

## **Innspill til høring om Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika pkt. 9-13, Mottaks og oppfølgingsentre**

Innledningsvis vil vi sette spørsmålstegn ved utvalgets sammensetning og geografisk tilhørighet. Representativiteten til utvalget, synes for en stor del å ha tilhørighet rundt Oslo. Vi mener at rapporten mister noen perspektiver ved å snevre inn geografisk og dermed ikke får tilstrekkelig nasjonal relevans.

I utvalget er det to av representantene som kan sies å ha hatt faglig befatning med rusfeltet. Et fagfelt der det foregår stor grad av forskning og erfaringsdeling fra fagfolk på alle nivåer.

*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 heller ikke prioritert i utvalget og disse stemmene må i særdeleshet få komme frem.*

Rapporten tar lite hensyn til erfaringer som er gjort i fagfeltet etter rusreformen i 2004. Fravær av henvisninger til faglige tunge satsninger virker i beste fall uheldig, i forhold til kompleksiteten i fagfeltet.

### **Kommentarer til de enkelte punktene:**

#### **Pkt 9 Etabler mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet (MO-sentre)**

- Rapporten tar ikke hensyn til geografiske og demografiske utfordringer. Dette må sikres i Stortingsmeldingen. Tenkes det interkommunale modeller for MO-sentrene så 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.
- Rapporten handler utelukkende om narkotika til tross for at statsråden for oppnevningen av utvalget brukte betegnelsen ”de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige”, og at mandatet understreker dette. Det må gjøres rede for hva konsekvensen blir, av å gruppere rusmiddelavhengige i forhold til type rusmiddel. Og hvem som skal peke ut de som skal gå inn dørene på et MO-senter, om det er pasienten selv eller tjenesteapparatet.
- Utvalget foreslår at det blir etablert MO-sentre uten at disse inkluderer alkoholavhengige eller psykisk syke. I årene etter Rusreformen har pasientrettigheter stått sterkt i rusfeltet. Grunnforståelsen for all politikk i rusfeltet har derfor blitt at rusavhengige skal ha de samme rettighetene til behandling, for både psykisk og fysisk helse, som alle andre. Med MO får vi et eget senter for narkomane som ikke nødvendigvis blir mindre stigmatiserende enn de alternativene som er jobbet frem de siste årene. Sentrene skal løse alle utfordringer for brukerne, fra kommunale boliger og jobb, til poliklinisk behandling og utdeling av medisiner. Kjente oppgaver som gir assosiasjoner til allerede eksisterende systemer bygd opp før og under opptrappingsplanen for rusfeltet, eksempelvis funksjonen til koordinator for individuell plan.

- Med MO kan 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, og ikke stigmatiserende særomsorgstiltak, er veien å gå for rusavhengige mennesker. Dette understreker NAV-reformens hovedprinsipp og samhandlingsreformens intensjoner, og går imot opprettelsen av MO-sentrene. 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 for opinionen. I tillegg må begrunnelsen for at ordningen ikke fungerer etter intensjonen/ ikke kan stimuleres til å fungere, komme frem.

### **Pkt. 10. Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene**

- Rapporten sier ingenting om hvilke forvaltningsledd som skal fjernes. Rapporten tar heller ikke hensyn til utviklingen av lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid. Et av forslagene er at MO-sentrene skal ha forankring til staten, og retten til nødvendig helsehjelp vil bli utredet i MO-sentrene. Dette innebærer å etablere enda et nytt forvaltningsledd i et marked som fra før har samhandling som en av sine store utviklingsoppgaver. Ansvarsforholdene mellom MO-sentre sett opp mot de etablerte tiltakene vi har i dag (1. og 2. linja) er ikke beskrevet. Dersom MO skal avgrense seg til avhengige av illegale rusmidler må alle henvisningssystemer opprettholdes. Vi må dermed se nøyer 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 tilleggsproblem. Dette virker i beste fall lite utredet.
- Intensjonene med MO-sentrene er at de skal bemannes med kvalifisert personale. Dette inkluderer psykologer og psykiatere. MO-sentrene skal diagnostisere for kvalifisering til 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 i stortingsmeldinga i 2011.

### **Pkt. 12. Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende**

- 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 taushetsplikt. I stedet for å foreslå dette ansvaret lagt til MO, kunne utviklingsarbeidet som allerede foregår styrkes vesentlig, og gjøres mer gjeldende. Eksempelvis er det for tiden stor oppmerksomhet og innsats, overfor 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.

### **Pkt. 13. Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå**

- Rapporten foreslår at kommunens utgifter til omsorg og rehabiliteringstilbud, 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. Men hva dette innebærer er ikke utredet. Det virker besnærende med en statlig modell som sikrer den enkelte uavhengig kommuneinnretning og økonomi. Imidlertid er vi usikre på realismen i dette.
- De siste årene er det gjort en betydelig innsats for å utvikle og forsøke samhandlingsmodeller mellom ulike forvaltningsnivå. Dette er langvarige prosesser som omfatter større grupper og flere aktører enn det vi kan se forslag nr. 13 beskriver. Senest i 2010 har det vært en storstilt satsning på dette området.

### **Pkt. 22 Tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR**

Sentrale forskningsmiljø som Sirius (Statens institutt for rusmiddelforskning og Seraf (Senter for rus og avhengighetsforskning) har oppsummert forskning om bruken av heroin som substitusjonsmedikament. I hovedsak er dette erfaringer fra europeiske land som Sveits, UK, Nederland, Spania og Tyskland.

Kunnskapsoppsummeringene fra Ravndal<sup>1</sup> og Waal<sup>2</sup>) viser at heroinstøttet behandling kan gi reduksjon i illegal heroinbruk, nedgang i kriminalitet og bedre sosiale forhold for gruppen som deltar. Visse grupper er imidlertid ekskludert fra modellprosjektene det er forsket på, hvilket gjerne defineres som gruppen ”hard to reach, hard to treat”. Levekår ellers viser tilnærmedesvis samme nivå for gruppen som fortsatte heroinstøttet behandling, som for dem som forlot behandlingen. Hovedeffekten er lik som for tilsvarende belastede klienter i LAR – nemlig nedgang i bruk av illegal heroin og i kriminalitet. Tiltaket har ikke ført til at flere slutter å bruke heroin, men en nedgang i rekruttering. Fra Nederland viser randomiserte kontrollerte forsøk at litt under halvparten (40 %) hadde bedring innenfor minst ett av livsområdene fysisk helse, sosial eller psykiatrisk belastning, eller for rusing, som bruk av kokain. Men kontrollgruppen viste også signifikant forskjell i bedring. Kritikken inneholder omtrent som den over, - pasienter med særlige vansker er ekskludert, den er basert på selvrapportering fra sterkt motivert gruppe, mye kontakt med psykososiale tiltak/oppfølging som gjør det vanskeligere å vite *hva* som gir effekt, - heroinen, oppfølgingen eller begge deler.

Vi vil understreke to sentrale spørsmål som også reises i de norske og den danske<sup>3</sup> kunnskapsoppsummeringen. Med de krevende rammer som heroinstøttet behandling må ha, vil

---

<sup>1</sup> Ravndal, E. (2008) *Behandling med legeordinert heroin – hva viser litteraturen?* Innlegg på internt møte HOD – helseministeren 050109, Sirius/Seraf/Uio. Tilsendt via e-post fra Helsedirektoratet. Tilgjengelig via e-post: anne.moberg@sykehuset-innlandet.no

<sup>2</sup> Waal, H. (2008) *Medisinsk forskrivning av heroin Hva er kunnskapsgrunnlaget?* Innlegg fra nasjonal LAR-konferanse (30- 31.10.2008). Tilsendt via e-post fra Helsedirektoratet. Tilgjengelig via e-post: anne.moberg@sykehuset-innlandet.no (19.01.2009)

<sup>3</sup> Hansen, A.B.G. og M. Grønæk (2007) *Litteraturgennemgang til redegørelse om heroinordination*. Danmark: Statens Institut For Folkesundhed, Syddans Universitet.

tiltaket nå de mest utsatte gruppene som forslaget er ment for? Med heroinens korte virkningstid er det farmakologisk sett lite egnet som substitusjonsmedikament. Den enkelte i behandlingsopplegget må møte to-tre ganger pr dag 7 dager i uka. Helsepersonell må være kontinuerlig tilgjengelig. Behandlingen krever strenge kontrollrutiner og man må også vurdere behovet for sikkerhetstiltak.

Medikamentet er sjelden grunnen til utskriving fra LAR, ofte er det store utfordringer knyttet til oppfølgingsregimet og kontrolltiltak. Det er derfor vanskelig å se for seg at de aller dårligste, som dette forslaget er ment for, vil makte å følge opp slik det beskrives. Det er også vektige grunner til å oppfatte at behandlingsstrukturen i dagens LAR ikke er utnyttet som potensiale for de mest hjelpetrengende. Med nye retningslinjer kunne det tenkes at man heller bør satse på å optimalisere tilbudet som allerede er etablert.