



FYLKESMANNEN I FINNMARK

Helse- og sosial avdelingen

HELSETILSYNET

I FINNMARK

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref

Deres dato
05.10.2010

Vår ref
Sak 2010/3856
Ark 720

Vår dato
04.01.2011

Saksbehandler/direkte telefon: Tyra Veigård Mannsverk - 78 95 03 49

Stoltenbergutvalget - rapport om narkotika – høringsuttalelse

Fylkesmannen i Finnmarks høringsuttalelse vil ha utgangspunkt i vår virkelighet med hovedvekt av små kommuner og store avstander. Bakgrunnen for dette, er at vi mener rapporten bærer preg av å ha et storby-perspektiv. Representantene i utvalget synes for en stor del å ha tilhørighet rundt Oslo. Vi mener at rapporten mister noen perspektiver ved at utvalget ikke er bredt geografisk sammensatt og dermed ikke får tilstrekkelig nasjonal relevans.

Innledningsvil har vi følgende kommentarer på generelt grunnlag til rapporten:

I arbeidet med den kommende stortingsmeldinga, mener vi det blir viktig at ulike deler av fagfeltet også får komme til orde med evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap på et felt der mange har synspunkter på hvordan denne uensartede gruppen mennesker best skal ivaretas.

Brukerrepresentasjon er ikke prioritert i utvalget, disse stemmene må i særdeleshet få komme frem i det videre arbeidet.

Rapporten handler utelukkende om narkotika til tross for at Statsråden i mandatet for oppnevningen av utvalget brukte betegnelsen "de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige".

I vårt høringsinnspill velger vi i det videre å fokusere på punktene 9 til 13 i utvalgets rapport.

Dette betyr at de øvrige punktene gis det tilslutning til, med unntak av punkt 22:

Overvåket inntak av heroin i LAR. Diskusjonen omkring dette tema har etter vår oppfatning utviklet seg til en diskusjon der faginstansene på ingen måte kommer med entydige anbefalinger. For oss er det videre viktig å vektlegge sentrale brukerorganisasjoners sterke motforestillinger mot å ta i bruk behandling med heroin. Forslaget kan dermed ikke støttes av oss.

Overordnet kritikk:

Rapporten synes i stor grad å basere seg på at mange av utfordringene innenfor rusfeltet skal møtes ved opprettelse av MO-sentre. Av grunner som vi framgår i det følgende, mener vi at slike sentra ikke vil være realiserbare i landet som helhet, og at alternative løsninger i større grad burde vært diskutert.

- Rapporten tar ikke hensyn til geografiske og demografiske utfordringer: Et MO-senter slik det er beskrevet i rapporten, vil forutsette kommuner av en viss størrelse (min. 20.000?) dersom det skal være mulig å legge til rette for et døgnåpent tilbud med bl.a. spesialisert medisinsk ruskompetanse. Dersom det tenkes interkommunale modeller for MO-sentre, burde dette komme tydelig frem. Nærhetsprinsippet ved et interkommunalt MO-senter vil bli borte ved interkommunale løsninger og likheten mellom et MO-senter og DPS modellen vi har i dag, vil bli stor. Vi vet også at dersom fagmiljøene blir for små, ønsker ikke "spesialistene" å jobbe der. I Finnmark har de tre DPS'ene for øvrig gjennomgripende utfordringer med å rekruttere leger, legespesialister og psykologer. At disse skal kunne rekrutteres til hver kommune/hvert MO-senter har vi vanskeligheter med å forstå. Vi etterlyser alternative måter i ivareta de funksjonene som MO-sentra forutsettes å dekke, og forutsetter at man i arbeidet med stortingsmeldinga vil fokusere på dette.
- Det må gjøres rede for hva konsekvensen blir av å gruppere rusmiddelavhengige i forhold til type rusmiddel, og samtidig avklare hvem som skal peke ut de som skal gå inn dørene på et MO-senter, om det er pasienten selv eller tjenesteapparatet. Med opprettelse av MO-sentre vil staten igjen skille mellom avhengighet til alkohol, medikamenter og narkotika. Vi ser på dette som uheldig på et tidspunkt der fagfeltene innen rus, psykisk helse og somatisk helse er i ferd med å nærme seg hverandre. Normalisering, ikke stigmatiserende særomsorgstiltak, er veien å gå for rusavhengige mennesker. Dette understreker NAV-reformens hovedprinsipp og samhandlingsreformens intensjoner. NAV reformens hovedparole var at alle skulle motta tjenester ved å gå inn samme dør. Hvis denne målsetningen er endret, og dette ikke gjelder de som misbruker eller er avhengige av illegale rusmidler, så må dette tydeliggjøres. Hvis man mener at ordningen ikke fungerer etter intensjonen og ikke kan stimuleres til å fungere bedre, må dette komme tydeligere frem.
- Individuell plan: Som utvalget peker på, er erfaringene at tett, individuell oppfølging av personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester er en nødvendighet. Retten til individuell plan er i dag forankret i 6 ulike lover, kravet om koordinering ligger i samtlige. I tillegg pålegger forskrift om habilitering og rehabilitering kommuner og spesialisthelsetjeneste å ha en koordinerende enhet som skal være synlig og tilgjengelig for brukerne. Erfaringene i vårt fylke pr i dag, er at tjenesteapparatet har store utfordringer med å skaffe koordinatorene. Utvalget har ikke berørt denne problemstillingen, og vi kan ikke se at opprettelse av MO-sentre uten videre vil løse denne utfordringen
- Et av forslagene er at MO-sentrene skal ha statlig forankring, samtidig som de skal være et lavterskeltilbud hvor retten til nødvendig helsehjelp skal utredes. Det er uklart om dette innebærer å etablere et nytt forvaltningsledd i en organisering der staten nå har samhandling som en av sine store oppgaver. Rapporten sier ingenting om hvorvidt noen forvaltningsledd skal fjernes. Den tar heller ikke hensyn til utviklingen av lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid. Ansvarsforholdene mellom MO-sentre sett opp mot de etablerte tiltakene vi har i dag (1. og 2. linja) er ikke beskrevet. Dersom MO-sentre skal avgrense seg til avhengige av illegale rusmidler

må alle henvisningssystemer opprettholdes. Vi må dermed se nærmere på hvilke gevinster, ressursmessige og samfunnsmessige, et slikt senter kan få. Et eksempel på problemstilling er prioritering mellom en henvisning fra MO-senter for en opioidavhengig med blandingsmisbruk versus en alkoholavhengig med opioidbruk som tilleggspol. Rapporten mangler alternative forslag til løsning av disse utfordringene.

- Intensjonene med MO-sentrene er at de skal bemannes med kvalifisert personale. Dette inkluderer psykologer og psykiatere. MO-sentrene skal diagnostisere for kvalifisering til f.eks institusjonsbehandling og initiere lokalbaserte tiltak. Dersom vi forventer at kompetanse skal overføres fra spesialisthelsetjenestene til MO-sentrene må føringer på en slik endring komme politisk, og bli en viktig del av stortingsmeldinga i 2011.
- Utvalget peker på viktige oppgaver knyttet til pårørende og deres behov. Et sentralt juridisk område er hvordan særlig foreldre kan ivaretas når barn lever i destruktivt rusbruk. Utvalget kommer med henstillinger på dette området, men kunne gått lenger i form av større tydeliggjøring av dilemmaer knyttet til bl.a. taushetsplikten og omsorgen for pårørende. Det er for tiden stor oppmerksomhet og innsats knyttet til barn som er pårørende til mennesker med rusavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller psykiske lidelser. Tilbudet settes i system gjennom egne barnekoordinatorer rundt om i landet, på alle sykehusavdelinger der dette er aktuell tematikk. Slike lovpålagte føringer kan gi puff i retning av økt kunnskap, kompetanse og flerfaglig samarbeid mellom aktører, og det pågående arbeidet burde vært trukket inn i rapporten
- Rapporten foreslår at kommunens utgifter til omsorgs- og rehabiliterings-tilbud, langsiktige planer og egnede boliger skal inngå i MO- senterets ansvar. Det presiseres at forslaget gjelder all rusbehandling og oppfølging, og at dette vil sikre en uavhengighet til kommunens økonomi. Hva dette konkret innebærer er ikke utredet. Det virker besnærende med en statlig modell som sikrer den enkeltes rettigheter uavhengig av kommune-innretning og økonomi, men dette vil igjen være et politisk spørsmål å ta stilling til.
- Hvordan blir ansvarsforholdene i en organisering av MO-sentra sett opp mot de etablerte tiltakene vi har i den ordinære 1. og 2. linje? I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke dette ikke berørt, og utvalget trekker heller ikke inn arbeidet med samlet lovverk på helse- og omsorgsfeltet.
- Når opphører MO-sentrenes ansvar? Fagfeltet opplever at rusfeltet blir mer og mer fragmentert. Mange NAV kontorer legger rus utenfor NAV og noen legger rus i kommunale oppfølgingsenheter. MO-senter tenkningen kan synes å legge opp til enda et forvaltningsnivå som kommunene skal/må forholde seg til. Vi kan nå risikere å få en henvisningskultur som gjør tjenesteapparatets ansvar enda med pulverisert med det resultat at pasientene/klientene blir "varer" i et helsefaglig regime hvor sosialt arbeid blir en liten bisetning i tilbudene til rusmiddelavhengige og hvor aktørene henviser seg bort fra ansvaret. Koordinering av tjenestene er fortsatt et nøkkelord, der koordinatorrollen og individuell plan fortsatt er de viktigste virkemidlene. Etter vår vurdering må vi fortsette å arbeide målbevisst for at disse lovpålagte virkemidlene taes i bruk i forhold til gruppen rusmiddelavhengige.

Evalueringen av Tillitspersonsforsøket (Rambøll) viser oss at nettopp disse elementene er mer enn store nok utfordringer i dagen organisering av tjenestene.

Vi håper at disse innspillene kan være til nytte i det videre arbeidet med stortingsmeldinga.

Med hilsen

Karin Straume
fylkeslege

Tyra Veigård Mannsverk
rådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk.