver ligger på kommunalt nivå. Et annet at noen kommuner har utilstrekkelig ressurser. Andre har opplevd at tiltak med rusmiddelbrukere ofte medfører betydelig rusmiddelbruk i tiltakene. Det er ikke uten vider klart hva det betyr at botiltak for "narkotikaavhengige" ikke skal preges av rusmiddelbruk. Det ligger en nokså stor

styringsoptimisme bak tanken om at disse vanskene løses ved opprettelse av MO-sentre. Men det kan være gunstig med stimuleringsmidler, kanskje også mer permanente statlige midler.

Vurderingen er at MO-sentrenes funksjon for bo-tiltak, arbeidstiltak, aktivitetstilbud og sosial kontakt under behandling vanskelig kan gjennomføres i dagens samfunn og tiltaksapparat. Det støttes imidlertid at det tiltaksområdet stimuleres og helst støttes langvarig med statlige midler. Hovedtiltaket er bedring og utvikling av de aktuelle områder innen kommunale etater og innen NAV.

Forslag 15 dreier seg om behandlingsbehov og tilbud for innsatte med narkotikaproblemer. Det anbefales at behandlingen starter i fengsel og fortsettes systematisk og langvarig utenfor fengsel. Tilbudet skal bygge på eksisterende tjenester i fengsel, her nevnes tiltakstorg, rusmestringsenheter og § 12-soning. Det skal følges opp etter soning av MO-sentre i samarbeid med kriminalomsorgen. Det er riktig å understreke behovet for fengselsbasert behandlingsstart og rehabiliteringstiltak. Det også riktig at eksisterende forsøk er løfterike, men det er like riktig at fengselshelsetjenesten dels er underbemannet og dels avhengig av kommunale tjenester. Flyttinger mellom fengslene av plasshensyn eller disiplinære hensyn vil dessuten ikke sjelden skap kontinuitetsbrudd, og bemanningsinnskrenkninger har skapt vansker i flere fengsler. Det er dessuten ikke helt lett å se at MO-sentre i seg selv, mer enn andre tiltak er egnet til å gi kontinuerlig oppfølging etter løslatelse. Det er mer nærliggende at selv tilbudet i fengsel må styrkes og at kriminalomsorgen utenfor fengsel styrkes med aktiv oppfølgingsrolle og samarbeidsoppgaver som starter før løslatelsen og varer til den løslatte er tilstrekkelig integrert i sosial- og helsetjeneste.

Forslag 15 peker på et viktig område, men vurderingen er at de største behovene ligger i styrking av behandlings- og tiltaksmulighetene i fengsel. Den nærliggende instansen for oppfølging ved løslatelse er kriminalomsorgen utenfor fengsel. Tiltakene bør ikke forutsette opprettelse av MO-sentre.

Forslag 16. Her foreslås en harmonisering av ulike regelverk for tvang og utarbeidelse av råd og retningslinjer for berørte tjenester. Utvalget peker på at det er tvangsbestemmelser i ulike lovverk og at dette medvirker til en uklar situasjon og til at bestemmelsene brukes lite. Det er grunn til å støtte at tvangsbruk kan være nødvendig. Det er også tilstrekkelig forskning som underbygger at tvangsbruk kan være fruktbart, først og fremst dersom tvangen også har et konstruktivt innhold. Det er grunn til å styrke kunnskapsgrunnlaget for tvang og til å bedre kompetanse og sedvaner. Det er likevel også grunn til å understreke at tvangsbruk medfører betydelige rettssikkerhetsproblemer. Det er også grunn til å understreke at begrunnelsen for tvangsbruk og hjemlingen av den er ulik i de ulike lovverkene. Dette gjør at en ikke uten videre kan "harmonisere" disse lovverkene. Det gjør det også nokså vanskelig å bestemme at MO-sentrene skal ha oppfølgingsansvaret etter tvangstiltak.

En mer helhetlig praksis for anvendelse av lovverk som hjemler tvang er ønskelig. Harmonisering eller koordinering medfører imidlertid nokså store vansker. Det bør nedsettes et utvalg som ser på dagens lovverk og anvendelsen av det. Utvalget bør også se på forutsetninger knyttet til tvangens innhold. Det er lite rimelig å legge oppfølging til forslaget om MO-sentre.

Forslag 17 er å sikre tydelig ansvars- arbeidsdeling mellom psykisk helse og rusfeltet.

Forslaget støttes.

Forslag 18 Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.

Forslaget støttes.

Forslag 19 går ut på at den narkotikaavhengige skal kunne få oppstart med egnede legemidler "når den enkelte trenger det". All viktig legehjelp for alvorlige sykdommer skal selvsagt komme så raskt som mulig når behovet er fastslått. I forhold til rusmiddelproblemer er behovsfastsettelsen imidlertid ikke så enkel. Det å trenge et legemiddel på dette området innebærer å få et middel som også brukes i rushensikt, og det foreligger en lang rekke tilfeller hvor legens forskrivning har skapt eller forsterket, for ikke å si forhindret behandlingen av rusproblemene. Anbefalingen i forslag 19 må derfor knyttes til en diagnose av hvilken type problem som er tilstede og til en vurdering av om behandlingsformen er egnet for vedkommende. Uten dette vil anbefalingen lett leses som at behandlingen skal starte når "den enkelte ønsker det". Det anbefales dessuten uten at dette er konkret utformet som et forslag at målet om "når den enkelte trenger det" skal oppnås ved beslutningsmyndighet til leger i MO-sentre. Hovedproblemet for LAR-sentrene i dag er ressursituasjon, ikke beslutningstregghet. Noen LAR-sentre har ingen ventetid etter vurdering, andre har noe lenger, men først og fremst der hvor en tiltaksplan forutsetter døgntilrettelagt behandling. Andre problemer er knyttet til manglende fremmøte for oppstart av pasienten. Kjennskap til LAR-systemet tilsier at lite løses ved å legge oppstartmyndighet til en ny instans. Et bedre forslag til være å pålegge helseforetakene å beskrive ansvarsforholdene for oppstart i LAR tydelig slik at både kompetanse og vurderingsmyndighet er tydelig. Det er i dag ulikt hvorledes helseforetakene har utviklet Lar som modell. Dersom en lege vurderer at en pasient trenger LAR, kan legen i dag innenfor regelverket stabilisere og behandle en pasient uten LAR-søknad, fortrinnsvis etter samråd med LAR-tiltak. Det råder noen uklarhet om det er forutsetning for avvenningsmålsetting eller ikke. Disse forholdene avklares enklest ved en gjennomgang av forskriften for LAR som er et ansvarsområde for Helse- og omsorgsdepartementet.

Teksten til forslag 19 omhandler dessuten behovet for og nå frem til pasientgrupper med lav kontakt med hjelpe- og behandlingsapparat, ofte pasienter med atferds- og funksjonsproblemer. Det vises her til forsøksarbeid "Klinikk Motivasjon" i Oslo med positive erfaringer. Dette anbefales innarbeidet i MO-sentre. Utvalget ser her ut til å overse at såkalt "lavterskel vedlikeholdsbehandling", herunder "Klinikk Motivasjon" er behandlingstilbud som skal være knyttet sammen med lavterskel sosial- og helsetjeneste. Med mindre en tenker seg at MO-sentrene også skal drive lavterskeltiltak, herunder også oppsøkende arbeid, er det ikke naturlig at MO-sentre eller andre former for spesialisert helsetjeneste skal få ansvar for slike tiltak. Søkelyset blir derfor satt på kommunal helsetjeneste som på legesiden nesten uten unntak utøves av fastleger. En måte å bedre dette på vil være å opprette kommunale sosialmedisinske legestillinger, en annen å utvikle samhandlingsmodeller hvor spesialisthelsetjenesten yter legetjenester til kommunal rustjeneste. En tredje mulighet er at det opprettes ordninger for fastleger med sosialmedisinske oppgaver, herunder evt. igangsetting av tidsavgrenset vedlikeholdsbehandling (interimbehandling i følge litteraturen). Alle disse forslagene vil antakelig forutsette statlige bevilgninger eller øremerkete midler.

Ut over denne konkrete anbefalingen kritiserer rapporten enkelte sider av behandlingsopplegget uten å tydeliggjøre om det dreier seg om generelt gyldige beskrivelser. LAR – systemet har mer enn nesten noen andre behandlingsformer i Norge gjennomgått en løpende og tilbakevendende evaluering og monitorering. Det er blant annet på denne bakgrunnen kommet omfattende nye retningslinjer. Det er for eksempel ikke slik at LAR-retningslinjen eller praksis krever full avrusning før oppstart. Det er heller ikke slik at det stilles krav om bolig og andre sosiale tjenester før oppstart slik at mangelen på dette forhindrer behandlingen. Men disse områdene er viktige for en godt behandlingsresultat slik at det er grunn til å arbeide for best mulig praksis i samarbeid med kommunene.

Vurderingene er at forslag 19 i rapporten gir en for enkel beskrivelse av vurderingene for oppstart av en spesialisert behandling. Det er viktig at beslutningen om tidsavgrenset

forskrivning av et morfinstoff forankres i en tilstrekkelig kompetent helhetlig vurdering. Det er ikke nødvendig og ikke ønskelig å legge dette til MO-sentre med en svær og sammensatt funksjon. Det er ikke gunstig å legge tiltak for å nå "hard to reach"-grupper på et spesialisert tiltaksnivå siden tiltakene bør forankres i lavterskel kommunale tjenester. Det foreslås en ordning hvor statlige stimuleringsmidler eller øremerkete midler stilles til rådighet for at kommunen kan engasjere en fastlege med særlig kompetanse og interesser til å behandle heroin- og andre opioidavhengige etter en interimmodell med tidsavgrenset behandling inntil langsiktige tiltak kan iverksettes. Dette kan også oppnås ved samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

Forslag 20 går ut på å legge behandling og oppfølging av LAR- pasienter til MO-sentre. Forslaget er en logisk følge av at all spesialisert behandling av ruslidelser skal legges til MO-sentre. I denne høringsuttalelsen bedømmes forslaget negativt og de samme motforestillingene gjelder dette spesielle området. I tillegg kan det føyes til at vanskene med ressurser og kompetanse på kommunalt nivå neppe endres. LAR-modellen bygger i dag på et trepartssystem hvor LAR nettopp skal samarbeide langsiktig med fastleger og sosialsentre. Hovedproblemet i dag er ressursituasjonen i LAR-tiltakene. Det er ikke gitt at oppfølgingen blir bedre med MO-sentre i stedet for LAR-tiltak.

Forslag 21 går ut på å basere LAR-behandling på tillit fremfor kontroll, dvs. redusere bruken av urinkontroller. Dette aspektet er behandlet i de nye LAR retningslinjene med samme konklusjon, likevel ikke slik at kontroll behovet avvises. Ett hovedproblem er beskyttelse av "tredjepart", dvs. faren for videresalg og videreformidling av farlige avhengighetsskapende legemidler. Et annet område gjelder dokumentasjon av mestring, f.eks. i forbindelse med førerkort, visse yrker, barnevernsaker og en del andre områder. Det er dessuten ganske mange pasienter som selv ønsker kontrollprøver, både som en styrking av egenkontroll og i forhold til pårørende eller andre.

Vurdering. Forslaget er i tråd med allerede innførte retningslinjer

Forslag 22 dreier seg om forsøk med heroinassistert behandling hvor et flertall på fem av ni medlemmer forslår et tidsavgrenset forsøksprosjekt der bruk av heroin inkluderes som vedlikeholdsmedikament i LAR. Mindretallet mener at det viktigste er å styrke eksisterende behandlingstilbud kvantitativt og kvalitativt. Det foreligger en relativt omfattende forskning som vedrører heroinassistert behandling, HAT. Denne er vurdert i systematisk kunnskapsoppsummering (Cochrane) slik at det er utilstrekkelig evidens for å anbefale slik behandling, enn si å kartlegge en målgruppe for behandlingen. En mindre streng vurdering tilsier likevel at det antakelig er en gruppe heroinavhengige som ikke finner seg til rette i metadon- eller buprenorfinassistert behandling. Det sikreste funnet i sammenlikninger med metadon er at de som får et høyt nivå av heroin legalt to til tre ganger daglig, bruker mindre illegalt ervervet heroin. Det er også nokså god evidens for at pasienter i HAT reduserer kriminaliteten noe mer enn de gjør når behandlingen skjer med metadon eller buprenorfin. Her er det imidlertid viktig å være klar over at svært mye av kriminaliteten hos heroinbrukere er knyttet til en mindre gruppe som er særlig kriminalitetsaktive. Den noe større reduksjonen er derfor betinget av at behandlingen når frem til denne gruppen. Det bør også vektlegges at HAT innebærer krav til regelmessig fremmøte to til tre ganger daglig 7 dager i uken uten anledning til å ta med medikamentet hjem. Disse kravene vil oftest forhindre at tilbudet er egnet for de som har store personlige problemer eller funksjonsvansker. Målgruppen er derfor uklar. Det er også grunn til å vektlegge at HAT ikke i noe by begrunnes med bekjempelse av åpne stoffscener (Plata) eller arbeid mot høye overdosertall. Disse forholdene gjør at HAT bør komme langt ned på en prioriteringsliste. Det kan føyes til at forsøk vanligvis bør ha en problemstilling som skal undersøkes. Det er i dag nokså mye kunnskap om HAT. Det er

vanskelig å se at et tidsavgrenset lite norsk prosjekt skal bidra med noen ny kunnskap. Prosjektet bør ikke brukes til å nedbygge motforestillinger eller opparbeide velvillighet i fagkretser. I forhold til kostnadsvurderinger har utvalget benyttet eldre kostnadsvurderinger fra 2007 som inkluderer kommunale utgifter. Om kostnadene skal vurderes bør dette gjøres slik at de direkte kostnadene ved HAT i aktuell modell sammenliknes med LAR i aktuell modell. Kostnaden fremstår i det lyset svært mye større i HAT enn i LAR. Det er dessuten et tilleggsproblem at dersom HAT skulle innarbeides, vil en måtte opprette HAT nokså mange steder fordi pasienten må bo så nært tiltaket at de kan møte flere ganger daglig 7 dager i uken.


Vurdering: Det er liten grunn til forsøksprosjekt med heroinassistert behandling i Norge. Det foreslåtte prosjektet vil ikke gi ny kunnskap av en forskningsmessig kvalitet som innebærer generaliserbar kunnskap. Det nær umulig å se målgruppen for et prosjekt før LAR er styrket kvalitativt og kvantitativt. Dette gjør at begrepet forsøksprosjekt egentlig er noe misvisende. Dette innebærer støtte til mindretallet i utvalget.

Høringsuttalelsen er ført i pennen av

Professor emeritus Helge Waal
Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF)
Universitetet i Oslo

Oslo 21.12.2010

Det medisinske fakultet
Finn Wisløff
Dekanus


Senter for rus og avhengighetsforskning
Jørgen G. Brammess
Professor, dr.med. forskningsdirektør