

HELSEDIREKTORATETS HØRING TIL RAPPORT OM NARKOTIKA FRA STOLTENBERGUTVALGET

Innledning

Rusfeltet har gått gjennom flere reformer og satsinger de siste årene og er et felt i stadig utvikling. Rusreformen, som overførte behandlingsansvaret for rusmiddelmissbrukere til helseforetakene, kom i 2004 og NAV reformen har pågått over flere år. Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet kom i 2007 og skal fortsette ut 2012. Samhandlingsreformen er vedtatt og i den forbindelse pågår det et omfattende arbeid med en ny kommunal helse- og omsorgslov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan, hvor også rusmiddelavhengige skal bli ivaretatt. I 2011 skal Regjeringen legge fram en Stortingsmelding om rusfeltet. Felles for satsingene er et ønske om å imøtekomme utfordringene i rusfeltet og bidra til å utvikle bedre og mer helhetlige tjenester til mennesker med rusmiddelproblemer og deres pårørende.

Kommunene er grunnpilaren i velferdstilbudet og har et omfattende ansvar for tjenester til mennesker med rusrelaterte problemer. Ansvar følger av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven og vil nedfelles videre i ny kommunal helse- og omsorgslov. Stortinget har gjennom behandlingen av samhandlingsmeldingen sluttet seg til beskrivelsen av en ny og utvidet kommunerolle innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Stoltenbergutvalget tegner et bilde av rusmiddelavhengige preget av uverdige levekår og stor risiko for utvikling av sykdom, lidelse og for tidlig død. I tillegg beskrives manglende kapasitet, helhet og sammenheng i tjenestetilbudet og de menneskelige belastningene dette medfører for den rusmiddelavhengige og deres nærmeste. I tråd med utfordringsbildet Stoltenbergutvalget presenterer, er det flere andre rapporter som påpeker mangler og utfordringer i oppfølgingen av og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige i flere kommuner (Helsetilsynet, Fylkesmannen, Riksrevisjonen mv.). Opptrappingsplanen for rusfeltet har en sterk kommuneprofil og det er igangsatt mange ulike tiltak for å forbedre kommunens rusarbeid i planperioden. Et av tiltakene er å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i NAV, slik at brukerne får tjenester som er helhetlig, tilgjengelig, samordnet og individuelt tilpasset. I opptrappingsplanen er statlige tilskudd et sentralt virkemiddel for å styrke det kommunale rusarbeidet. I 2010 er det bevilget om lag 320 mill kroner til 250 kommuner og 650 tiltak til dette formålet. Dette har bidratt til å sette rusarbeidet på dagsorden ute i mange kommuner og er med på å styrke tilbudet til mange brukere.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble innført i 2004 i forbindelse med rusreformen da staten ved de regionale helseforetakene overtok ansvaret for all rusbehandling. TSB innebærer at sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig ansatte skal samarbeide i all behandling av ruslidelser på spesialistnivå. Dette omfatter akuttbehandling, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og tilbakeholdelse i institusjon mot eget samtykke etter sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Rusreformen ga en føring fra Stortinget om normalisering av TSB på spesialistnivå på linje med behandling av andre lidelser og en integrering av TSB i spesialisthelsetjenesten. Stortinget har ved ulike anledninger gjentatt denne føringen. Departementet har tilsvarende krevet en dokumentert større øking av TSB (og psykisk helsevern) enn i somatikken i spesialisthelsetjenesten. Direktoratet er opptatt av å sikre et godt kunnskapsgrunnlag og gi faglige anbefalinger om virkningsfulle modeller og metoder som kan bidra til å forbedre og videreutvikle tjenestene til rusmiddelavhengige, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I forslag til en strategi

for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten til rusmiddelmissbrukere anbefalte Helsedirektoratet en rekke tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i tjenestene. Anbefalingene støttet seg til de kunnskapsoppsummeringene som var tilgjengelige, bl.a. fra Norge og Sverige. En rekke av disse forslagene er tatt inn i Opptappingsplanen og under gjennomføring.

Retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ble ferdigstilt i 2010 og i løpet av første halvår 2011 vil Nasjonal retningslinje for behandling av samtidige ruslidelser og psykiske lidelser og Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene til barnet når skolealder bli ferdigstilt. Arbeidet med en nasjonal retningslinje for avrusning er igangsatt og veileder for vurdering av henviser til TSB er under revisjon. Planen er å ha nasjonale retningslinjer som dekker hele TSB ferdige i 2015.

Til tross for en betydelig satsning på rusfeltet, både når det gjelder kapasitet og kvalitet, er det fortsatt store uløste oppgaver. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter i TSB med rett til nødvendig helsehjelp i form av døgnbehandling var 78 dager i 1. tertial 2010, en økning på fem dager fra samme tertial i 2008. Det er derfor behov for å øke kapasiteten innen TSB slik at tilbudet dekker etterspørselen i befolkningen.

Det er også betydelige utfordringer i å få til gode og sammenhengende behandlingsforløp for rusmiddelavhengige og terskelen for å få rask hjelp er høy. De regionale helseforetakene har fått ansvar for å peke ut institusjoner som skal ta imot rusavhengige med behov for øyeblikkelig hjelp. Det er nå opprettet akuttjenester i de største byene og en rekke lavterskeltiltak som skal bedre tilgjengeligheten til tjenestene.

En stor andel av de rusavhengige har alvorlige psykiske lidelser og har hyppige innleggelse i psykisk helsevern. Samhandling mellom psykisk helsevern og TSB er i bedring, men fortsatt gjenstår det mye før vi kan snakke om sømløse tjenester som kan resultere i raske overganger mellom behandlingsnivåer.

Antall overdosedødsfall er fortsatt høyt til tross for at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er utbygd over hele landet. Med over 5000 i behandling synes det fortsatt å være et behov for å øke kapasiteten i LAR. Ventetiden til behandling er fortsatt for lang.

En av hovedutfordringene når det gjelder behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige er å gi individuelt tilrettelagte tilbud når den enkelte er klar for å motta behandling. For å kunne lykkes med behandlingen kreves det at ulike instanser klarer å koordinere tjenestene. Det er derfor ikke uventet at utvalget ser at den enkeltes behov for sammenheng i behandling og oppfølging må speiles i en helhetlig innsats fra mange etater og sektorer. Direktoratet deler denne vurderingen. De reformene vi har hatt på rusfeltet, opptappingsplanens innretning og intensjonen med samhandlingsreformen trekker i samme retning. Utvalgets forslag vil derfor bli vurdert innenfor rammen av dagens forvaltningsstruktur med de føringene som er lagt for en sterkere og tydeligere kommunerolle.

Generelle kommentarer til rapporten

Helsedirektoratet mener at Stoltenbergutvalgets rapport peker på sentrale utfordringer når det gjelder tilbudet til de tyngste rusavhengige og at utvalget har gjort et grundig arbeid med å belyse situasjonen på en nytenkende måte.

Forslagene er tydeligere innrettet mot forhold og forutsetninger i de store byene/kommunene, enn i de mindre kommunene. Over halvparten av landets kommuner har under 5000 innbyggere, og mange steder er det store geografiske avstander til nabokommunene. Direktoratet vurderer derfor at utvalgets forslag bør videreutvikles og styrkes slik at geografiske og demografiske hensyn blir ivaretatt i tilstrekkelig grad, selv om vi også vet at små kommuner har tungt rusavhengige personer.

Rapporten omhandler utelukkende narkotika til tross for at utvalget benytter betegnelsen de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige. De fleste tiltakene i forslaget er rettet mot den tyngste gruppen, selv om avsnittet om målgruppe (s.9) og mange av forslagene tyder på at målgruppen er alle som har problemer med bruk av narkotika.

Norsk rusmiddelpolitikk har hatt et sterkt fokus på et differensiert behandlingstilbud. De psykiatriske ungdomsteamene har vært lett tilgjengelige for unge mennesker med begynnende rusproblemer og som er i behov av andre tilnærminger enn de tyngste brukerne. Det må derfor tas hensyn også til dem som er i ferd med å utvikle rusmiddelproblemer og dem som er på vei ut av avhengigheten når tjenestetilbudet skal utformes. Erfaringer viser at det kan være uheldig å blande disse gruppene med dem som står i et aktivt rusmiddelmissbruk. Vi stiller derfor spørsmål om tiltakene som er foreslått i rapporten vil passe for disse gruppene. Mange mennesker med rusrelaterte problemer lever "vanlige" liv og er i arbeid. Terskelen for å søke hjelp kan være høy. For disse vil gjerne fastlegen være et mer naturlig sted å henvende seg.

Helsedirektoratet vil videre kommentere følgende forslag i rapporten:

Forslag nr.1 - Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika
Forslag nr.2 – Knytt internettmobiliseringen sammen med holdningsarbeid i skolen

Disse to tiltakene bør sees i sammenheng. Som løsrevne tiltak er det liten dokumentasjon på at holdningskapende arbeid alene har noen effekt. Knytter vi slike tiltak opp mot strukturelle og regulatoriske tiltak kan dette være fruktbart. Det elektroniske nettet som arena for forebyggende arbeid i alt for liten grad er tatt i bruk.

Forskningsbasert kunnskap tilsier videre at vi bør se narkotikaforebyggende arbeid i sammenheng med alkohol, tobakk og annet forebyggende arbeid og andre eksisterende tiltak. Utvikling av nettsider, blogger og andre nettsamfunn/sosiale medier bør gjøres i nært samarbeid med målgruppene og frivillige organisasjoner, som har temaet som sitt ideelle mål.

Tiltakene bør derfor knyttes opp mot andre eksisterende tiltak og ha medvirkning fra ungdom. Det bør initieres et prosjekt i samarbeid med målgruppene/aktuelle frivillige organisasjoner gjennom f.eks. dialogkonferanse.

Helsedirektoratet er i samarbeid med Utdanningsdirektoratet i ferd med å utgi en veileder i forebyggende og helsefremmende arbeid i skolen, der kunnskap om virksomme strategier og tiltak er lagt til grunn.

Forslag nr.3 - Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret OG forslag 4: Etabler tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.

Forslag 3 og 4 henger nøye sammen, og behandles derfor under ett.

I regjeringens stortingsmelding nr 37 (2007-2008) – ”Straff som virker”, pekes det på at kriminalpolitikk og velferdspolitik, herunder ruspolitikk er uløselig knyttet sammen. Med denne erkjennelsen til grunn reises det mange problemstillinger og vanskelige avveininger mellom ulike hensyn. Noen eksempler på ulike hensyn kan være juridiske, helse- og sosialfaglige, humanistiske og verdimeslige. Regjeringens holdning i ruspolitikken er at narkotika er og fortsatt skal være forbudt. Samtidig er det samfunnets plikt å ta vare på dem som er avhengige av rusmidler. Alle har rett til et verdig liv og skal møtes med respekt fra samfunn og behandlingsapparat. Individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringstilbud skal være tilgjengelig for alle (opptrappingsplanen for rusfeltet 2007-2010). For regjeringen er det viktig at straffegjennomføringen bygger på en humanistisk tanke om solidaritet med de svake i samfunnet. Samtidig har straffen individualpreventive og allmennpreventive formål gjennom blant annet avskrekkende tiltak som frihetsberøvelse. Straffen skal også ivareta ofrene for kriminalitet og samfunnets behov for trygghet og sikkerhet.

Kriminalpolitikken og ruspolitikken skaper daglig debatt i massemedia og i befolkningen, ofte på bakgrunn av enkelthendelser. Regjeringen mener imidlertid at det er behov for å reise en mer prinsipiell debatt som kan gi grunnlag for utvikling og forbedring av kriminalomsorgen. I meldingen vises det til undersøkelser som gir grunnlag for å hevde at regjeringens politikk, med en sterk betoning av velferdspolitikken som uløselig knyttet til kriminalpolitikken, har bred støtte i befolkningen (s.25). Blant annet vises det til at befolkningen generelt gir høyest prioritet til rehabilitering som straffemål. I rusfeltet er det flere aktører og talspersoner som ved flere anledninger har reist debatten, men det er likevel behov for en mer grundig og pågående samfunnsdebatt hvor både beslutningstakere, fagfolk, interesseorganisasjoner og befolkningen for øvrig deltar.

Direktoratet støtter behovet for å reise en bred og åpen samfunnsdebatt omkring de utfordrende kriminalpolitiske og ruspolitiske problemstillingene. En slik debatt kan gi et godt grunnlag for beslutningstakere i arbeidet med å videreutvikle og forbedre innhold og retning på de berørte områdene, både politisk og faglig.

Stoltenbergutvalgets forslag er en viktig invitasjon til debatt og stillingtagen på et område som berører avveiningen mellom ulike hensyn. Besittelse og bruk av narkotika er straffbart etter legemiddeloven. Utvalgets forslag kan innebære en begrenset legalisering av narkotikakriminalitet. Straffebestemmelser som i utgangspunktet skal gjelde for alle, vil med forslaget måtte erstattes av straffrihetsbestemmelser for særlig utvalgte grupper. Signaleffekten av dette kan være uheldig.

Samtidig er forslaget i tråd med Stortingets vurdering om at det bør skje en forskyvning av straffepaksis mot mer straffegjennomføring i samfunnet, særlig for unge lovbrøyttere (St.mld nr 37). Med en helhetlig tilnærming til kriminalpolitikken ønsker regjeringen å forebygge ny kriminalitet og skape mer trygghet. Et hovedbudskap i meldingen er ”Straff som virker” og bedre rehabilitering. Regjeringen vil ha en kunnskapsbasert kriminalomsorg hvor man også vurderer nye og utvider bruken av alternative straffereaksjoner. Både internasjonal og nasjonal forskning dokumenterer ulike utilsiktede skadevirkninger og sosiale følger av straffegjennomføring i fengsel. Disse er blant annet en av grunnene for internasjonale anbefalinger om at fengsel kun skal benyttes når det er nødvendig. Innsatte har fra før dårlige levekår og 60 % av de innsatte har rusmiddelproblemer (FAFO 2004). Hvis straffegjennomføringen forsterker disse, blir prognosen for å klare seg i samfunnet etterpå enda dårligere. Skadevirkninger av fengsling kan blant annet være å få kontakt med personer

med kriminelle holdninger, kontakt med narkotika, risiko for psykiske lidelser mv (Hammerlin & Kristoffersen 1998).

Dagens prøveordning med Narkotikaprogram (ND)

Forslaget innebærer at reaksjoner på overtredelse av narkotikabestemmelsene løftes ut av domstolen og inn i en form for helse- og tilsynsmyndighet. I motsetning til ordningen med Narkotikaprogram (ND), innebærer forslaget at det ikke idømmes straff. På andre sentrale punkter har imidlertid dagens Narkotikaprogram klare fellestrekk med forslaget, ved at reaksjonen på en straffeovertredelse er behandling i stedet for ubetinget fengselsstraff.

Dagens prøveordning med Narkotikaprogram (ND) er under evaluering av SIRUS. Funnene i denne evalueringen bør tillegges vekt i vurderingen av foreliggende forslag. Et sentralt spørsmål vil være om ND har hatt effekt, på hvem osv. Blant annet er det sentralt å vurdere i hvilken grad trusselen om fengselsstraff som konsekvens av brudd på vilkår, bidrar positivt i forhold til å bli værende i behandling. Erfaringer fra Kriminalomsorgen tilsier at mange som har deltatt i ND trekker frem forpliktelse og kontroll som positive sider av programmet.

Det bør vurderes om ND og foreliggende forslag har et ulikt nedslagsfelt, og dermed kan utfylle hverandre som parallelle alternativer til fengselsstraff. ND er begrenset til personer med definerte rusproblemer. Slik vi vurderer forslaget, fremstår det som mest relevant i forhold til unge, eksperimenterende ungdom, som ikke har brukt rusmidler over tid. Hensynene som nevnes i forslaget anses å passe best på denne gruppen.

Et moment som kan bidra til at dette tiltaket kan være komplisert å gjennomføre, er at det pr. i dag er få som sitter fengslet ene og alene for besittelse av narkotika til eget bruk. De fleste som har et narkotikaproblem har også begått vinningskriminalitet, og det er ofte vinningskriminaliteten som er årsaken til ubetinget fengselsstraff. Dette bidrar til at det kan være komplisert å tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret, da mange vil måtte straffes for annen kriminalitet enn narkotikakriminaliteten.

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

Det foreslås at sprøyterommet skal være et sted hvor ansatte jobber for å knytte kontakt mellom brukerne og det øvrige hjelpeapparatet, og at stedene bør ha tett samarbeid med eller samlokaliseres med lavterskel helsetiltak. Videre foreslås det at brukere av sprøyterommet bør kunne røyke heroin som et alternativ til å sette sprøyter.

Forslaget er interessant. Under vil vi nevne noen momenter som bør tas med i vurderingen av forslaget.

I Norge er det i dag bare ett sprøyterom, som ligger i Oslo. Det er i henhold til sprøyteromsloven opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning. Loven presiserer at ordningen skal være et tiltak som kommer i tillegg til kommunenes øvrige helse- og sosialtjenestetilbud til ordningens målgruppe. Direktoratet vurderer prinsipielt at kommuner som etablerer sprøyterom, må stå fritt til å velge innretning og organisering av ordningen ut fra lokale behov og forutsetninger, så lenge lovens krav innfris.

Direktoratet vil imidlertid støtte at kommuner som etablerer sprøyterom anbefales at stedene bør ha tett samarbeid eller samlokaliseres med lavterskel helsetiltak. Det er vanskelig å anslå i hvilken grad andre kommuner vil etablere sprøyterom i tiden fremover. Man kan imidlertid anta at det vil være mest aktuelt å etablere et slikt tilbud i de store byene som har flest personer i målgruppen.

SINTEF sin evaluering av lavterskeltiltakene i 2008 viser blant annet at særlig de store byene har et bredt og mangfoldig tjenestetilbud. I tillegg har disse byene lang erfaring med lavterskeltiltak, samt høy kompetanse og kunnskap om målgruppene og deres behov. Tiltakene fungerer som en brobygger for brukerne inn mot øvrige tjenester og de utgjør en viktig del av kommunens helhetlige helse- og sosialtjenestetilbud til rusavhengige. Lavterskeltiltakene besitter kunnskap og erfaringer som tilsier at de bør ha en sentral rolle i en eventuell etablering av sprøyterom i andre norske kommuner.

I Samhandlingsreformen er et av forslagene til tiltak å etablere lokalmedisinske sentre (LMS). Det er i flere kommuner igangsatt pilotprosjekter hvor ulike modeller og innretninger for LMS utvikles og utprøves. LMS kan også være et aktuelt sted for lokalisering eller som en nær samarbeidspartner for kommuner som velger å etablere sprøyteromsordning.

Sprøyteromsordningen i Norge er relativt ny og direktoratet vurderer at det er behov for en mer langsiktig oppfølging av sprøyterommet i Oslo for å høste ytterligere kunnskap om tiltakets erfaringer og måloppnåelse. Dette vil være viktige bidrag for å forbedre ordningen og skape et best mulig kunnskapsgrunnlag for beslutningstakere og andre kommuner som eventuelt velger å etablere sprøyterom.

Utvalget foreslår at brukere av sprøyterommet bør kunne røyke heroin som et alternativ til å sette sprøyter. Det følger av sprøyteromsloven § 1 første ledd at formålet med loven er å legge til rette for etablering av ordning med lokaler for *injeksjon* av narkotika (sprøyteromsordningen). Dersom sprøyteromsordningen skal omfatte røyking av heroin, må lovens formålsbestemmelse, virkeområde mv., endres. Sprøyteromsloven § 2, jf. tilhørende forskrift § 5, omfatter ikke røyking av heroin. Loven hjemler kun straffrihet for injisering av heroin og besittelse av en brukerdose til eget bruk. Unntaket om straffrihet vil altså måtte utvides dersom foreliggende forslag skal gjennomføres. Det må også skje en rekke andre endringer i loven.

Forslaget ligger ikke innenfor hovedformålet med dagens ordning, som er å gi tungt belastede rusavhengige et sted å sette sprøyter uten smittefare. På den annen side er forslaget egnet til å bidra til å oppfylle mange av delformålene med dagens sprøyteordning, herunder: økt verdighet, etablering av kontakt med hjelpeapparatet, forebygge og behandle infeksjoner o.a. I tillegg er sjansen for overdose atskillig mindre ved røyking av heroin enn ved bruk av sprøyter. Dersom flere brukere går over fra å sette heroin med sprøyte til å røyke heroin, vil dette sannsynlig bidra til lavere overdosetall.

Direktoratet vurderer at utvalgets forslag om at brukere av sprøyterommet bør kunne røyke heroin som et alternativ til å sette sprøyter bør utredes nærmere.

Forslag nr.8 - Prioriter midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater

Helsedirektoratet slutter seg helhjertet til dette forslaget, som også er helt i tråd med de utviklingsplaner Helsedirektoratet har sammen med andre direktorater. Et eget opplæringsprogram blir iverksatt og vil bli evaluert av SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning).

Forslag nr.9 – Etablere mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet

Helsedirektoratet er i utgangspunktet enig i virkelighetsbeskrivelsen og utfordringene i rusfeltet som utvalget peker på.

- Det er for høy terskel for å få behandling i spesialisthelsetjenesten og tjenester i mange kommuner
- Ventetiden på behandling er for lang
- Det er for vanskelig å finne frem i systemet
- Behandlingstilbudet/tjenesteforløpet er for fragmentert/oppstykket og mange med rusproblemer får for kortvarig oppfølging

Utvalget fastslår at formålet med MO-sentre skal være å sikre rask tilgang til hjelp og samle mottak, behandling og langsiktig individuell oppfølging i ett kompetent tverrfaglig miljø. Sentrene skal

- 1) ta imot og følge opp den avhengige så lenge det er nødvendig,
- 2) ha ansvaret for å samordne tjenestene den enkelte har behov for, og
- 3) fungere som en bro mellom ulike tiltak ved å tilby polikliniske tjenester, medisiner og oppfølging, også i perioder der brukeren venter på plass ved ruspoliklinikker og døgninstitusjoner.

Helsedirektoratet støtter Stoltenbergutvalgets vurdering at en av de største utfordringene som pasientene må forholde seg til, er det fragmenterte tjeneste- og behandlingsapparatet, med store samhandlingsutfordringer. Vi forstår at det med et slikt krevende utgangspunkt er fristende å tenke helt nytt, slik etableringen av MO-sentre i spesialisthelsetjenesten ville innebære. Etableringen av MO-sentre kan sannsynligvis løse noen av utfordringene som det er pekt på, men vi tror det er uunngåelig at det også skaper flere nye samarbeidsutfordringer. Helsedirektoratet mener at utfordringene med samordning og brobygging mellom tjenestenivåene som Stoltenbergutvalget peker på, både kan og må løses. De må uansett løses innenfor dagens forvaltningsstruktur med differensierte virkemidler.

Vi vil først oppsummere noen hovedpunkter som kan bidra til bedre samhandling og et mer helhetlig tjenesteapparat.:

- 1 Spesialisthelsetjenestens oppgaver overfor mennesker med rusrelaterte problemer bør desentraliseres og utbygges slik at den er mer tilgjengelig for brukere og det kommunale tjenesteapparat. Det vil bidra til mer differensierte og mer utadrettede tjenester og raskere vurderinger ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling.
- 2 Samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten bør sikres ved økende grad av samlokalisering, økt bruk av individuell plan og koordinator etc.
- 3 Kommunene må sikres nødvendige økonomiske ressurser for å styrke kapasitet, kompetanse og kvalitet gjennom den pågående opptrappingsplanen for rusfeltet.
- 4 Kommunene må etablere et differensiert helse- og omsorgstilbud, som er tilgjengelig og individuelt tilpasset
- 5 Direktoratet kan gjennom veiledere og retningslinjer sikre et tilfredsstillende kunnskapsgrunnlag for utviklingen av tjenestene til rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Det må videre tas hensyn til at det er store lokale geografiske og demografiske variasjoner i Norge og at tjenestetilbudet er ulikt organisert ut fra lokale behov og forutsetninger. I avtaleinstituttet mellom kommuner og foretak som er planlagt lovfestet i ny Helse- og omsorgslov, må rusfeltet få en tydelig plass, slik at det utvikles samhandlingsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som fungerer lokalt.

Det er mange eksempler på gode samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som bidrar til løsning på de skisserte utfordringene. Flere steder er det etablert tverrfaglig ambulante/oppøkende team, med ansatte både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (eks ACT-team). Andre kommuner har valgt å integrere og/eller samlokalisere ulike typer tjenester til rusmiddelavhengige. Et eksempel er Bergen, hvor Bergen kommune og Helse Bergen sammen har etablert en ny rusakutt.

Et annet viktig prosjekt som pågår, er koordinerende tillitsperson (KTP). Forsøket inngår i opptrappingsplanen og 27 kommuner deltar. Tillitspersonen skal tilby brukere med rusproblemer tett individuell oppfølging, og fungere som en brobygger mellom de ulike tjenestene. I følgeevalueringen av prosjektet viser det seg at det er mange av brukerne som er med i prosjektet får individuell plan. Dette bidrar til at samhandlingen mellom tjenestene og forvaltningsnivåene bedres (Rambøll 2010).

Retten til individuell plan (IP) har vært hjemlet i ulike lovverk siden 2001. IP er et sentralt verktøy for samhandling og brukermedvirkning. Flere rapporter peker dessverre på at rusmiddelavhengige i liten grad får utarbeidet IP til tross for at mange av dem har rett til en slik plan. Direktoratet er opptatt av at IP skal ha en sentral plass i rusfeltet. I samhandlingsreformen, opptrappingsplanen for rusfeltet og i høringsutkastet til ny helse- og omsorgslov fremheves retten til individuell plan og opprettelse av en koordinator som skal gi personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester individuell oppfølging gjennom tjenesteforløpet.

Det er pr. i dag etablert Lavterskel helsetilbud til mennesker med rusproblemer i 48 kommuner i Norge. Det er mulig at disse etablerte lavterskeltilbudene kan utvides med andre tiltak, slik at de blir mer i tråd med forslagene tilknyttet MO-sentrene. En mulighet er at ansatte i spesialisthelsetjenesten har deler av sin polikliniske virksomhet her.

Direktoratet viser for øvrig til forslag 5 (under) hvor vi nevner de lokalmedisinske sentrene som etableres rundt i landet som en mulig base for å gi ulike tjenester til personer med rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet mener at en styrking av generell kapasitet og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i NAV for å ivareta behovene for en tett individuell oppfølging av brukere med sammensatte behov er en hensiktsmessig strategi. Sluttrapporten for ekspertgruppen som vurderer oppgave- og ansvarsfordelingen i NAV (juni 2010) påpeker at NAV fortsatt står foran store utfordringer på mange områder, herunder manglende ivaretagelse av rusmiddelavhengige og personer med psykisk vansker/lidelser.

Etablering av MO-sentre medfører at tilbudet til mennesker med omfattende narkotikaproblemer i hovedsak ikke lenger skal tilbys i det ordinære behandlings- og tjenesteapparatet, men samles for seg selv. Dette kan forstås slik at det etableres en særomsorg som utelukkende er for mennesker med narkotikaproblemer. Direktoratet mener at

vi foreløpig ikke har et nytt kunnskapsgrunnlag som gir en tilstrekkelig begrunnelse for å fravike videreføring av integreringen av rusbehandling i den ordinære helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Integreringsmodellen er valgt blant annet for å redusere stigmatiseringen av rusmiddelmissbrukere og fordommene både i tjenesteapparatet og i befolkningen. Det innebærer at rusmiddelavhengige skal ha rett på og tilgang til tjenester i alle deler av tjenesteapparatet på lik linje med andre. Dette er viktige rettsikkerhetsmessige og verdimesse prinsipper. Vi ser en mulighet for at etablering av MO-sentre vil kunne bidra til å frata det øvrige tjenesteapparatet ansvar for å tilrettelegge for et godt tjenestetilbud, helhetlig oppfølging og ikke minst ivaretagelsen av fagkompetanse om rusmiddelavhengige og deres behov. Vi forstår at denne integreringsmodellen også har svakheter, og at den ikke fungerer optimalt alle steder. Foreløpig mener vi imidlertid samlet at kunnskapsgrunnlaget trekker i retning av å opprettholde en slik modell.

Personer med rusmiddelproblemer er forskjellige og har ulike behov og utfordringer. De har ofte behov for hjelp på en rekke andre livsområder (bolig, økonomi, nettverk, fritid mv). Mange av disse tilbudene vil fortsatt ligge i kommunale enheter/tjenester utenfor et ev. MO-senter (eks NAV, psykisk helsetjeneste, pleie- og omsorg mv).

De siste årene har det vært arbeidet systematisk med å forbedre samarbeidet mellom TSB og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Selv om det har vært økt oppmerksomhet på ROP-pasientgruppen (pasienter med samtidig psykisk lidelse og alvorlige rusproblemer) de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. For å fremme bedring og livskvalitet hos personer med ROP-lidelser holder Helsedirektoratet på med å ferdigstille en retningslinje med anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging for disse pasientene. I tillegg beskrives tjenestenes roller og ansvar.

Kommunene har sin organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærheten til sin befolkning og ved at den i tillegg til helse- og omsorgsoppgavene også har ansvaret for mange andre oppgaver (barnevern, skole, sosiale tjenester mv.). Dette tilsier at kommunen bør være forankringspunktet for tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige.

Store MO-sentre vil samle mange personer med rusmiddelproblemer av forskjellig grad og i forskjellige aldersgrupper. Samling av mange med rusproblemer i et senter er erfaringsmessig problematisk med etablering av subkulturer med kjøp og salg av narkotika på senteret/i nærheten og rekruttering til tyngre narkotika for yngre/brukere av "lette" narkotiske stoffer.

Små MO-sentre vil kunne være vanskelig å etablere, både med tanke på å rekruttere fagfolk og fordi pasient-/brukergrunnlaget vil være for lite. Direktoratet erfarer at i fylker med mange små kommuner kan DPS-modellen ivareta samme funksjon som et MO-senter. Lokalmedisinske sentre kan også inneha denne funksjonen, der de etableres. Avgjørende for organiseringen er imidlertid at det er tilgang på spesialistkompetanse samtidig som helse- og omsorgsbehov for øvrig blir ivarettatt.

Det tar tid før resultatene av Opptappingsplanen på rusfeltet, NAV reformen, samhandlingsreformen og andre satsinger som berører rusfeltet viser seg, og vi mener at det per i dag ikke finnes et godt nok kunnskapsgrunnlag for å si at dagens organisering ikke kan imøtekomme de påviste utfordringene. Helsedirektoratet mener at de rusavhengige og rusfeltet ikke er tjent med en ny og omfattende omorganisering av tjenesteapparatet før Opptappingsplanens mål og virkemidler er realisert og samhandlingsreformen har satt seg.

Avslutningsvis mener vi Stoltenbergutvalget på en veldig god måte beskriver hvordan tjenesten bør møte rusmiddelbrukerne. Tilbudet må være tydelig, lett tilgjengelig, raust og fleksibelt, og bygge på best mulig kunnskapsgrunnlag. Det må være et overordnet mål for utvikling av disse tjenestene uavhengig av organisering og tjenestenivå.

Forslag nr 10 – Overfør vurderingsenhetens oppgave til MO-sentrene

Når rusmiddelmissbrukere har behov for rask hjelp, kan dagens system for vurdering av henvisninger og vurderinger av disse være vanskelig tilgjengelig både for pasient og henviser fra kommunen. I Oslo har man det siste året høstet nyttige erfaringer på området etter opprettelse av Rusakutten, som både har et fagteam som kontinuerlig vurderer akutte henvendelser og en sengepost. En rusakutt er nylig også etablert i Bergen, Ålesund og i Trondheim. Det vil være behov for også å utvikle modeller for hvordan akutte vurderinger kan foretas i mindre kommuner. Her kan for eksempel bruken av akutte ambulante tverrfaglige team som har vurderingskompetanse være en løsning.

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

Helsedirektoratet mener at opprettelse av egne ungdomsmottak er interessant, men ikke som en del av et MO-senter. Et eget ungdomsmottak er under etablering i Oslo og her vil man kunne høste nyttig erfaring.

Forslag nr.12 – Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende

Dette er et positivt forslag som Helsedirektoratet kommenterer uavhengig av tilknytning til MO-sentrene. For mange pårørende til mennesker med narkotikaproblemer kan det oppleves som frustrerende å ikke vite hvor man kan henvende seg. Tjenesteapparatet har generelt ikke alltid vært gode på å ivareta og imøtekomme pårørendes behov for informasjon. Mange opplysninger er taushetsbelagte, like fullt er det viktig at pårørende i større grad blir lyttet til, enten det gjelder egne behandlingsbehov eller ønsket om å medvirke i kraft av rollen som pårørende.

Helsedirektoratet mener at det å sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende kan sikres gjennom andre tiltak enn det rapporten foreslår. I løpet av 2011 vil Helsedirektoratet etablere en nettside som skal sikre bedre informasjon om behandlingsapparatet, hvilke rettigheter pårørende har og hvor de kan henvende seg for å få hjelp. Nettsiden vil bli etablert under www.helsedirektoratet.no. Dette kan bidra til at Helsedirektoratet får synliggjort pårørendefeltet i større grad enn i dag. I tillegg kan det også være med på å legitimere pårørenderarbeid og sikre at informasjonen som gis er av god kvalitet.

Det vil i løpet av 2010 bli utarbeidet en opplæringspakke som har som formål å sette tjenesteapparatet bedre i stand til å ivareta pårørende, samt få forståelse for at pårørende ofte kan være en ressurs for pasienten og for resultatet av behandlingen. For at opplæringspakken skal bli tatt i bruk skal alle lærings- og mestringssentrene tilbys å bruke opplæringspakken i sitt arbeid. I tillegg er det ønskelig at opplæringspakken tilbys til alle helse- og sosialfaglige utdanninger i hele landet.

Det er de siste årene blitt etablert 4 – 5 nye pårørendesentre. Det bør etableres flere slike sentre rundt i landet.

Helsedirektoratet mener at disse tiltakene kan bidra til at pårørende vil bli bedre ivaretatt og at nettsiden vil sikre at pårørende får god informasjon.

Forslag nr 13 – Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på et forvaltningsnivå

Helsedirektoratet mener at tiltak for rusmiddelbrukere/rusmiddelavhengige bør finansieres på samme måte som andre helse- og sosialtjenester. Vårt standpunkt henger nøye sammen med argumentasjonen under forslag 9.

Forslag nr 14 – Gjør en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen

Tall fra KOMmune-STat-RApporteringen (KOSTRA) viser en økning i antall opphold i midlertidige botilbud, fra i overkant av 4200 i 2005 til nærmere 4500 i 2006. I følge KOSTRA har det i perioden 2007-2008 vært en reduksjon i antall opphold i midlertidig bolig som har vart lenger enn tre måneder. I november 2008 ble det gjennomført en ny kartlegging av bostedsløshet. Denne kartleggingen anslo at det var 6100 bostedsløse, noe som er en økning fra 2005. Kartleggingen viste også at bostedsløshet er et storbyfenomen. Det er gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet, arbeids- og velferdsdirektoratet og Husbanken igangsatt flere tiltak og forsøksprosjekter for å redusere opphold i midlertidig bolig og bostedsløshet blant rusavhengige/ personer med rusrelaterte problemer. Det er kommunene som har ansvar for å framskaffe bolig og for vurdering av behov ved tildeling av bolig (jf sosialtjenesteloven og sosialtjenesteloven i NAV). Kommunene har videre ansvar for å sørge for en forsvarlig oppfølging i bolig, slik at også mennesker med rusrelaterte problemer settes i stand til å bo, og til å beholde egen bolig over tid. Det er i denne sammenheng viktig at kommunen har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å etablere gode oppfølgingstjenester, både i form av praktisk bistand og opplæring, behandling og rehabilitering. Kommunene må selv disponere de nødvendige ressursene i arbeidet med å forebygge bostedsløshet blant personer med rusrelaterte problemer. Det å ha en trygg bolig er en vesentlig forutsetning for god behandling og rehabilitering av personer med ruslidelser.

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

Helsedirektoratet synes det er positivt at utvalget også tar opp bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige. Det vises til tre lovverk som regulerer bruk av tvang og som kan være aktuelle overfor rusmiddelavhengige; lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2 a og § 6-3, barnevernloven og lov om psykisk helsevern. Utvalget foreslår en harmonisering av regelverkene som gjelder tvang, og at det utarbeides retningslinjer for tjenestene for å sikre en bedre og mer enhetlig praksis.

Uni Rokkansenteret har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en nasjonal evaluering av §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Evalueringen bekrefter at dette er en type tvang som benyttes i et begrenset omfang, men viser samtidig at det har vært en jevn økning siden 2003, særlig når det gjelder § 6-2. Den viser også at kvinner er overrepresentert, at hovedrusmiddel er narkotika, og at gjennomsnittsalderen er 28/29 år. Evalueringsrapporten avdekker svakheter i hvordan de sentrale aktørene på dette område håndterer og ivaretar sitt ansvar når det gjelder tilbakehold på institusjon uten eget samtykke. Mer konkret pekes det på svakheter både i regelverket, i sosialtjenestens vurdering av saker, i de regionale helseforetakenes ansvar når det gjelder å peke ut institusjoner og i institusjonenes gjennomføring av tilbakeholdet, samt at

det ikke er gode nok rutiner for å følge opp pasienter etter en tvangsinnleggelse. Dette er svakheter som igjen får konsekvenser for hvordan pasientene opplever og nyttiggjør seg tilbakehold uten samtykke. Samtidig skapes det tvil om man oppnår formålet med reglene slik det var tenkt. Videre pekes det på store geografiske variasjoner i bruk av tvang, samt variasjoner i gjennomføringen av tilbakeholdet.

Helsedirektoratet deler utvalgets bekymring for den ulike praktiseringen av tvangsbestemmelsene og de uklare ansvarsforholdene som oppstår ved anvendelse av ulike lovverk. Helsedirektoratet følger dette opp gjennom en vurdering av rapporten og vil gi råd til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan den bør følges opp.

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

Psykisk lidelser og ruslidelser opptrer ofte sammen, og befolkningsundersøkelser viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelse. Forekomsten av psykisk lidelse er enda høyere blant rusmiddelbrukere som søker behandling. Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell behandlingsoppmerksomhet. Personer med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom begge lidelsene utredes og behandles på en koordinert måte. Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Denne retningslinjen er nå på høring og vil ferdigstilles våren 2011. Et overordnet mål med retningslinjen er å bidra til at personer med ROP-lidelser får det tilbudet de trenger. Retningslinjen fokuseres spesielt på kommunen og spesialisthelsetjenestens (både psykisk helsevern og TSB) ansvar for disse pasientene, slik at man skal hindre at pasientene blir kasteballer i systemet.

Forslag nr. 19 – Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det

1.januar 2010 kom forskrift for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) som var utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. 1.februar 2010 utga Helsedirektoratet "IS 1701 - Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet" (LAR-retningslinjen), som var utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av direktoratet. Målet med det nye rammeverket var blant annet å normalisere behandlingen av opiatavhengige innen TSB, sikre at behandling i LAR er kunnskapsbasert og sikre at LAR blir tilgjengelig i hele landet på like vilkår. Det skulle også legges spesiell vekt på det psykososiale oppfølgingsarbeidet for pasientene.

Pr 1.9.2010 var 5796 pasienter i LAR i Norge. Antallet pasienter i LAR har økt med ca 500 netto pr år fra 1998 og det anslås at 40-60 % av den aktuelle målgruppen nå er i LAR. Mye tyder på at det er en gruppe opiatavhengige som har store problemer med å komme seg inn i LAR, disse kalles ofte "hard-to-reach". Gjennom prøveprosjektet Klinikk Motivasjon ble det gjort nyttige erfaringer når det gjaldt å gjøre veien inn i LAR lettere for denne gruppen.

I LAR-forskriftens § 4 står det at "LAR som hovedregel ikke skal være det første behandlingsalternativet med mindre det anses å være det best egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. Pasientens alder og lengde på opioidavhengigheten skal alltid tillegges særlig vekt". Dette er en politisk avgjørelse som legger andre føringer enn anbefalingene fra verdens helseorganisasjon: "De fleste opiatavhengige pasienter bør anbefales legemiddelassistert behandling".

I Stoltenbergutvalgets foreslåtte modell står det at oppstart av behandling bør skje umiddelbart etter en vurdering av kvalifisert lege ved et MO senter og raskest mulig etter avrusning dersom det er nødvendig. Behandling med legemidler må også være tilgjengelig for heroinavhengige som er vanskelige å nå (s 39).

I LAR-retningslinjens kapittel 15 åpnes det for at substitusjonsbehandling i visse tilfeller kan startes utenfor LAR: "Substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet i den hensikt å stabilisere og utrede pasienter utenfor LAR bør etableres i et samarbeid mellom kommunale instanser og LAR. Ved stabilisering utenfor LAR bør forskrivning av A- og B-preparater alltid skje i samråd med spesialisthelsetjenesten."

Helsedirektoratet er enig i at ventetiden til inntak i LAR mange steder i landet er for lang og at tiltak må igangsettes for å redusere ventetiden. Videre er vi enige i at inntaksprosedyren for pasienter inn til LAR kan oppleves som tungvinn og kan hindre at pasienter som trenger denne behandlingen, særlig "hard-to-reach" gruppen, kommer seg i behandling. Vi mener at det i økende grad bør satses på tiltak som likner på Klinikk Motivasjon for å hjelpe "hard-to-reach" pasientene inn i LAR. Det er imidlertid viktig at vurderingen av opiatavhengigheten til pasientene er tilstrekkelig, slik at man ikke tar inn pasienter i LAR som ikke er opiatavhengige.

Forslag nr.20 – Legg behandling og oppfølging til kvalifiserte fagmiljøer i MO-sentrene

Da Helsedirektoratet fraråder etablering av MO-sentre slik vi redegjør for under forslag 9, kommenteres heller ikke dette forslaget. Spesialisthelsetjenestens oppfølging av personer i LAR bør integreres i den øvrige TSB, slik LAR-retningslinjen anbefaler.

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

De senere årene har antallet urinprøver i LAR blitt redusert vesentlig. I tillegg har man i LAR ØST hatt et forsøksprosjekt med bruk av spyttprøver i LAR. Spyttprøver er av forståelige grunner lettere å gjennomføre for pasientene enn overvåkede urinprøver. Fremdeles brukes urinprøver i LAR i en mye større utstrekning i Norge enn i mange andre land.

Bruk av urinprøver/spyttprøver for å sikre forsvarlig medisinsk behandling i LAR bør fortsatt benyttes, men Helsedirektoratet støtter at man reduserer antallet urinprøver til det som er nødvendig for å sikre forsvarlig behandling.

Forslag nr.22 – Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR

Medisinsk sett er det ikke noen stor prinsipiell forskjell på stabilisering av opioidavhengige med heroin og med metadon/buprenorfin. Den viktigste forskjellen er at metadon inntas som saft og buprenorfin som tablett som legges under tungen, mens heroin inntas ved hjelp av sprøyter. I heroinprosjektene i Europa inntar pasientene ved fremmøte minst to ganger daglig heroin i tillegg til at man får en kveldsdosering med metadon. Det er med andre ord en svært krevende behandlingsform, hvor pasienten må møte til inntak av heroin 2 ganger daglig hele året. Der hvor heroinbehandling finnes, er man fullt klar over at man i liten grad når "hard-to-reach" gruppen med denne typen behandling. De fleste sentrene opplever dessuten problemer

med å rekruttere pasienter til behandlingen, når de opiatavhengige finner ut hvor ressurskrevende behandlingen er.

Ut fra forskningen på heroinassistert behandling er det rimelig å tro at en gruppe heroinavhengige i Norge som i dag ikke nås av behandlingstilbud, vil profitere på slik behandling, dette er gruppen man ofte kaller "hard-to-treat". Det er likeledes rimelig å tro at det fortsatt vil være en restgruppe som heller ikke vil nås av heroinassistert behandling, de såkalt "hard-to-reach" misbrukerene.

Heroinassistert behandling er i utgangspunktet en svært kostbar behandlingsform, vesentlig mer ressurskrevende enn behandling med metadon/buprenorfin (se kostandsberegninger fra Seraf i Serafrapport 1/2010 s.12). På grunn av geografi og demografi i Norge og kravene til sikkerhet i behandlingen er det dessuten rimelig å tro at kostnadene til slik behandling i Norge vil være større enn i land som til nå har utprøvd denne behandlingsformen. Heroinbehandling vil kun være mulig å etablere i ganske få byer i Norge, da det potensielle pasientantallet de fleste steder er for lavt.

Det er likeledes nærliggende at en eventuell innføring av substitusjonsbehandling med heroin kan skje på bekostning av andre tiltak innen TSB.

Helsedirektoratets mener at ut fra kostnadsvurderinger og geografiske forhold bør opioidavhengige i Norge fortsatt behandles med metadon og buprenorfin innen rammen av LAR. Utbyggingen av LAR på spesialistnivå bør intensiveres og bemanningen bør økes. Samtidig bør den psykososiale oppfølgingen av LAR-pasienter (og andre pasienter med ruslidelser) i kommunene styrkes. Utprøving av heroinbehandling innen LAR bør derfor ikke igangsettes på nåværende tidspunkt.

Helseforetakene er etter innføring av nytt rammeverk i ferd bør med å bygge ut en lavterskelgren i LAR for heroinavhengige pasienter som ikke har omfattende rehabiliteringsmålsettinger. Spesielt bør det arbeides for å inkludere flere pasienter i "hard-to-reach"-gruppen etter liknende metoder som Klinikk Motivasjon benyttet. Denne utviklingen bør støttes for å nå den pasientgruppen en ønsker å nå med heroinassistert behandling.

Helsedirektoratet vil følge nøye med i erfaringene med heroinbehandling i andre land og spesielt i vårt naboland Danmark, som har mange likhetstrekk med Norge. vårt naboland Danmark, som har mange likhetstrekk med Norge.