



TRONDHEIM KOMMUNE

Ordføreren

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
Einar Gerhardsens plass 3
N-0030 OSLO

Vår saksbehandler
Rita Ottervik

Vår ref.
10 /46811///
oppgis ved alle henv.

Deres ref.

Dato
14.12.2010

Høring - Stoltenbergutvalget: rapport om narkotika

Formannskapet som kommunens høringsorgan vedtok 14.12.2010 følgende høringsuttalelse:

Generelle kommentarer til rapporten:

Utvalget som har levert rapporten, fikk oppdrag fra regjeringen i 2006 om "å gi forslag til hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp". Rapporten fokuserer på rusavhengige som misbruker narkotika, ikke personer som har omfattende rusmiddelproblemer på grunn av misbruk av alkohol/blandingsmisbruk.

Rapporten har en form som er lett lesbar med konkrete forslag til de ulike temaene som behandles. Det er en styrke at det fokuseres på både forebyggende arbeid og behandling og oppfølging av den enkelte ruspasient. Diskusjonen rundt ulike modeller for reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika som alternativ til straffereaksjoner er viktig, og modellene/forslagene som fremsettes er interessante, men fremstår ikke som gjennomdrøftet.

Det er en styrke at **verdighet** for den enkelte rusavhengige trekkes så tydelig fram i rapporten.

Problematikken rundt narkotikabruk er forskjellig rundt om i landet, og rapporten bærer preg av storbyproblematikk. Dette gjelder særlig rundt drøftinger av ulike tiltak for å begrense tilgjengeligheten og forhindre gateomsetning av narkotika. Eksemplene som trekkes fram er likevel generelt anvendbar; med å planlegge for helhetlige løsninger, basert på forebygging, behandling, skadereduksjon og narkotikakontroll, der grunnlaget for gode løsninger er samarbeid mellom enheter som har ulike roller/ansvar.

Rapporten viser på en systematisk måte viktige elementer i en god behandlingsstruktur. Det er derfor noe overraskende at det kommer et overordnet forslag til løsning som kan oppfattes som å opprette en *statlig særomsorg* for narkotikaavhengige. Det foreslås å opprette MO- sentre, mottaks- og oppfølgingssentre for narkotikaavhengige. Dette er lite i overensstemmelse med forslaget til ny helse- og omsorgslov og samhandlingsreformen. Det er i disse tydelige målsettinger om at

Postadresse:
TRONDHEIM KOMMUNE
Ordføreren
Postboks 2300 Sluppen
7004 TRONDHEIM

Besøksadresse:
Munkegata 1

Telefon:
+47 72546111

Telefaks:
+47 72547772

Organisasjonsnummer:
NO 942 110 464

E-postadresse:
Internettadresse:

kommunen i enda større grad får ansvar for omsorgsoppgaver og for enklere behandling av kjente sykdommer, med adskilte, mer kortsiktige behandlingsoppgaver for spesialisthelsetjenesten. Høringsnotatet til den nye helse- og omsorgsloven fokuserer også på en mer diagnoseuavhengig struktur.

Innholdet og diskusjonen rundt oppgavene i MO- sentrene er derimot interessant og viser retning for helhetlig tenkning. Fokuset rundt livsinnhold; med sentrale elementer som bolig, arbeid, og koordinator for den enkelte rusavhengige, er viktig at trekkes fram, uavhengig om det er statlig eller kommunalt ansvar. Uansett organisasjonsmodell vil det være ulike enheter/ansvarsnivå som må ha gode modeller for samarbeid og samhandling for bedre løsninger enn det vi får til i dag.

Det sies i rapporten at tilnærmingen er at den enkeltes behov for sammenheng i behandling og oppfølging må speiles i en helhetlig innsats fra etater og sektorer, og at forebygging, mottak, behandling og oppfølging må ses under ett. Vi er enige i at helhetstenkning er nøkkel for å lykkes i arbeidet med ruspasienter. Men Trondheim kommune mener at det ikke er hensiktsmessig å skille på narkotikamisbruk og alkoholmisbruk når man skal lage tiltak for de som har mest omfattende behov for hjelp. Trondheim kommune vedtok i 2009 en rusmiddelpolitisk handlingsplan *Sammen mot rus, for mestrings, helse og trygghet*. Her sies at hovedutfordringen i stor grad vil være å sikre samarbeid og samordning i tjenestetilbudene, internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudet må fremtre som mer tydelig og trygt for brukerne og deres pårørende. Også i denne planen er det fokus på livsinnhold; å gi rusavhengige muligheter for å mestre hverdagen gjennom individuelle løsninger som også inkluderer bolig og arbeid/kvalifisering.

Stoltenbergutvalgets fokus på utdeling av heroin som ledd i legemiddelassistert behandling, LAR, er vel det spørsmålet som har fått mest oppmerksomhet. Spørsmålet dreier seg egentlig om hvilke tilbud som skal gis til rusavhengige som ikke profiterer på dagens tilbud. Disse er de rusavhengige som har de største livsproblemene.

I Trondheim er det omkring 150 personer som deltar i Legemiddelassistert rehabilitering. Med totalt rundt 1000 sprøytenarkomane i Trondheim, er det et klart mindretall som kan få tilbud om denne typen rehabilitering. Kommunen har samarbeidet med HF Rusbehandling i Midt-Norge om utprøving av Legemiddelassistert stabilisering for en gruppe rusmisbrukerne som ikke har kommet i gang med LAR eller har falt ut av dette tilbudet. Dette skal gi flere mulighet for å leve et bedre liv med legemiddelassistert hjelp. Både LAR og LAR-S er nå et tilgjengelig tilbud, noe som ikke ekskluderer deltakere etter for eksempel sidemisbruk.

For Trondheim er det ikke overvåket inntak av heroin en aktuell utfordring nå. Vårt fokus er heller å få til mer treffsikre tiltak og legge til rette for at flere kan klare seg etter andre typer behandlingsopplegg. En organisering av de kommunale tjenestene som gir trygghet både for den enkelte rusavhengige og for deres pårørende er svært viktig. I møte med brukerorganisasjonene er dette noe de trekker fram, og ingen av organisasjonene har trukket fram "heroin på resept", slik det ble omtalt i media, som et ønske.

Trondheim kommune mener at forslaget om å dele ut heroin strider mot samfunnets åpenbare plikt til å yte helsehjelp til alle. Forslaget kommer dessuten i konflikt med leger og andre helsearbeideres etiske plikt til å forebygge, behandle og følge opp pasienten over tid. Målet må være at den hjelpetrequende gis mulighet til å ta ansvar for eget liv med god helse og en verdig livssituasjon.

Spesifikke kommentarer til forslagene i rapporten.

Vi har her valgt å kommentere en del av forslagene.

Forebygging

Forslag 1: Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika.

Forslag 2: Knytt internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen.

Trondheim slutter seg til forslaget om internettmobilisering, spesielt at dette kobles til informasjonsopplegg i skolene. I Trondheim kommunes rusplan er skolen som arena for rusforebygging trukket fram som et viktig element.

Forslag 3: Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret.

Trondheim har god erfaring med samarbeid mellom kommunen og politiet gjennom bl.a. SLT-koordinators arbeid som pådriver for det kriminalitetsforebyggende arbeidet. SLT-koordinator er delaktig i prosjektet Restorative Justice gjennom "Oppfølgingsteam Trondheim". For eksempel kan en dom der særvilkåret er oppfølgingsteam inneholde elementer som avrusing – tett oppfølging – bolig – skole – jobb – helsetjenester. Tjenesteapparatet forplikter seg i disse sakene mer enn vanlig, og tjenestene er koordinerte. Om avtalene følges opp, kommer saken ikke i strafferegisteret. Oppfølgingsteam er frivillig, og er organisatorisk lagt til Konfliktrådene. Ut fra den erfaring SLT-koordinator har med samarbeidet med politiet, støttes forslaget om avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret.

Forslag 4: Etablere tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.

Vi er enige i at straffeforfølging og soning ikke er gode virkemidler for å hindre videre rusutvikling/kriminalitet, og støtter tanken på å lete etter alternativer som har bedre effekt. For personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika til eget bruk (ikke salg), foreslås det her at det opprettes egne tverrfaglige nemnder for å skissere et alternativt opplegg/handlingsplan. Vi støtter tanken på å skille mellom straffeforfølging for personer som tas for salg av narkotika og oppfølging/behandling for rusavhengige personer. Vi er likevel usikre på om de foreslåtte tverrfaglige nemndene er god løsning. Det som er aller viktigst, og som også trekkes fram i rapporten, er at det handles raskt og at unge og andre som eksperimenterer med narkotika i stedet for straff får en strukturert oppfølging.

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

Trondheim har et lavterskel helseteam som en del av oppfølgingstjenesten, og har erfaring med at tiltaket virker forebyggende både i forhold til helseskader av rusmisbruk og for å hindre overdoser. Vi ønsker å styrke den ordinære oppfølgingen i stedet for å etablere et sprøyterom. Trondheim kommune mener at sprøyterom neppe vil ha vil ha forventet skadereduserende effekt. Dette fordi overdosen kan komme flere timer etter at sprøyten er satt, og at bruker da ofte vil ha forlatt sprøyterommet.

Behandling og oppfølging

Forslag 9: Etablere mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet (MO-sentre).

Vi er enige i vektlegginga av helhetlige pasientforløp for rusavhengige, og at god rusbehandling stiller store krav til flyt mellom overganger.

Vi støtter tanken om et samlet mottak i et tverrfaglig miljø men mener at tiltaket bør være for både alkoholmisbrukere og narkomane. Mye av det som skisseres er i tråd med oppgaver/organisering

som oppfølgingstjenesten har i Trondheim. Det som er mest ulikt er at vi ikke har et åpent mottak (tjenesten er ”bestilt” fra helse- og velferdskontoret) og det er ikke. Vi ser behovet for et felles mottak der brukerne kan møte uten å ha timeavtale, og at de kan få hjelp i forhold til uttrykte behov der og da, som et døgnåpent senter på linje med legevakt vil kunne være. For oss ville det heller være en løsning at ordinær legevakt styrkes med rusfaglig kompetanse slik at rusavhengige får et godt tjenestetilbud innenfor det ordinære hjelpeapparatet. Behovet kan være større for en egen døgntjeneste i en storby som Oslo. I resten av landet tror vi det kan være godt nok med et rusfaglig team tilknyttet MO-sentrene som er tilgjengelig på ettermiddag\ helg i tillegg til ordinær arbeidstid. Viser her til Trondheim og tjenesten KART – som er et kommunalt ambulant rus\psykiatri team knyttet til oppfølgingstilbudet.

Det trekkes videre fram at den enkelte bruker må ha en koordinator. Brukere som har tjenester fra oppfølgingstjenesten i Trondheim har koordinator. Vår erfaring er at koordinator blir sittende med ansvar og kjennskap til bruker. Dette er sårbart for brukerne, samtidig som det er krevende for den som er koordinator. Vi ønsker derfor at det fokuseres på **teamarbeid**, gjerne med elementer fra ACT modellen. Samtidig vil vi vektlegge at det er viktig å ha tilstrekkelig tid til oppfølging av den enkelte, og at dersom man skal sikre dette så må det være klare retningslinjer på antall brukere per koordinator. Antallet bør ikke overstige 1:15.

Vi støtter forslaget om at et slikt senter må ha tilgang til akutte overnattingsplasser. Det er ikke nødvendig at disse må ligge til senteret. Det samme gjelder i samarbeid med NAV og andre instanser. Risikoen ved å legge alt til MO- sentrene kan være at senteret blir en hvilepute i forhold til brukergruppen ved å henvise til at de får hjelp der. Dette kan føre til at tilgangen på ordinære tjenester reverseres, noe som er i motsetning til fokuset som har vært på å øke disse.

Forslag 10: Overføre vurderingsenhetens oppgaver til MO- sentrene.

Det vurderes som positivt at MO- senteret skal vurdere retten til nødvendig helsehjelp, og at de dermed vil dekke ansvarsområder som i dag ligger både til kommunene og til spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne effektivisere henvisnings- og søknadsprosessen.

Forslag 11: Åpne for egne ungdomsmottak som del av MO- sentrene.

Vi anbefaler at ungdomsmottak fysisk legges adskilt fra MO- sentrene for å unngå ytterligere rekruttering til et tyngre og hardere belastet miljø enn det ungdommen allerede er utsatt for. Vi stiller spørsmål til hvorfor alder er satt til 20 år, når behandlingsgarantier i forhold til gruppen gjelder 16-23 år. Her vil det være naturlig med et samsvar.

Forslag 13. Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på et behandlingsnivå.

Vi er enige i at tilbud bør være likt for alle, uansett bostedskommune, og at det kan være sårbart om dette avhenger av den enkelte kommunes økonomi. Det understrekes at MO- sentrene skal være utøvende fagmiljøer som har fokus på pasient/pårørende, og at de bør kunne etableres ved å bygge på eksisterende fagmiljøer.

Forslaget om statlig økonomisk ansvar for all rusrusbehandling og oppfølging oppfatter vi er på tvers av forslaget om ny helse- og omsorgslov der fokuset er at kortsiktig spesialisert behandling er statlig, mens behandling/oppfølging er kommunalt ansvar. Det er samhandling som er det viktigste, og det vil uansett forvaltningsnivå være et absolutt krav. Kommunen vil fortsatt ha ansvar for generelle tjenester som inntektssikring, kvalifisering for arbeid og for boliger for vanskeligstilte, og vi vil ikke anbefale at staten overtar dette helt eller delvis for narkotikaavhengige slik det drøftes i rapporten.

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

Vi merker oss at det skisseres et skille mellom psykisk helse og rus. Vi mener det heller må fokuseres på integrert behandling for gruppen som går under begrepet "dobbeldiagnose", eller samtidige problemer. Modellen "integrert behandling" innehar elementer både fra case management tenking og ACT, og kan med fordel benyttes uavhengig av nivå. Kunnskap om denne måten å tilnærme seg denne gruppen på bør også inn i MO- sentrene.

Behandling med legemidler (LAR)

Det er viktig å ha med seg at målet med LAR- behandling er økt livskvalitet for den enkelte og ikke nødvendigvis total rusfrihet. Viktige mål er å unngå bruk/ redusere bruk av illegale midler, samt redusere skader for den enkelte og samfunnet, det være seg helseplager og kriminalitet.

Spesialisthelsetjeneste og kommune må planlegge for at medisiner, tjenestebehov og oppfølgingsarbeid for enkelte, kan vare livet ut. Om behandling skjer på kommunalt, eller spesialisthelsetjenestenivå er mindre interessant for den enkelte bruker/pasient, bare den finnes. Behandlingen skal fortsette etter at pasient/bruker er utskrevet fra spesialisthelsetjeneste/institusjon. For noen kan behovet være oppfølging fra fastlegen.

Det nevnes at det er vanskelig å få oppstart i LAR, og at ventetiden for noen er lang. Forenkling og raskere oppstart vil være positivt for både brukere og behandlere. Samtidig er det viktig at kvaliteten ikke forringes av den grunn. Det må brukes nok tid til utredning og vurdering av behov, samtidig som oppfølging, tilfredsstillende boforhold, evt. annen poliklinisk behandling må være på plass. Dette er viktige "brikker" i et godt behandlingsløp, både for brukere, pårørende og behandlingsapparatet. Medikamentet er ikke løsningen i seg selv, men kun et bidrag til stabilisering for å kunne jobbe med andre livsområder. Medikamentfri behandling må være ett reelt tilbud på linje med, og helst før behandling i LAR gis.

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

Vi erfarer at noen brukere trenger en periode med stabilisering på legemiddelet før hjelpeapparatet kommer i posisjon til å jobbe med andre livsområder. Individuelle behov og ønsker hos folk med rusproblematikk må tas på alvor. Brukermedvirkning må praktiseres mer og konsekvenspedagogikk må brukes med ydmykhet og forsiktighet. Det kan være med å redde liv.

Det er positivt at mål om full avrusning før oppstart er borte. Dette da mange faktisk har mislyktes og også dødd i forbindelse med avrusingsforsøk.

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

Vi vil anbefale at LAR sammen med de øvrige behandlingstilbudene legges til MO- sentere slik at LAR blir en naturlig del av behandlingstilbudet for folk med rusproblematikk og ikke lenger fremstå som en særtjeneste. Vi ønsker videre at det satses på "integrert behandling" og ACT- tenkning / modell inn i rusbehandling.

Forslag 21. Baser behandling på tillitt fremfor kontroll; reduser bruken av urinprøver.

Det er store beløp som brukes til dekning av kontrolltiltak. Formålet og virkning av kontrolltiltak må vurderes meget nøye. Med å satse på mer kontakt og bedre relasjon/ tillitt til brukere tror vi at det kunne spares mye på utgiftene til kontrolltiltak.

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

Slik vi har skissert i den generelle delen, så anbefaler ikke Trondheim forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR. Å presentere en tilværelse for en legemiddelavhengig der