



Helse- og omsorgsdepartementet
Att. Postmottak HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Helse- og sosialavdelingen
Deres ref.:
Vår ref.: 2010/7596 730 HSL
Vår dato: 21.12.2010

Høringsuttalelse - Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika

Stoltenbergutvalget fikk som mandat å gi forslag til hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, samt å vurdere om heroinstøttet behandling kan være en del av tilbudet.

Vi oppfatter at utvalget i sin rapport avgrenser mandatet ved å definere målgruppen som narkotikaavhengige. Definisjonen er ikke særlig presis, men gjør det tydelig at primært alkoholavhengige faller utenfor. Dette er en begrensning som kun begrunnes med at alkohol er et rusmiddel det finnes regulatoriske virkemidler for å påvirke tilgangen til. Utfordringer for målgruppa beskrives som skyld, skam, selvforakt, komplekse og sammensatte problemer, og høy grad av samsykelighet. Utfordringer for hjelpeapparatet beskrives som lett tilgjengelige tjenester, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud, tilstrekkelig kapasitet i avrusning, bedre botilbud og høyere kvalitet i behandlingstilbudene. Dette er beskrivelser vi vet er like gyldige for mange mennesker som er alkoholavhengige. Disse inkluderes kun i rapportens målgruppe ved sitt eventuelle narkotikaproblem. Dette er en betydelig svakhet ved rapporten.

Når utvalget foreslår etablering av nye tiltak og tilnærminger blir det nødvendig å definere tydeligere hvem de skal gjelde for. Vi er bekymret for at grensdragninger mellom de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, andre rusmiddelavhengige og andre mennesker med rusmiddelproblemer vil bidra til diskriminering og skjevfordeling.

Kommentarer til enkeltforslag

5. Videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli lavterskel brukersteder med helsetilbud og oppfølging.

Sprøyterom er i både prinsipp og praksis et marginalt tilbud. I rapporten fokuseres sprøyterom og brukersteder som potensielle arenaer for å etablere forbindelse med øvrig hjelpeapparat. Dette er en funksjon som brukerstedene kan ha, men som også rommes av en rekke andre eksisterende tiltak, for eksempel feltpleien. Med bakgrunn i erfaringer med og evaluering av sprøyteromsordningen er det grunn til å stille spørsmål ved kostnadseffektiviteten i tiltaket med tanke på målsetningen om kontaktetablering, enten tiltaket heter sprøyterom eller brukersted. Det er videre vanskelig å forstå hvilke rusmidler utvalget ser for seg straffefrihet for på brukerstedene. Blanding av mange ulike typer rusmidler medfører en betydelig fare for at nyrekruttering.

Å røyke heroin nevnes spesielt, og medfører lavere risiko for akutt dødsfall som følge av overdose. Det å motivere til å røyke framfor å injisere er et overdoseforebyggende tiltak i seg selv, men det er høyst usikkert om det er fornuftig å etablere egne offentlige røykerom for heroin.

To av sprøyteromslovens hovedformål var – 3) å bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og 4) å bidra til å redusere antallet overdoser og overdosedødsfall. Vi vet at det er betydelig økt overdosefare forbundet med å blande heroin og andre medikamenter. Særlig gjelder dette benzodiazepiner som brukes omfattende i kombinasjon med heroin. Det er også større infeksjonsfare forbundet med injeksjon av blandingsdoser. Videre er de som blander hyppigst og mest risikofyllt, ofte de mest hjelpetrengende. Når brukersteder fremmes som eget forslag, er det et paradoks at det ikke anbefales å åpne for straffefrihet også for blandingsinjeksjoner.

Behov for mer kunnskap

8. Prioriter midler til forskning om hvilke forebyggings tiltak som gir best resultater.

Vi har allerede mye kunnskap om forebyggingsprogrammer med effekt i skolen. Likevel brukes store ressurser på tiltak som har dokumentert liten eller paradoksal effekt. Når først forebygging behandles i rapporten, mener vi den bør understreke behovet for å implementere evidencebasert kunnskap om forebygging. Vi ønsker oss heller en forsterket innsats på tiltak som har dokumentert effekt, enn forsterket innsats på forskning på dette.

Behandling og oppfølging

Mottaks- og oppfølgingssentre

9. Etabler mottaks- og oppfølgingssentre over hele landet (MO-sentre).

10. Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene.

11. Åpne egne ungdomsmottak som del av MO-sentrene.

12. Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende.

Intensjonene i forslagene er gode. Behovsbeskrivelsen er gjenkjennbar. Resepten god tilgjengelighet og tett individuell og helhetlig oppfølging med kontinuitet har man bred erfaring for som nødvendig og nyttig. MO-sentrene virkelig springende punkt er derfor forslag 13.

Det synes klokt å samle flest mulig av de mange tjenestene som målgruppen har behov for og rett til på ett forvaltningsnivå. Dette er imidlertid ikke et tilstrekkelig tiltak for å oppnå samordnede og koordinerte tjenester. I det bildet vi ser i dag er de uløste utfordringene til samarbeid minst like store mellom ulike tjenester på samme nivå som mellom nivåene. En koordinering av kapasiteten i de ulike tiltakene som forhindrer stadige brudd i kontinuitet, er derfor minst like viktig. Sverre Nesvåg peker på muligheten for at pengene skal følge pasienten heller enn at pengene skal plasseres i ulike deler av systemet. Dette er innspill som bør vurderes videre.

Utvalget har tilsynelatende ikke latt seg lede vesentlig av det pågående arbeidet med samhandlingsreformen, og foreslår at MO-sentrene skal samle tiltak på ett forvaltningsnivå med statlig ansvar. Vi deler utvalgets vurdering av at ett forvaltningsnivå vil kunne bidra til mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Valget av statlig modell begrunner utvalget ut fra to forhold; 1) behov for høy kompetanse, og 2) likeverdig behandlings- og oppfølgingstilbud rundt i landet. Vår erfaring er at kommunene besitter høy kompetanse, og at mange dyktige fagfolk faktisk gjerne vil arbeide i kommunene da det innebærer å jobbe tettere med folk der de lever sine liv. I Samhandlingsreformen er et sentralt motiv å styrke kapasitet og kompetanse i kommunene. Vi vet også at variasjonen i tjenester forankret i statlig ansvarsmodell slett ikke er like uavhengig av for eksempel bosted. Til en viss grad er forankringsspørsmålet avhengig av hvilke tjenester som defineres innenfor MO-sentrene, men vårt utgangspunkt er at alternativ b) bredt kommunalt ansvar vil være det beste.

Bruk av tvang

16: Harmonisere regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger man opp til fortsatt å skyve arbeidet med nytt lovverk på dette området foran seg. Det mener vi er feil. Arbeidet med særlig å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens sørge for ansvar ved vedtak om bruk av tvang etter lov om sosiale tjenester må gis prioritet.

Behandling med legemidler (LAR)

19. Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det.

21. Baser behandling på tillit fremfor kontroll; reduser bruken av urinkontroller.

Begge forslagene peker på vesentlige forbedringsområder for LAR, men vi mener at disse er tatt inn i det nye rammeverket for LAR allerede. Utfordringen ligger i å implementere dette i ny praksis. Utvalgets forslag 19 og 21 understreker kun de regelendringer som allerede har funnet sted.

22. Overvåket inntak av heroin i LAR?

Et knapt flertall i utvalget går inn for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR. Heroinforordning er et omstridt tema, og vi ber om høringsinstansenes syn på utvalgets forslag.

I rapporten (s 37) gjøres det rede for hva som er valgt norsk praksis for godkjenning av legemidler. Spørsmålet utvalget har tatt stilling til vedrørende substitusjonsbehandling med heroin, bør etter vår oppfatning behandles på alminnelig vis. Det er en oppsiktsvekkende forskjellsbehandling av opiatavhengighet som sykdomstilstand når medikamentvalg legges ut til offentlig høring. Valg av legemiddel må foretas av medisinsk og farmakologisk ekspertise. Noe annet ville vært helt uakseptabelt i forhold til enhver annen medikamentkrevende behandlingsform.

Med hilsen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent av

Elisabeth Lilleborge Markhus e.f.
fylkeslege

Håkon Steigum Løes
rådgiver

Saksbehandler: Håkon Steigum Løes