



Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.:

10/6053 /285/11-F60 &13

Saksbehandler:

Trond Brattland

Telefon:

77 79 00 17

Dato:

04.01.2011

SVAR - HØRING - STOLTENBERG-UTVALGET: RAPPORT OM NARKOTIKA

Tromsø kommune oppfatter at det å gi tjenester til personer med alvorlige rusproblemer kan til tider være utfordrende. Kommunen imøteser derfor faglige råd og innspill. Vi har med stor interesse lest rapporten og vil med dette komme med vår høringsuttalelse.

Innledning

”Rapport om narkotika” gir en god beskrivelse av mange av de utfordringene personer med avhengighet møter og den beskriver også samfunnsutfordringer og utfordringer i hjelpapparatet. Rapporten tar til orde for en helhetlig tilnærming der en gjør tiltak på flere områder samtidig og ikke bare plukker ut enkelttiltak. Det understrekes at de strategiene som nevnes i rapporten er strategier man mener har fungert i land som Sveits og Portugal.

Den offentlige debatten som har vært etter at rapporten ble lagt fram har vært preget av at en diskuterer enkelttiltak som for eksempel heroinbehandling og dermed mister den helhetlige tilnærmingen. Dette er viktig å unngå.

Rapporten fokuserer i hovedsak på de mest hjelpetrengende av rusmiddelmissbrukerne, nemlig de som bruker narkotika. Samtidig omhandler den også forebygging. Det beskrives at rusavhengighet er kompleks, at alkoholavhengighet og legemiddelavhengighet er en del av dette. Det anses derfor som nødvendig med en individuell tilnærming.

På tiltakssiden er likevel rapporten fokusert mest mot avhengighet av narkotika. Dette må forstås slik at disse tiltakene er tenkt å komme i tillegg til andre eksisterende tiltak. Ellers vil det bli vanskelig å ha nok tiltak til å sikre en individuell tilnærming.

Rapporten har et ideelt utgangspunkt der alle skal få best mulig tilbud uavhengig av kostnader. Det argumenteres for at totalbesparelsene for samfunnet er store og at det derfor kan forsvares med kostbare oppfølgingsopplegg. Dette er sikkert riktig, men som i mange andre situasjoner er det ikke sikkert at det forvaltningsnivå som må øke ressursbruken er det samme forvaltningsnivå som drar fordel av besparelsene. Dersom man skal sikre at tilbudet oppbygges som forutsatt i rapporten må kommunene tilføres mer ressurser.

Mange av utfordringene beskrevet i rapporten er gjenkjennelig for hjelpeapparat og brukere i store deler av landet. Samtidig vil en kunne si at denne rapporten er preget av en "storbytilnærming" der en beskriver rusbildet ut i fra de utfordringene en ser i de største byene. Dette preger også noen av tiltakene som foreslås og vi har vanskelig for å se for oss at alle tiltak vil være gjennomførbare og også ønskelige over hele landet.

Det foregår for tiden høring av utkast til ny helse- og omsorgslov og samhandlingsreformen debatteres. Trenden i høringsutkastene er at det er opp til kommunene å velge hvordan tilbudene skal organiseres, hvilke type personell en skal ha osv. En del av tiltakene slik de er beskrevet i denne rapporten vil dermed gå på tvers av denne tilnærmingen.

Utfordringene vil være svært forskjellige i ulike kommuner og mange vil ikke ha personell eller ressurser til å bygge opp egne tiltak for spesielle grupper. For å gi gode tilbud må en derfor samordne ulike tiltak. Det har vi blant annet god erfaring med i Tromsø.

Rusfeltet har vært i gjennom rusreform og er nå inne i en opptrappingsplansperiode. Reformen har blant annet bidratt til at rusbehandling er integrert i det ordinære helsesystemet og ruspasienter har pasientrettigheter og krav på oppfølging på lik linje med andre pasientgrupper gjennom oppfølging i primærhelsetjeneste/kommune og spesialisthelsetjeneste.

Samtidig vet vi at en del rusavhengige har problemer med å bruke det ordinære helsevesenet. Tromsø kommune har derfor opprettet egne særtjenester for at disse personene skal få nødvendig helsehjelp. Dette innbefatter tjenester som for eksempel lavterskel helsetjeneste og ACT -team. En del av tiltakene utvalget beskriver vil innebære en helt ny organisasjonsform for de eksisterende tjenestene..

Tromsø kommune mener det vil være uheldig med enda en omorganisering utenat en har fått sett tilstrekkelig effekt av de tiltakene som allerede er satt inn. Vi er av den oppfatning at det er manglende kapasitet og samordning som er hovedproblemet og ikke organiseringen i seg selv. En del kapasitetsøkning er lagt inn i opptrappingsplanen for rusfeltet, men dette vil sannsynligvis ikke være tilstrekkelig for å få en oppfølging som blant annet beskrives i denne rapporten.

I den videre teksten vil vi gå litt mer i detalj på enkelte av områdene i rapporten.

Forebygging

Under kapittelet om forebygging kommer utvalget med flere forslag. Det gjøres mye arbeid på dette feltet på ulike områder, men det er delte meninger om hva som faktisk har effekt. Dette gjelder blant annet i forhold til holdningsarbeid i skolen. Vi vil understreke behovet for forskning og samordning av erfaring rundt ulike tiltak på dette området.

Det beskrives flere tiltak omkring i landet med ulike modeller der en tilbyr unge personer med rusrelaterte lovbrudd alternative straffereaksjoner. Denne type tiltak har vi god erfaring med i Tromsø. Men vi ser behov for samordning av erfaring og evaluering av denne type tiltak for å få dokumentert faktisk effekt.

Under dette kapittelet nevnes også sprøyterom. Dette må sees på som et tertiærforebyggende tiltak der målet er å hindre større skade for de som injiserer rusmidler. Det er i dag mulig for kommunene å opprette et slik tilbud, men det er bare Oslo som har denne type tilbud. Tromsø kommune har ikke vurdert dette som et aktuelt tilbud per i dag. Vi har færre injiserende rusavhengige enn Oslo. Dersom et sprøyterom skal være et

tilstrekkelig godt tilbud i Tromsø vil dette være tilnærmet like resurskrevende som i Oslo bl.a. i forhold til tilfredsstillende åpningstider.

Vi har derfor valgt å prioritere andre typer tilbud/oppfølging. Vi vil imidlertid støtte forslaget om at dersom en oppretter sprøyterom vil det være hensiktsmessig at en knytter andre tilbud til denne type tjenester slik at brukerne kan få oppfølging på ulike områder.

Behandling og oppfølging

MO-sentre

I dette kapittelet beskrives en ny type tilbud som kalles mottaks- og oppfølgingscentre (MO-sentre). Tjenester som i dag er forelt på kommune og spesialisthelsetjeneste tenkes samlet i et slikt senter.

Vi har tro på samlokalisering av tjenester og mener dette kan gi bedre samordning og bedre tjenester. Men vi mener at dette kan gjøres innenfor den eksisterende organisering. Det kan også virke urealistisk at en skal opprette så omfattende sentre som beskrevet i rapporten over hele landet, og en ser for seg at det her må være variasjon i de ulike kommunene etter hvilke behov en ser

I Tromsø har vi god erfaring med å samlokalisere noen av disse tjenestene i Sosialmedisinsk senter. Her finnes både lavterskelhelsetjeneste og sosialtjeneste som har ansvar for oppfølging av rusavhengige. Utvalget beskriver bredere tjenester knyttet til MO-sentrene enn det Sosialmedisinsk senter i dag tilbyr, og vi ser også behovet for et bredere tjenestetilbud og flere virkemidler for å kunne gi brukerne et bedre og mer samordnet tilbud.

Utvalget foreslår at ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging skal samles på ett nivå og de foreslår statlig nivå. Utvalget har landet på en statlig organisering bl.a. for å kunne gi et mer helhetlig tilbud over hele landet. En ser kanskje også for seg at dette vil sikre mer enhetlig finansiering. Dette vil da i tilfelle bety at rusfeltet blir annerledes organisert enn all annen helsetjeneste og at det opprettes en ny "særtjeneste". Vi mener at dette ikke vil være hensiktsmessig. Mange rusavhengige krever langvarig oppfølging, også fra andre kommunale tjenester.

Rusavhengige bør få et likeverdig tilbud over hele landet, men lokale variasjoner vil kreve ulike løsninger. Antakelig vil en kunne løse en del av de beskrevne problemene med bedre samordning av de tjenestene som allerede finnes i ulike kommuner. Samtidig vil det være varierende i hvor stor grad rusfeltet er prioritert i forhold til andre kommunale oppgaver. Mange innenfor feltet opplever manglende ressurser for å kunne gi et mer helhetlig tilbud. Det vil antakelig være viktigere at kommunen opplever å ha tilstrekkelig ressurser og virkemidler for å kunne gi et godt tilbud enn at en skal opprette en ny organisasjon.

Med rusreform er rusfeltet også blitt en del av spesialisthelsetjenesten med henvisning fra primærhelsetjeneste nivå. I tillegg har sosialtjenesten også mulighet for henvisning til Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Utkast til ny helse- og omsorgslov fjerner begrepet sosialtjeneste fra kommunen og det er derfor uklart hvem som vil ha henvisningsrett i framtida. Utvalget foreslår at vurderingsenheten skal legges til MO-sentrene. Det er uklart om henvisere som for eksempel fastleger da skal sende henvisning til MO-sentrene. Det er viktig å huske at TSB er et tilbud for mange pasientgrupper, ikke

bare for de såkalt ”tyngste brukerne”. Mange av de ”tyngste brukerne” har i dag hoveddelen av sin oppfølging på kommunalt nivå.

For å oppsummere:

Samordning og samlokalisering av tjenester som beskrevet under MO- sentrene vil være hensiktsmessig i en del kommuner, men dette må vurderes ut i fra lokale forhold.

Det vil være uhensiktsmessig å organisere tjenester for rusavhengige annerledes enn andre helsetjenester. Vi ser heller for oss løsninger med tett samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, evt egne samarbeidsavtaler for eksempel som modell av ACT-team (Assertive community treatment = aktivt oppsøkende behandling) som nå er opprettet en del steder. I Tromsø er ACT-teamet forankret i kommunen.

Eventuelle mottaks- og oppfølgingscenter bør forankres i kommunen med tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. TSB beskrives ikke som en del av et mottakssenter slik at det vil være nødvendig med samarbeid med spesialisthelsetjenesten dersom det er behov for denne type tjenester.

Andre av utvalgets forslag

I utkast til ny helse- og omsorgslov beskrives koordinator-rollen tydeligere. I dag opplever en at koordinatorrollen i en del tilfeller er for utydelig og det er ikke gitt ekstra ressurser til å gjøre denne jobben. Selv om en slik rolle slik den beskrives i loven omfatter mye av det arbeidet som allerede gjøres i dag er det urealistisk å tro at dette skulle fungere tilstrekkelig godt uten økte ressurser.

Individuell plan er i mange tilfeller et godt verktøy. Men det forutsetter en ansvarsgruppe og koordinator med tilstrekkelig kunnskap og beslutningsmyndighet. Bedre koordinering krever tettere oppfølging. Kanskje er det slik at koordinator-oppgaver bør gjøres av en gruppe personer som kun jobber med dette og opparbeider seg god kompetanse på kommunens organisering og ulike tilbud, inkludert tilbud hos samarbeidspartnere. Dette for i større grad å kunne sikre at de tiltakene som inkluderes i en individuell plan faktisk kan gjennomføres. Individuell plan gir ikke i seg selv rettigheter til spesiell oppfølging/behandling, men skal gjøre det lettere å koordinere de tiltakene en anser som nødvendige.

Utvalget foreslår at det skal åpnes egne ungdomsmottak etter modell av ”Maria Ungdom” i Stockholm og at dette skal være en del av MO-sentrene. Det vil være hensiktsmessig å vurdere bedre tilbud til unge. Noen tilsvarende prosjekt er under utvikling ulike steder i Norge, bl.a. i Oslo, og erfaringene derfra vil kunne brukes for å vurdere hensiktsmessig oppfølging av ungdomsgruppen også ellers i landet.

Samtidig er det viktig at det allerede etablerte apparatet innen primærhelsetjeneste, barnevern og barne- og ungdomspsykiatri vurderer og evaluerer de tilbudene som allerede finnes, og sikrer tilstrekkelig kompetanse på rus. Man må også vurdere om tilbudene er tilstrekkelig tilgjengelig for ungdom og deres pårørende. Bedre oppfølging kan sikres ved bedre samordning av de tilbudene som allerede finnes.

En god bolig og et godt aktivitetstilbud er svært avgjørende både for rusavhengige i rehabilitering og i en mer aktiv russituasjon. Bolig har vært i fokus på ulike områder over lengre tid men de fleste kommuner vil ha utfordringer på dette området. Dette blant annet fordi det vil være ulike behov etter hvilken livssituasjon brukeren er i. Boligsosiale

utfordringer er beskrevet i mange andre sammenhenger, men det er et klart behov for flere boliger av ulike typer.

Oppfølging i boligen er svært viktig og utvalget forslår at kostnadene til den oppfølging som vurderes som nødvendig i den individuelle planen skal dekkes av MO-sentrene. Det er behov for å tydeliggjøre at rusavhengige har behov for oppfølging i bolig og det er viktig at tildeling av bolig ikke sees uavhengig av oppfølgingen. Kommuner har løst dette ulikt, men det er grunn til å tro at mange ikke får tilstrekkelig oppfølging. Det er imidlertid ikke noe i veien for å sikre god oppfølging i bolig for denne gruppen i de allerede eksisterende systemene i kommunen. Det forutsetter at det er tilstrekkelig ressurser til å kunne yte denne oppfølgingen og at det er godt samarbeid mellom de ulike instansene som er involvert.

Aktivitet på dagtid er viktig og her er det store mangler. Mange er for dårlig fungerende til å kunne benytte seg av tilbud via NAV. Kvalifiseringsprogrammet er ment å skulle løse noe av dette, men for en del blir dette for krevende. Dersom en del av de aktuelle personene skal komme i aktivitet forutsetter dette svært tett oppfølging over tid og det er mangel på denne type jobb-/aktivitetstilbud.

Oppfølging av rusavhengige i fengsel nevnes som et eget punkt. Her gjøres det allerede en god del, men det er svært ulike tilbud rundt omkring i forskjellige fengsler. Det er også svært varierende i hvor stor grad spesialisthelsetjenesten jobber inne i fengslene. Koordinering av oppfølging nevnes også her som viktig og det henvises til MO-sentrene som koordinerende enhet. En del av koordineringen kan sikres ved at alle fengsel har sosialkurator eller tilsvarende stilling som sørger for koordinering av behandling og oppfølging i kommunen. Det er ikke slik i dag at alle fengsel har denne type stilling. Oppfølgingen kan da bli tilfeldig fordi det vil være svært mange ulike personer som involveres.

Forslaget knyttet til tvang nevner harmonisering av regelverk og nasjonale retningslinjer. Det er sannsynligvis behov for å vurdere dette nærmere, men dette forslaget er uklart. Det nevnes bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Brukes denne loven i forhold til rusavhengige er det fordi de også har en alvorlig psykisk lidelse og diskusjon knyttet til dette må da gjelde forhold omkring alvorlig psykisk lidelse og tvangsbruk. Tvang er et alvorlig inngrep. Det forutsetter nøye gjennomgang og god rettsikkerhet for brukeren.

I forhold til rusavhengige er det delte meninger om effekt av bruk av tvang. Oppfølging i etterkant er en forutsetning, men denne vil prinsipielt ikke være annerledes enn det er for andre i behandling. Ansvarsforhold er heller ikke annerledes. I forslaget til ny helse- og omsorgslov videreføres tvang i forhold til rusavhengige og rusavhengige gravide slik det i dag ligger i sosialtjenesteloven. Kommunen vil være den ansvarlige og ikke sosialtjenesten slik det er i dag. Det vil være viktig at ansvarsforholdene her ikke blir uklart når den nye loven innføres. Det er behov for evaluering av tvangsbruk i forhold til rusavhengige og mer enhetlig praksis i hele landet.

Forslag 17 beskriver tydelig ansvars- og arbeidsfordeling mellom psykisk helse og rusfeltet. Det kommer nå en ny retningslinje fra Helsedirektoratet på dette området og det forutsettes at en del av utfordringene som beskrives vil bli fulgt opp der.

Forslag 18 dreier seg om å avvikle egenandel for behandling av narkotikaavhengighet. Egenandel og betaling er i dag en utfordring i oppfølgingen, og avvikling av dette ville ha gjort det enklere å få gjennomført legekonsultasjoner og poliklinisk oppfølging. Per i dag får en del dekket dette via ulike ordninger. Men dette forutsetter søknad og praksis på området når det gjelder å innvilge dette varierer.

Det som er spesielt med forslag 18 er at utvalget knytter avvikling av egenandel til narkotikaavhengighet. Slik en kan vurdere hele denne rapporten så skal forhold knyttet til alkohol organiseres på annen måte. Vi anser det som problematisk at en slik ordning skal knyttes til hvilket rusmiddel du bruker. Samtidig vil det selvfølgelig være slik at en del med alkoholmisbruk-/avhengighet vil være i en annen livssituasjon enn en del av de som bruker illegale rusmidler. Dette viser imidlertid noe av utfordringen omkring dette forslaget. Ulike psykiske lidelser vil ikke gi samme fritak og mange vil finne det urettferdig at alle rusavhengige uavhengig av inntekt skulle få et slikt fritak. Et slikt forslag forutsetter derfor mer klargjøring av hvem det skal gjelde for og ubyråkratiske ordninger for å gjennomføre det.

Tannhelse nevnes og en mener dette arbeidet er godt i gang. Det er skjedd en del på feltet, men det er fortsatt store mangler når det gjelder tannhelseoppfølging av denne gruppen. Det er også varierende i hvor stor grad tannhelsetjenesten selv har tatt initiativ til oppfølging av gruppen. En del av behovene i dag ivaretas gjennom prosjektmidler i lavterskelhelsetjenestene for rusavhengige.

LAR

Det er nylig kommet en ny retningslinje om LAR og vi mener at forslagene som er beskrevet i rapporten i stor grad er dekket i denne retningslinjen. Den forutsetter god oppfølging og understreker rehabiliteringsbehovet. Det er en kjensgjerning at mange LAR-brukere i dag ikke får tilstrekkelig oppfølging og det understrekes også i den nye retningslinjen. Vi ser ikke behovet for å organisere dette annerledes enn det er i dag, men sikre god oppfølging i kommunen. Har man tilstrekkelig ressurser på dette området vil man også raskere kunne ta i mot nye brukere slik at ventetiden kortes ned. En "full rehabiliteringspakke" behøver ikke være på plass før oppstart, men LAR forutsetter en viss utredning og vurdering i forkant for å kunne gi forsvarlig behandling og oppfølging.

Medikamenter i LAR nevnes som et eget punkt og utvalget har en delt innstilling i forhold til et forslag om et forsøksprosjekt der heroin inkluderes som medikament i LAR. Det er også delte meninger om dette i Tromsø kommune. Noen vil argumentere for at dette ikke er et tilbud man bør ha, mens andre vil vurdere det slik at LAR bør være som andre område innen medisinen der en bruker de medikamentene en mener kan dokumentere best effekt for de pasientene en skal behandle, men der også kostnadsspørsmål og effekt i forhold til ressursbruk må tas med i vurderingen.

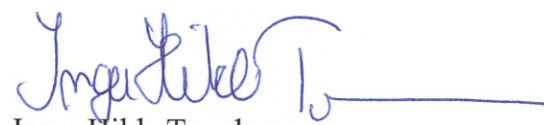
Utfordringen i forhold til bruk av heroin er at det vil bli en svært ressurskrevende oppfølging med inntak flere ganger daglig og det er usikkert hvor mange brukere som vil kunne nyttiggjøre seg en slik behandling. Det stilles også spørsmål om de mest vanskeligstilte en ønsker å nå faktisk vil kunne nyttiggjøre seg et slikt tilbud.

Det er ikke nødvendigvis slik at det er lett å rekruttere pasienter til denne type tiltak i andre land. Hjelpemiddelet opplever i dag at det er store mangler i oppfølgingen av de som er inkludert i LAR. I en situasjon med ubegrensede ressurser ville det vært lettere å forsvare et så ressurskrevende tilbud for noen få brukere. I dagens situasjon vil vi anbefale at en prioriterer god oppfølging, bolig, økonomi osv først og mener dette vil gi større gevinst også for de mest vanskeligstilte.

Dersom en velger å innføre denne type behandling vil vi som utvalget foreslår anbefale et tidsbegrenset forsøksprosjekt for å vurdere denne type behandling knyttet til norske forhold. Det er ikke gitt at erfaringene i andre land vil samsvare med norske forhold. Danmark har innført behandling med heroin og det vil også være naturlig å vurdere deres erfaring med behandlingen.

Med vennlig hilsen


Gøril Bertheussen
rådmann


Inger Hilde Trandem
Overlege sosialmedisin

