



Deres ref.:

Vår ref.: Grete Wold

Arkiv nr.:

Sandefjord,

HØRINGSUTTALELSE

STOLTENBERGSUTVALGETS RAPPORT. DESEMBER 2010

SANDEFJORD KOMMUNE VED SOSIALMEDISINSK SENTER.

Sandefjord kommunes rus og psykiatritjeneste vil med dette benytte anledningen til å komme med en uttalelse i forbindelse med høring til rapporten utvalget har invitert til.

Først vil vi berømme en kort, lettfattat og oversiktlig rapport som peker på mange sentrale utfordringer i norsk narkotikapolitikk. Det er mange gode tiltak som foreslås.

FOREBYGGING:

Forebyggingsaspektet hvor man foreslår å styrke informasjonsarbeidet også via internett til ungdom, og tilby oppfølging og behandling istedenfor bøter ovenfor de yngste ved mindre narkotikabeslag er gode forslag.

Forslag 5 om å videreutvikle sprøyterom-ordningen til å bli lavterskel brukersteder har vi heller ingen store innvendinger på, annet enn at dette uansett er et tiltak for få, større byer i landet – og får liten konsekvens for mindre byer som vår.

Videre er vi enige i at man styrker innsatsen for å bekjempe omsetningen av narkotika, og da spesielt rette innsatsen på bakmenn og større nettverk i inn – og utland.

Forslag 8 er spesielt viktig, det er et stort behov for mer forskning på dette feltet – det kan synes noe tilfeldig hva man iverksetter av tiltak. Ofte ser man til utlandet for å finne gode ideer, og bringer disse helt eller delvis til Norge, med varierende hell. Vi har et stort behov for mer fakta på dette feltet, og det vil styrke arbeidet når forskning er basert på norske forhold.

BEHANDLING OG OPPFØLGING:

Under dette området er det mange gode forslag som vil lette situasjonen for de tyngste rusmiddelavhengige, og også arbeidet for oss i kommunene.

Spesielt positivt er forslag om å fjerne egenandeler og gi gratis tannbehandling til mennesker med rusmiddelavhengighet. Dette vil lette kommunens arbeid ovenfor den tyngste gruppen misbrukere som ofte er underforbrukere av helsetjenester generelt.

Videre er det riktig å rette en større innsats mot de innsatte i fengslene, her er det en god anledning for å motivasjon og tilrettelegging. Inn her kommer også forslag 14 om bolig, da dette arbeidet er meget krevende for kommunene – og her er det behov for økt satsning (mulig med øremerkede midler).

Tvang er et område vi vet for lite om, og ser frem til økt forskning på dette. Men det er uansett et viktig tiltak å harmonisere regelverket, men dette må da også baseres på en vid forståelse av både rus, psykiatri og somatisk helse. Det må ligge en høy grad av etisk og faglig standard til grunn, og de pårørende bør ikke få noen utvidet myndighet utover det som ligger i lovverket i dag. Det er viktig at pasientens egenverd og samtykkekompetanse vektlegges, bruk av tvang må holdes på et minimum, slik man nå ønsker også i psykiatrien.

De to forslagene som har fått mest omtale, og kanskje også vil få størst konsekvenser er vi mer kritiske til:

Forslag 9 – 13 :

Opprettelse av statlige MO sentre som skal ha ansvaret for all hjelp og bistand den rusavhengige og deres pårørende måtte ha behov for, vil medføre en dramatisk endring av rusfeltet. Vi stiller oss undrende til at man tenker at en pasientgruppe ikke følges samhandlingsreformens intensjoner, og i større grad innlemmes i kommunale tjenester. Det vil etter vår oppfatning være helt galt å ta en gruppe ut av det kommunale ansvaret for sine innbyggere.

Første utfordring vil være å bygge opp tilstrekkelig ansatt sentre med adekvat og ønsket bemanning og kompetanse rundt i hele landet. Det vil med vår geografi måtte være sentre i alle kommuner, og i mange to. Det må også være en realistisk avstand til alle i kommunen, da man skal kunne komme seg dit hver dag. Mange har ikke offentlig transport i helgene, og brukerne har ofte lite midler til slikt. Det vil måtte medføre en enorm satsning økonomisk og ikke minst kompetansemessige.

Andre utfordring vil være å skille hvem som er kommunalt, og hvem som er et statlig ansvar. Når er man ”tung” nok til å kvalifisere for statlige tiltak, og hvem skal betale for det ?

Tredje utfordring er å bygge opp et eget ungdomstilbud i tilknytning til slike MO sentre, det vil være nesten umulig på mellomstore og mindre steder å skjerme de yngste fra de endre brukerne.

Det som trengs i kommunens rusarbeid i dag er en styrking av ruskonsulentens rolle, og en kapasitetsøkning slik at den enkelte kan følge opp færre – slik det er foreslått gjort i MO senterne. MO senterne funksjon kan kommunens selv utføre, og gjør det i stor grad allerede – men det er et stort behov for økte ressurser til å ivareta den enkelte. Så om man velger å prioritere så mye som en milliard som dette er estimert å koste, kan dette overføres den enkelte kommune som øremerkede tilskudd for å bygge opp de tjenestene man etterspør.

Forslag 22.

Heroin assistert behandling synes for oss som et skritt i feil retning.

Selv om man ser for seg kun et forsøk i Oslo, vil dette på sikt ville måtte innføres for alle aktuelle brukere – noe som vil medføre store utfordringer for kommuner rundt i landet.

Det kan synes som nyttig å ha flere medisiner å tilby ulike pasienter i LAR, og det har vi også i dag ved at både Metadon, Subutex/Subuxone tilbys. Vi har forståelse for at noen får bivirkninger av slike sterke medisiner, men kan allikevel ikke se at det vil være noe annerledes med heroin. LAR er et tiltak som har endret karakter vesentlig siden oppstarten, hvor rehabilitering var et viktig moment. Det er mange og klare signaler om at dette nå får både mindre ressurser, og fokus både av hjelpeapparat og brukere. Det vil ikke bedre situasjonen å tilby heroin, og det vil heller ikke være et tilbud til de som sliter mest – da disse ikke vil kunne nyttegjøre seg et så strengt regime som dette nødvendigvis vil medføre for den enkelte.

Det vil være en kostnadskrevende tiltak for den enkelte kommune, slik LAR også er. Det vil være en stor grad av ressursbruk ikke minst ved hjemmetjenesten som trolig vil måtte reise rundt til de som ikke kan komme til utleveringsstedet(dette er en sårbar gruppe, ofte bor man spredt, lite kollektiv transport, angst for buss og få økonomiske midler til slikt). Det vil være mer fornuftig å bruke disse midlene til en reell oppjustering av LAR som tiltak, da dette i dag fungerer mer som en ren medisin, enn rehabilitering til et rusfritt liv. Og som foreløpige resultater viser for LAR, og for heroinassistert behandling i Danmark – det er ikke medisinen som gir bedring, men rehabiliteringen. Det betyr at det er den vi må fokusere på, og utbedre – ikke øke antall medisiner/rusmidler. I dag er det også krevende for mange kommuner å få fastleger til å skrive ut LAR medikasjon, da mange er skeptiske til helbredelsesprosenten. De vil trolig ikke bli mer positive ved å pålegges utskrivning av heroin, enkelt leger har uttalt at dette vil de ikke være med på.

Pasientrettigheter står nå meget sterkt i LAR, og det er få som skrives ut ved bruk av andre illegale rusmidler eller alkohol. Vi undrer oss på om dette skal være ulikt for de som da mottar heroin, eller vil det også der tillates bruk av andre stoffer. Er dette i så fall medisinsk forsvarlig med kombinasjon heroin, alkohol og benzodiazepiner som mange bruker ?

Så vi mener at man bør legge til rette for mer differensierte tiltak med fokus på rehabilitering innenfor den medisinske rammen LAR i dag gir – det er ikke medisinen som gir suksess, men tett og god oppfølging av det kommunale hjelpeapparatet, med bistand fra tverrfaglig spesialisert behandling.

KONKLUSJON .

Det er mange gode forslag i rapporten, og mange vil lette arbeidet for og med de rusmiddelavhengige. Men økt fokus på medisiner, bygge opp statlig tjeneste kun for denne gruppen, og kanalisere ressurser bort fra det kommunale nivå vurderes ikke som faglig godt arbeid. Kommunene har over mange år bygget opp god kompetanse på dette feltet, og ønsker å ta ansvar for alle sine innbyggere, også rusavhengige – men det er kun mulig med en tilførsel av midler slik at vi kan bygge ut i tråd med de økte behov vi ser kommer.

Grete Wold
Leder for
Sosialmedisinsk senter
Sandefjord kommune

