

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår referanse:
10/01058-4/008

Deres referanse:

Dato:
28.12.2010

Saksbehandler:
Frode Bie, +47 913 71 930

Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika - Høringsuttalelse fra Helse Sør-Øst

Det vises til høringsbrev av 05.10.10 om Stoltenbergutvalget.

Helse Sør-Øst RHF oversender med dette sin høringsuttalelse hvor det er innarbeidet vurderinger fra høringsuttalelsene til helseforetakene, jfr vedlegg. Helse Sør-Øst RHF vil i høringsuttalelsen først gi noen generelle kommentarer og deretter kommentere særskilt enkeltforslag i rapporten.

Rapporten omhandler narkotika som representerer et omfattende samfunnsproblem. Helse Sør-Øst RHF gir sin fulle støtte til beskrivelsen av målgruppen og utfordringene. Det er stort behov for å utvikle bedre metoder for behandling og øke både kvaliteten og den samlede ressursinnsatsen.

De fleste rusmiddelavhengige har et blandingsmisbruk av alkohol, legale medikamenter og illegale stoffer. Alkohol brukes i mye større utstrekning enn narkotiske stoffer, og med godt dokumentert skadevirkninger. Mange behandlingstilbud har gode erfaringer med å behandle avhengige av ulike rusmidler og blandingsmisbruk i samme tiltak. Det blir derfor snevert å fokusere bare på narkotika og lage egen strategi for forebygging, behandling og rehabilitering avgrenset til narkotika.

Rapporten beskriver kjent problematikk, men noen av problembeskrivelsene og løsningene synes å være mest tilpasset storbyene med stor befolknings- og belastningskonsentrasjon, små avstander og god tilgang på leger og psykologer. Det kan bli krevende for mange kommuner og helseforetak å implementere de foreslåtte tiltakene knyttet opp til mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre.)

Selv om MO-sentrene synes å være et godt forslag for lavterskel hjelp innebærer forslaget om at disse skal være en del av spesialisthelsetjenesten en betydelig ansvarsutvidelse for spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne bli en meget kostbar og ressurskrevende såromsorg som ikke er i samsvar med samhandlingsreformen eller forslagene til nye helseover. Det vurderes derfor som mer hensiktsmessig at man bygger videre på dagens ansvarsfordeling og heller intensiverer bruken av Individuell plan og ansvarsgrupper.

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer til de enkelte forslag.

Helse Sør-Øst RHF velger her å kommentere bare de forslag man har innspill til.

Forslag 3: Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret.

Utvalget foreslår tilbud om kontrakter, oppfølging og behandling som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret. Helse Sør-Øst RHF støtter dette forslaget som vil kreve en utprøving av ulike metoder og modeller. Målgruppen vil her både kunne være de yngste som har en kort rushistorie bak seg og de sterkt forkomne med et langt misbruk som ofte har hatt flere fengsels- og behandlingsopphold.

Forslag 4: Etabler tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.

Helse Sør-Øst RHF ser positivt på forsøksordningen "Narkotikaprogram med domstolkontroll" (ND) og satsningen på rusmestringsenheter. Forslaget om å prøve ut en nemndsordning som et pilotprosjekt støttes.

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

Sprøyterom har som målsetting å sikre helsehjelp til rusavhengige. Ut fra evalueringsrapport og antall brukere ser tiltaket ikke ut til å ha blitt noen klar suksess i Oslo. Utvalgets forslag om å utvide sprøyterom til å bli generelle lavterskel brukersteder støttes derfor ikke.

Forslag 9: Etabler mottaks- og oppfølgingscenter over hele landet (MO-sentre).

Forslaget om MO-sentre er et viktig grep for å gi lavterskel helse- og sosialfaglig hjelp til rusavhengige med omfattende problemer. Helse Sør-Øst RHF støtter utviklingen av slike senter i byer og som samarbeidstiltak mellom flere kommuner der hvor forholdene ligger til rette for dette. Spesialisthelsetjenesten kan stille opp med tjenester etter avtale.

Forslag 10: Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene

Forslaget bygger på at MO-sentrene skal være en del av spesialisthelsetjenesten noe som forutsetter omfattende lovendringer i helse- og sosiallovgivningen. Helse Sør-Øst RHF vurderer ikke dette som riktig eller realistisk. Det er imidlertid behov for ytterligere samarbeid slik at kvaliteten på henvisningene blir høyere og vurderingen av behandlingsbehovet mer likt.

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

Forslaget bør utprøves enten som del av MO-sentrene eller som prosjekt i samarbeid mellom lokalt og regionalt barnevern, barne- og ungdomspsykiatrien og TSB. Felles innsats ift utredning og behandlingsforløp uten ventetider er avgjørende viktig for denne målgruppa. En kan her bruke ACT som modell.

Forslag 13: Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå.

Helse Sør-Øst RHF mener MO-sentre vil representere en forbedring for det samlede tilbudet til rusavhengige. MO-sentrene bør imidlertid driftes av kommuner og ikke av spesialisthelsetjenesten. De fleste oppgaver som tiltenkes MO-senter er ordinære kommunale oppgaver. En eventuell ansvarsendring forutsetter lovendringer som vil

innebære at de rusmiddelavhengige enda en gang får en særstatus. Dette står i motsetning til rusreformen som vektla at de rusmiddelavhengige skulle ha vanlige pasientrettigheter.

Forslag 14: Gjøre en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen.

Helse Sør-Øst støtter ikke forslaget om å overføre ansvaret for bo-oppfølging og sysselsettings/aktiviteter til spesialisthelsetjenesten. Dette er en av hovedoppgavene for de kommunale sosialtjenester og NAV som har betydelig erfaring og kompetanse på dette feltet. Forslaget går i mot Samhandlingsreformen som foreslår flere oppgaver og nye ressurser til kommunene og sterkere spissing av spesialisthelsetjenesten.

Veiledningsplikten til spesialisthelsetjenesten bør imidlertid tydeliggjøres ytterligere, og for en del pasienter med omfattende dobbeltdiagnoseproblematikk kan det være hensiktsmessig med samarbeidstiltak ift boligoppfølging.

Forslag 16: Harmoniser regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene.

Nasjonale veiledere eller retningslinjer er viktige for å kvalitetssikre bruk av tvang innen dette feltet som innen psykisk helsevern. Den nasjonale evalueringen som er foretatt i regi av Helsedirektoratet bør følges opp med en harmonisering av lovverket.

Forslag 20: legg behandling og oppfølging til kvalifiserte fagmiljøer i MO-sentrene

De er mulig å tenke seg et 2-sporet system for LAR-pasienter:

1. De kommunale MO-sentrene tar hånd om de pasienter som selv ønsker skadereduksjon / ikke ønsker TSB
2. LAR-pasienter som ønsker tverrfaglig spesialisert behandling/rehabilitering fortsetter innen spesialisthelsetjenesten.

Andre pasienter i substitusjonsbehandling utenfor LAR bør behandles i MO-sentrene.

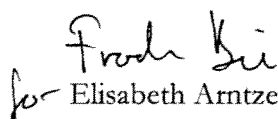
Forslag 22: Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR

Utvalget påpeker at det er for lite tilbud om rehabilitering til pasienter i LAR og påpeker også at tilgjengeligheten ikke er god nok. Med forsterkning til kommunene og LAR i spesialisthelsetjenesten vil LAR være i stand til å få pasientene raskere i behandling og følge tettere opp. Det er naturlig å bygge ut LAR over hele landet før man forsøker et tiltak som heroinassistert rehabilitering.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Folke Sundelin
konst. fagdirektør


for Elisabeth Arntzen
konst. direktør
kvalitet og tjenesteutvikling

Vedlegg: Høringsuttalelser fra helseforetakene i Helse Sør-Øst
Kopi: Helseforetakene i Helse Sør-Øst, Diakonhjemmet sykehus AS, Lovisenberg
Diakonale sykehus AS



Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Deres ref.: 10/01058-2/008

Vår ref.: 2008/00015-96/334/
Lundgård

Dato: 08.12.2010

HØRING - STOLTENBERGUTVALGET - RAPPORT OM NARKOTIKA

Fra Sykehuset Innlandet HF, divisjon Psykisk helsevern har vi følgende innspill til høringen: Det er bra at det kommer en egen rapport om narkotika, og Stoltenbergutvalget har gjort et ryddig arbeid. Videre er det interessant at Stoltenbergutvalget kommer med konkrete forslag til hva som bør iverksettes av konkrete tiltak innenfor forebygging og behandling og oppfølging.

Men, på tross av konkrete forslag, blir noe allikevel ullent. Det er innhentet mye bakgrunnsinformasjon, men vi lurer allikevel på hvor konkret kunnskap og innsikt utvalget har om hvordan behandlingstilbudet faktisk ser ut på de stedene som ligger geografisk et stykke unna Oslo. Når man kommer ut i distriktene synes det vanskelig å lage et skarpt skille mellom alkohol og narkotika i norsk rusomsorg, spesielt i litt mindre byer og steder. Videre er alkohol et sentralt, akseptert, legalt, lett tilgjengelig og brukt i mye større utstrekning i distriktene enn narkotiske stoffer, og med godt dokumentert skadevirkning på den yngste brukergruppen. Det synes derfor feil å ha et entydig fokus på narkotiske stoffer, selv om vi er fullstendig klar over at det var et som var oppdraget til Stoltenbergutvalget. Vi er også veldig opptatt av hvordan man tenker å løse forslagene økonomisk, idet mange gode ideer mangler mulighet for iverksettelse på grunn av manglende økonomi.

Innspill til forebygging:

Til forslag 2.

Man må ikke undervurdere direkte kontakt mellom mennesker i vår nettbaserte verden, og det må ikke på noen måte fokuseres kun på internettmobilisering. Den må følges opp av mennesker som betyr noe for ungdommene lokalt.

Til forslag 3.

Vi støtter forslag 3 om å tilby avtaler om oppfølging i stedet for bøtelegging og anmerkninger i strafferegisteret. For mange kan dette ha en langt større forebyggende effekt enn bøter. Vi mener at tilbudet om oppfølging fremfor bøter, bør komme allerede ved første gangs pågrepelse, og ikke kun ved gjentatte pågrepelser. Når det gjelder de tverrfaglige nemndene, synes vi det er litt uklart hvilken funksjon nemnden skal ha. Det er kanskje mulig å tenke andre samarbeidsarenaer enn nemnder. Pr dags dato er det mulig å bygge videre på og styrke etablerte samarbeidsarenaer. Her er det viktig å styrke kommunenes innsats for forebygging/tidlig intervensjon og samarbeid med



politiet. Spesialisthelsetjenesten kan ikke ha som sin primæroppgave å jobbe forebyggende, til det er nåværende ressurser innen rusfeltet ikke tilstrekkelige.

For rusfeltet har innføringen av pasientrettighetsloven i spesialisthelsetjenesten vært et viktig faglig løft, og pasientrettighetene må ikke svekkes ved manglende skille mellom oppgaver som bør være forankret på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Men, det uten tilførsel av øremerkede midler til kommunene for å styrke forebyggingsarbeidet vil begrensningene raskt bli synlige. Det er derfor viktig å ha fokus på en økonomisk opprusting av hjelpeapparatet både i 1. ste og 2dre linjetjenesten fremfor etablering av enda et system som skal henviser fremfor å hjelpe.

Til forslag 5:

Når det gjelder etablering av sprøyterom bruk bør ressursene til dette vurderes ut fra antall brukere. Mtp røykerom på sprøyterommet er vi uenige i det. Sprøyterom er ment som et skadereduksjonstiltak mtp smitte og overdosedødsfall, og at det å røyke heroin har ikke de samme farene.

Til forslag 9

Målene med etablering av MO sentrene er det ikke vanskelig å støtte, idet det er et savn innen rusfeltet at det mangler en helhetlig tankegang, hvor tilgang på hjelp økes og at man kan tilby raskere hjelp. Det er et viktig fokus. Fordelen vil også være at man ligger i de samme budsjettene og vil trykke lik behandling for alle rusmisbrukere i hele Norge.

Men, det man kan stille spørsmål ved er:

- fordeling kommune/stat. I mindre kommuner i dag, er det ikke slik at noen jobber utelukkende med rusmisbrukere, slik at ressurser bare kan flyttes over på et MO senter. Dette vil utfordre svært mange kommuner hvor personalressursene gjør at det er de samme personene som jobber innen mange fagområder.
- Rapporten har i tråd med oppdraget kun fokus på illegalt rusmisbruk. Vil det være mulig for alkoholavhengige å få behandling på samme sted? Veldig mange steder i Norge, får alle med avhengighetsproblematikk behandling på samme sted.
- Problemet med tilgang på behandlingssteder vil ikke forsvinne av at det opprettes MO-sentre. I dag er det et av de store problemene for hjelpeapparatet at det er lange ventelister på behandlingsplasser. Planlegger man å bruke ressurser både på omsorgsinstitusjoner som kan bidra på et lavterskel nivå og styrking av behandlingsinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten. Der har vi tro på å styrke utbygging av de offentlige tilbudene som avgiftning, utredning og akuttbehandling. Vil det bli aktuelt å bruke ressurser til dette?
- Overføring av vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene? Er dette gjennomførbart? Hele rusomsorgen må i så fall reorganiseres.
- Det å ha egne MO-senter for ungdom? –Det lar seg ikke gjennomføre på mindre steder/byer.
- Det å skulle skaffe tilveie permanente boliger til alle misbrukere som i dag er ufb, vil nok by på en stor utfordring.
- Tilgang på spesialister er en statlig utfordring. Her er ikke utdanningskapasiteten i tråd med behovene. Det hjelper lite å si at disse yrkesgruppene bør sterkere inn i rusfeltet så lenge disse yrkesgruppene nettopp velger bort rusfeltet. I distriktene sliter man med rekruttering av spesialister innen spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, og da å tro at det er mulig å rekruttere spesialister til lavterskel tilbud for rusmisbrukere er med nåværende utdanningskapasitet er utopi.
- Tverrfaglig spesialisert behandling for rus (TSB) er nå etter rusreformen en spesialistoppgave. Det er sterkt fokus på å forene rus og psykiatri i større grad. Vi stiller spørsmålsteget ved om en MO senter modell vil styrke dette tverrfaglige samarbeidet, eller bidra til økt avstand mellom rus og psykiatri.



Til forslag 13

Samle økonomisk og fagelig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå: 1. linjen bør få økte ressurser. Altså de som arbeider med pasienten i det daglige. Dersom det er gode lokale ressurser er det enklere å få til en god pasientflyt. DPS opplever at det kan være vanskelig å overføre pasienter til kommunene fordi det ikke finnes mulighet for god oppfølging lokalt. En bedring på dette området vil avlaste DPS og forhindre at pasienter "sitter fast" i behandlingsskjeden.

Til forslag 17.

Tydighet i ansvar mellom psykisk helse og rus er viktig. Samtidig er det viktig at små fagmiljøer som lokale DPS ikke splittes for mye opp. Det er en fordel for oss at vi er samlokalisert med psykisk helse slik vi er i dag. Ser også frem til de nye retningslinjene for TSB, implementeringen av ROP 1 og ROP 2 pasienter.

Til forslag 18.

Når det gjelder egenandel på behandling er det et økonomisk spørsmål. Vil det være riktig at alle rusmisbrukere skal slippe egenandel? Noen av de som er i behov av behandling i spesialisthelsetjenesten mestrer å være i full jobb. Her må det i tilfelle etableres tydelige retningslinjer som sikrer at det ikke blir forskjellbehandling avhengig av bruk av rusmiddel. Skal brukere av illegale rusmidler ikke betale egenandel mens de pasientene med et alvorlig alkoholmisbruk skal betale egenandel?

Til forslag 21

Redusere kontroll i behandlingen. Er enig i at kontroll oppgaver og klinisk arbeid med pasienter bør holdes adskilt. Samtidig er kontroll et viktig virkemiddel, spesielt knyttet opp mot LAR. En studie har nylig avslørt at veldig mange pasienter som har død av overdose hadde LAR-medikament i kroppen. Slike statistikker er uforenlig med god og forsvarlig behandling.

Til forslag 22.

Heroin fra LAR: pr. i dag veldig skeptisk til dette. Faglig og etisk problematisk

Vi stiller oss 100 % bak mindretallet i utvalget på dette spørsmålet. Det er nyttig å se til England, London, hvor de i likhet med Tyskland, har opplevd at det er få brukere som har vært interessert i å følge dette opplegget.

Pr i dag har vi i SI et godt tilbud innen LAR. Det anses som langt viktigere at staten tar ansvar for at dette tiltaket bedres. Det er derfor viktig å ha fokus på rehabiliteringsdelen av LAR, og gi midler til å styrke denne delen av pasientbehandling med et langsiktig perspektiv.

Med vennlig hilsen

Marianne Lundgård
rådgiver



Vår dato
2010-11-30
Deres dato

Vår referanse
10/002586 - 2
Deres referanse
10/01058-2/008

Helse Sør-Øst
postmottak@helse-sorost.no

Høring Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika

Vår uttalelse er utarbeidet bl.a. med basis i en omforent rapport om behandlingsforløp for rusavhengige på Agder der Sørlandet sykehus har samhandlet tett med kommunene, brukerorganisasjoner og private rusbehandlingstiltak innen TSB i området. Brukerorganisasjonen A-Larm gir sin støtte til uttalelsen.

SSHF har følgende generelle kommentarer til utvalgets mandat og rapport:

- Rapporten omhandler narkotika som representerer et omfattende problemfelt for samfunn, enkeltpersoner og deres nettverk. SSHF kan gi sin fulle støtte til beskrivelsen av målgruppe og utfordringer. Sterkere fokus på rusproblematikk, kvalitet, mangelfulle metoder, tiltak og ressurser på ulike plan ønskes velkommen. Pt er begrensningene i tiltakene store ift å gi denne gruppa likeverdige og tilrettelagte tjenester som kan matche og utjevne helseforholdene med befolkningen for øvrig.
- I daglig arbeid med rusavhengige ser en at de fleste som kommer til behandling har et blandingsmisbruk av alkohol, legale medikamenter og illegale stoffer. Mange helseforetak og private som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling inkl. SSHF har gode erfaringer med å behandle avhengige av ulike rusmidler og blandingsmisbruk i samme tiltak. Det blir derfor snevert å fokusere bare på narkotika og lage egen strategi for forebygging, behandling og rehabilitering avgrenset til narkotika. Det er utfordrende å se hvilke konsekvenser forslagene vil få for øvrige rusavhengige og blandingsmisbrukere. **Etter SSHFs syn bør all avhengighet behandles i samme type strategi og tiltak.**
- Rapporten avspeiler kjent problematikk, men noen av problembeskrivelsene og løsningene synes å være mest tilpasset Oslo og andre storbysamfunn med stor befolknings- og belastningskonsentrasjon, små avstander og god tilgang på kvalifisert bemanning. Det kan bl.a. av disse årsaker bli krevende for mange kommuner og helseforetak å implementere foreslåtte tiltak knyttet opp til mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre.)
- Noen av forslagene byter med nåværende ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak og forutsetter omfattende lovendringer. MO-sentrene synes å være et godt forslag for lavterskel hjelp. Forslaget om at disse skal være statens ansvar knyttet til spesialisthelsetjenesten innebærer en ansvarsutvidelse for spesialisthelsetjenesten. Dette bryter med Samhandlingsreformen som forutsetter at oppgaver skal løses på kommunalt nivå hvis det er faglig forsvarlig. Spesialisthelsetjenesten skal ifl denne reformen spisses enda mer, mens Stoltenbergutvalget går motsatt vei og legger viktige rehabiliteringsfunksjoner til 2.linjen. En forutsetter at forslagene sikres nødvendig ressurstilførsel.

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Klinikkledelsen
Postboks 416
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 03 86 00
Telefaks
+47 38 03 86 01
Bankkonto
6468.05.01465

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Kommentarer til de enkelte forslag.

En velger her å kommentere bare de forslag en har innspill til. De øvrige kan støttes fra SSHFs side.

Forebygging

Forslag 3: Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret.

Utvalget foreslår tilbud om kontrakter, oppfølging og behandling som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret. Dette kan oppfattes som en legalisering eller avkriminalisering av narkotikamisbruk selv om rapporten sier det motsatte. En utviding av alternativer til fengselsstraff støttes og forutsetter utprøving av ulike metoder og modeller. En er usikker på hvilken målgruppe som vil ha best nytte av et slikt tiltak – de yngste som har en kort ruskarriere bak seg og eller de sterkt forkomne med et langt misbruk bak seg som ikke har hatt nytte av ofte flere fengsels- og behandlingsopphold.

Forslag 4: Etabler tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.

Det som skjer i Portugal er spennende og utfordrende. Ut fra vår respons til forslag 3 ønsker vi å øke innsatsen med Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND) og rusmestringsenheter. En nemndsordning som et pilotprosjekt kan vurderes som alternativ til ordinær påtale og straff.

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

Sprøyterom har som målsetting å sikre helsehjelp til rusavhengige. Ut fra evalueringsrapport og omfang bruk ser tiltaket ikke ut til å ha blitt noen suksess i Oslo. Ingen andre kommuner har innført tiltaket. En kan støtte opprettelse av sprøyterom i andre storbyer som mener dette er et egnet tiltak. Utvalgets forslag om å utvide sprøyterom til å bli generelle lavterskel brukersteder støttes ikke og synes prematurt for å inngå i en nasjonal strategi.

Behandling og oppfølging

Forslag 9: Etabler mottaks- og oppfølgingscenter over hele landet (MO-sentre).

Forslaget om MO-sentre er et viktig grep for å gi lavterskel helse- og sosialfaglig hjelp til rusavhengige med omfattende problemer. I SSHF støtter vi utviklingen av slike sentre i byer og som samarbeidstiltak i kommuneregioner selv om de geografiske avstander i store deler av Norge vanskeliggjør MO-sentre i nærmiljøet til mange aktuelle brukere. I Områdeplan rehabilitering på Agder 2011 – 2020 anbefales mange av de tiltak som her foreslås - bl.a. koordinatorene, sammenhengende behandlingsforløp, bedre tilgang til akutte og oppfølgende rehabiliteringstiltak, "overnattingssteder" og interkommunalt samarbeid om løsninger. Spesialisthelsetjenesten kan stille opp med avklarte tjenester etter avtale.

Forslag 10: Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene

Forslaget har gode intensjoner og bygger på at MO-sentrene er en del av spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter omfattende lovendringer i helse- og sosiallovgivningen inkl. Spesialisthelsetjenesteloven. SSHF tror ikke forslaget om plassering av MO-sentre i 2.linjen er riktig eller realistisk. En bør likevel der det er mulighet for det etablere felles fora for henvisnings- og vurderingsinstanser til TSB slik det også anbefales utprøvd i Agder i ovennevnte områdeplan. Et slikt tiltak kan sikre en rask og kvalitetsmessig bedre henvisnings- og vurderingsinnsats enn det en ofte erfarer.

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

Forslaget er viktig og bør utprøves enten som del av MO-sentrene eller som prosjekt i samarbeid mellom lokalt og regionalt barnevern, barne- og ungdomspsykiatrien og TSB. Felles innsats ift utredning og behandlingsforløp uten ventetider er avgjørende viktig for denne målgruppa. En kan her bruke ACT som modell.

Forslag 13: Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå.

Viser til innledende generelle kommentarer. SSHF mener MO-senter kan representere en stor forbedring for rusavhengiges trygghet og helse. De bør imidlertid driftes av kommuner og ikke av stat eller helseforetak. De fleste oppgaver som tiltenkes MO-senter er ordinære kommunale oppgaver. En ansvarsendring av dette forutsetter lovendringer som da trolig bare skal gjelde rusavhengige. Disse får da enda en gang en slags særstatus etter at de har oppnådd vanlige pasientrettigheter ved rusreformene for mindre enn 10 år siden.

En av intensjonene med MO-senter organisert under staten er at en vil sikre like tjenester for rusavhengige og unngå fragmentering. Evaluering av rusreformen (IRIS 2008) og SAMDATA-rapporter viser at det fortsatt er store forskjeller for målgruppa ift rettigheter innenfor spesialisthelsetjenesten mellom og innen ulike helseregioner. Statlig overtakelse sikrer med andre ord ikke nødvendigvis likebehandling. Hovedutfordringen for denne gruppa er ikke organisering av tjenester selv om mye kan gjøres bedre ift å sikre sammenhengende behandlingsforløp mellom nivåene. Vår erfaring tilsier at faglig og ressursmessig prioritering av gruppa og tydeliggjøring av parallell innsats i overgangsfaser er viktig for å gi rusavhengige et verdig liv.

Forslaget om MO-senter er utydelig ift. om en her omtaler ansvaret for alle rusavhengige og mennesker i faresonen for skadelig rusbruk eller om sentrene spesifikt skal ha ansvar for narkotikaavhengige - jfr. siste avsnitt under forslag 13.

SSHF støtter ikke forslaget om at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for lavterskel tiltak utover akuttansvar.

Forslag 14: Gjøre en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen.

Intensjonen i forslaget er godt, men en støtter ikke overføring av ansvar for bo-oppfølging og sysselsettings/aktiviteter til spesialisthelsetjenesten. Denne har ikke kompetanse på disse aktuelle felt som har fått sterkt fokus i mange kommuner de siste år og som er hovedoppgaver for kommunale sosialtjenester og NAV. Forslaget går motsatt vei av Samhandlingsreformens intensjon som foreslår flere oppgaver og nye ressurser til kommunene og sterkere spissing av spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten bør selvsagt veilede ift individuelle pasienters behov for hjelp, grensesetting og støtte i samråd med pasienten. For en del pasienter med omfattende dobbeltdiagnoseproblematikk kan samarbeidstiltak ift boligoppfølging være en riktig vei å gå for å sikre disse en verdig livssituasjon.

Forslag 15: Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold.

Vi deler de gode intensjoner og ser at personlig ansvarsperson / koordinator i kommunale MO-senter kan ha en avgjørende betydning ved å ha oppfølgingsansvar før, under og etter soning ift rehabilitering. Rusmestringsenheter, § 12-soning og ND-program vil være gode tiltak i samarbeid med MO-senter og innsats fra spesialisthelsetjenesten.

Forslag 16: Harmoniser regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene.

Nasjonale veiledere eller retningslinjer er viktige for å kvalitetssikre bruk av tvang innen feltet. En bør avvente den nasjonale evalueringsprosessen som er i gang via Helse- og omsorgsdepartementet, samt resultater fra Tvangsforskningsprosjektet ved FOU-enheten i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus HF.

Forslag 17: Sikre tydelig ansvars- og arbeidsdeling mellom psykisk helsevern og rusfeltet.

Nytt rundskriv vil forhåpentligvis tydeliggjøre ansvarsforhold for pasienter med dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse. Hovedsaken er at hjelpetjenestene ikke må skyve disse pasienter fra seg, men ta aktivt ansvar for selv å hjelpe dem eller sikre at andre gir riktig helsehjelp.

Forslag 19: Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det

Forslag 20: legg behandling og oppfølging til kvalifiserte fagmiljøer i MO-sentrene

En kan tenke seg et 2-sporet system for LAR-pasienter:

1. De kommunale MO-sentrene tar hånd om de pasienter som selv ønsker skadereduksjon / ikke ønsker TSB
2. LAR-pasienter som ønsker tverrfaglig spesialisert behandling/rehabilitering fortsetter innen spesialisthelsetjenesten.

Andre pasienter i substitusjonsbehandling utenfor LAR bør behandles i MO-sentrene.

Forslag 22: Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR

I Agder har en forholdsvis mange LAR-pasienter, kort ventetid og stor innsats for disse fra spesialisthelsetjenestens side. Målgruppen for forslaget om overvåket heroinbehandling er de som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinær legemiddelassistert behandling. Vår erfaring er at denne gruppa mangler nødvendig struktur, noe som vil være helt avgjørende for at heroinbehandling skal kunne være et alternativ da denne behandlingsformen krever regelmessige fremmøter ofte flere ganger pr dag. Av denne og prinsipielle grunner støtter en ikke forslaget om forsøksprosjekt med heroinbehandling.

Erfaringen fra Sørlandet er at få bruker heroin. Tall fra våre avgiftingsenheter viser at den største utfordringen er bruk av opioider skrevet ut av lege. Heroinbehandling er derfor verken ønskelig eller nødvendig

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Anders Wahlstedt
Klinikkssjef KPH
Sign

Olaug V. Torset
rådgiver
sign

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar

Deres ref.:
Vår ref.
Dato: 22.12.2010

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Fagrådet TSB ønsker å gi innspill til HSØ vedrørende Stoltenbergutvalgets rapport.

Fagrådet har ikke blitt forespurt av HSØ om å gi innspill til denne rapporten men ønsker likevel å tilkjenne noen momenter som ble diskutert på siste møte i Fagrådet, 16. desember. Vi ønsker at disse synspunktene blir sendt inn til HOD i forbindelse med høringen av rapporten

Utvalget er sammensatt uten fagpersoner, noe som i seg selv er oppsiktsvekkende når det gjelder å foreslå så omfattende føringer for et samlet helsetjenestetilbud til pasienter med alvorlig sykdom og behov for omfattende sammensatte tjenester.

- Rapporten omfatter bare pasienter med bruk/avhengighet av illegale rusmidler. Denne pasientgruppen utgjør et lite mindretall av alle pasienter med rus/avhengighetsproblematikk.
- Rapporten foreslår en rekke mer eller mindre omfattende forslag til ny organisering av helse og velferdstjenester, men ingen er kostnadsberegnet bortsett fra forslaget om heroinassistert behandling.
- 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. De opptrappingsmidler som har kommet har blitt brukt til å løfte institusjoner fra å være sosiale institusjoner til å bli spesialisthelsetjenestestrukturer. 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. 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.

- 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.
- Rapporten unnlater å vektlegge nødvendigheten av et tettere og forutsigbart samarbeid mellom TSB og øvrige tjenester i spesialisthelsetjenesten: somatikk og psykisk helsevern.
- Utvalget foreslår at bruk og besittelse av narkotika ikke skal straffeforfølges. Dette er et interessant tema som bør utredes videre. Behandlingstilbudet TSB til innsatte bør forsterkes og kvalitetssikres på samme måte som psykisk helse er det.
- 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. Det er naturlig å bygge ut LAR over hele landet før man forsøker et tiltak som heroinassistert rehabilitering.

Vennlig hilsen

Guri Spilhaug
Leder av Fagrådet TSB

Helse Sør-Øst RHF
v/postmottak

Vår dato: 15.12.2010
Deres ref.: 10/01058-2008
Vår ref.: 10/1118

Kopi til: Frode Bie

Høringssvar - Stoltenbergutvalget - Rapport om narkotika

Sykehuset Østfold mener at rapporten setter fokus på viktige områder innen forebygging, behandling og oppfølging.

Sykehuset Østfold støtter de forslag som fremkommer.

Med vennlig hilsen

Irene Dahl Andersen
divisjonsdirektør