



Dato: 22.12.10
Saksnr.: 201008958-3
Arkivkode E: F61 &13
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang
Formannskapet
Helse- og sosialstyret

Møtedato
12.01.2011
11.01.2011

Høring - Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika

Sammendrag:

Kristiansand kommune har fra Helse- og omsorgsdepartementet mottatt Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika, med høringsfrist 7 januar.

Bakgrunnen for Stoltenbergutvalgets rapport er arbeidet til det regjeringsoppnevnte utvalget som i mars 2009 fikk i oppdrag å se særskilt på hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Det inngikk eksplisitt i mandatet å vurdere heroinstøttet behandling som en del av tilbudet til målgruppen.

Rådmannens forslag til høringsuttalelse er vedlagt

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg: Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika

Utrykte vedlegg:

Høringsinnspill fra Kristiansand kommune til Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika

Høringsuttalelsen følger strukturen i rapporten og refererer til utvalgets ulike forslag som er nummerert 1-22. Ikke alle forslag kommenteres enkeltvis.

Forslag 1 og 2 handler om forebygging. En vil støtte utviklingen av forebyggende metoder som tar i bruk sosial medier og som dermed egner seg til bedre å treffe unge mennesker. Kristiansand kommune har blant annet under utvikling en interaktiv nettside som har dette formålet. Det er imidlertid viktig at man benytter forebyggende strategier og programmer som har vist seg å ha dokumenterbar effekt. En vil også understreke betydningen av det nikoteforebyggende arbeidet som har dokumentert sammenheng på senere bruk av narkotiske stoffer. Cannabisforebyggende tiltak på flere nivå bør man også fremheve som en viktig satsing i forbindelse med tidlig intervensjon på rusfeltet.

Forslag 3 og 4 omhandler reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika. Utvalget viser til forsøk med alternative reaksjonsformer overfor unge mennesker og foreslår en utvidelse av disse ordningene som en reaksjonsform. En kan støtte forslaget såfremt det sees i sammenheng med en god oppsummering av de forsøkene som har vært. Det er viktig å se hvor man har hatt effekter når det gjelder det forebyggende aspektet.

I forslag 4 skisserer man en innføring av tverrfaglige nemnder som skal vurdere tiltak overfor personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. En slik overføring av ansvar fra justissektor til helsesektor vil ha store konsekvenser. Dette bør konsekvensutredes grundigere i forhold til det strafferettslige, i forhold til flytting av ressursbruk, i forhold til forebygging, i forhold til helsegevinster, behov for et endret og styrket behandlingsapparat osv.

En vil videre i forslaget være skeptisk til opprettelse av nye nemndordninger på områder hvor enkeltpersoner skal møtes med sanksjoner for handlinger som er begått. Selv om sanksjonens formål er forebygging og hjelp er det rettssikkerhetshensyn som må vurderes opp mot dette. En bør se på samhandlingsformer mellom justis- og helsesektor som kan ivareta de hensyn og oppnå de fordelene man ønsker ved å innføre en nemndordning. Rapporten viser til eksisterende ordninger som kan videreutvikles og utvides uten at man innfører et nytt nemndsystem. En vil anbefale en satsing på disse, samtidig som man eventuelt initierer en bred faglig og samfunnspolitisk debatt rundt samfunnets reaksjoner rettet mot bruk og besittelse av narkotika.

Forslag 5 omhandler utvikling av sprøyterom. Som rapporten påpeker er effekten av det ene sprøyterommet man har i landet, det i Oslo, avhengig av at brukerne får helse- og sosialfaglig oppfølging. Uten dette når man ikke målsettingene med tiltaket. Evaluering viser at dette har vært langt fra tilfredsstillende. Kristiansand kommune ser at man kan bruke ressursene til denne målgruppen på andre lavterskeltiltak hvor helse- og sosialfaglig personell gjør seg tilgjengelig for brukerne på en langt mer effektiv måte. Sprøyterom er vurdert som faglig uaktuelt i kommunen.

Forslag 6 og 7 er tiltak rettet mot å redusere åpne bruker- og omsetningssteder gjennom intensivert innsats rettet mot selgere og gateomsetning av narkotika, samt tiltak som kan ha effekt på internettomsetningen. En er ikke uenig i tiltakene som rettes mot tilbydersiden. En bør samtidig understreke at det andre virkningsfulle innslagpunkt er virkningsfull behandling og rehabilitering som setter mennesker i stand til å leve rusfrie liv. Dette reduserer etterspørselsiden.

Forslag 8 foreslår å prioritere midler til forskning om hvilke forebyggende tiltak som gir best resultater. Dette støttes og er nødvendig for å øke treffsikkerheten i arbeidet som retter seg mot tidlig intervensjon. Det er viktig å styrke forskningen på rusfeltet generelt, slik at man får bedre omfang og kvalitet på dokumentasjon og forskning vedrørende ulike behandlings- og rehabiliteringsmodeller også.

Forslag 9-13 omhandler behandling og oppfølging og konsentrerer seg om forslaget vedrørende opprettelse av såkalte MO-sentre (Mottaks- og oppfølgingssentre) Utvalget foreslår å samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og såkalt langsiktig behandling på ett forvaltningsnivå, det statlige. Som rapporten peker på er dette ikke tråd med Samhandlingsreformen som anbefaler at kommunene bør gis et større ansvar. Høringsinstansene bes derfor særskilt om å komme med anbefalinger vedrørende forankring av evt MO- sentre: A) bredt statlig ansvar B) bredt kommunalt ansvar.

Først om innholdet og hensikten med MO-sentrene:

Forslaget er begrunnet i å kunne gi tidligere hjelp, bedre sammenhengen i hjelpen og øke kapasiteten. Mye av forutsetningen for å lykkes med alle hensyn er slik vi forstår det at alt samles ett sted og under en budsjettlinje. Forslaget innebærer at rusfeltet blir en særomsorg og behandles ulikt alt annet på helsefeltet. Dette er det motsatte av hva reformene på feltet så langt har ønsket å oppnå; det er man selvsagt også klar over.

En er redd for at forslaget vil innebære en ressurskrevende snuoperasjon hvor effektene ikke er godt nok dokumentert på forhånd. En har gjennom de siste årene dessuten gode erfaringer med samhandlingsmodeller som bidrar til helhet i tjenestetilbudet, forpliktende samarbeid mellom kommuner og sykehus, interkommunalt samarbeid på rusfeltet osv. En ny bevegelse mot en sentralisering vil sette mye av det eksisterende utviklingsarbeidet i et vakuum. En stor organisatorisk endring vil kreve mange avklaringer, oppgavefordeling, ressursfordeling- og det vil måtte skje i sammenheng med samhandlingsreformen som forslaget i stor grad er i konflikt med. Det er et stort spørsmål om brukere og pårørende vil være mer tjent med en modell som det vil ta mange år å utvikle, enn en fortsatt gradvis opptrapping og styrking av rusfeltet.

Modellen med sentraliserte MO-sentre som er statlige gir også en ny stor utfordring den dagen kommunene skal overta stafettpinnen alene sammen med den tidligere rusmiddelavhengige. Overganger kan man aldri komme fra, men denne modellen kan øke faren for at man fjerner store deler av rehabiliteringsløpet fra det lokale nettverket og får en stor utfordring den dagen vedkommende skal etableres i en hjemkommune.

Koordineringsansvaret bør ligge i kommunen, ikke ved et MO-senter, slik også ny helse- og sosiallovgivning skisserer. Slik en ser det taler det meste for at ressursene på rusfeltet bør brukes til å styrke det som eksisterer og allerede viser seg virkningsfullt, fremfor å utprøve en ny ansvars- og ressursfordeling som har usikkert utfall. Kapasitetsproblemet som i dag gir behandlingsskøer og brudd i behandlingsforløp må man uansett skissere en løsning for, uavhengig av organiseringsmodell. Det er ønskelig at kommunene har ansvar og ressurser der folk bor og skal bo, slik samhandlingsreformen skisserer. Sykehuset med sin tverrfaglige spesialiserte behandling må være tilgjengelig for kommunene og for folk som bor i distriktene. En bør bruke ressursene på å optimalisere den samhandlingen som allerede finnes og som er god.

Hvis man altså skal velge å utvikle modeller for MO-sentre bør det skje i samhandlingen mellom sykehus og kommunene som forpliktete parter. Modellen for forankring bør følge Samhandlingsreformens struktur og linjer i forhold til det kommunale ansvaret.

Punkt 14 omtaler bolig og aktivitet som sentrale faktorer i behandling og rehabilitering, dette støttes selvsagt. Man bør utvikle modeller for rehabilitering som ivaretar dette langt bedre, uavhengig av ideen om MO-sentre.

Forslag 15 som går ut på å sikre narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold. Dette understreker soningstiden som en tid for handlingsrom i forhold til behandling og rehabilitering. En støtter styrking av tiltak som kan utnytte mulighetene her mer effektivt. Det bør gis økte muligheter til reell behandling og rehabilitering under soning, ikke bare tiltak som forbereder den innsatte på dette. En må arbeide for ordninger som kan sikre sømløse overganger mellom fengsel, avrusning, behandling og rehabilitering.

Forslag 16 vedrørende en harmonisering og kvalitetssikring av regelverket for tvang støttes.

Forslag 17 som omhandler en tydeliggjøring av ansvars- og arbeidsdeling mellom psykisk helse og rusfeltet bør behandles i forbindelse med Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser, som er sendt på høring med frist 28. februar.

Forslag 18: Avvikling av egenandeler for behandling av narkotikaavhengighet. En er enig med utvalget at de likebehandlingshensyn som lå til grunn for innføring av egenandeler, for eksempel i poliklinisk behandling, har slått motsatt vei for en stor del av målgruppen. Egenandeler holder store deler av pasientgruppen unna behandling, en utilsiktet konsekvens, og en støtter derfor å se nærmere på løsninger som kan endre denne situasjonen. En bør også se på egenandeler i forbindelse med fastlegebesøk. Ordninger med gratis tannbehandling som en del av rehabiliteringen må opprettholdes og gjøres tilgjengelig for alle som er i målgruppen. Tannbehandling er et svært viktig suksesskriterium i en rehabilitering.

Forslagene 18-22 omhandler legemiddelassistert rehabilitering (LAR) Utvalget peker på en rekke forhold ved LAR som kan forbedres. En er enig i at denne behandlingsformen bør optimaliseres; det er for mange som har altfor liten effekt av behandlingen i dag. Det pekes på at R'en i LAR, altså rehabiliteringen har for små ressurser. Det kan man støtte; det er rehabiliteringen, det vil si oppfølgingen som kan få på plass et liv, ikke medikamentet alene. Forslaget om å styrke oppfølging ved å samle ansvar og legge oppgavene til et MO-senter er man ikke enig i. LAR er for mange ment å være en livslang behandlingsform. Dette er innbyggere som lever sine liv i kommunen og må ha sin oppfølging knyttet til sin bolig, sin dagaktivitet, sitt dagligliv. Det bør ikke spesialiseres mer enn det som allerede er gjort gjennom den nylig vedtatte LAR- forskriften.

Medikamentvalg i LAR er ikke drøftet men man stiller forslag om å åpne for heroin i LAR. Behandling med heroin er svært kostnadskreven, det er en svært liten målgruppe som er aktuell for et eventuelt forsøk, det er en målgruppe som antakelig kunne vært i LAR, om mulig med andre medikamenter, med tettere individuell oppfølging og tilpasning av rehabiliteringen. Slik ressursituasjonen og utfordringene er på rusfeltet i dag, vil en foreslå at ressurser brukes på å optimalisere LAR behandlingen generelt og tilpasse LAR behandlingen spesielt til denne målgruppen. En bør se på hva slags rehabilitering og oppfølging som har hatt best effekt og tilby mer av dette slik at gode boforhold, meningsfulle dagaktiviteter, holdbare sosiale relasjoner og inntektssikring kan tilbys også denne delen av målgruppen.

En ønsker avslutningsvis å påpeke at man i Norge også har medikamentfrie behandlings- og rehabiliteringstilbud som dekker mange av de behovene rusmiddelavhengige har for bistand. Mulighetene til å få et medikamentfritt liv bør være tilgjengelig, synlige og mulige også for den gruppen som rapporten har sett særskilt på: De mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige.