



Representantforslag 64 S

(2014–2015)

fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad

Dokument 8:64 S (2014–2015)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om nye tiltak for en mer human rusomsorg

Til Stortinget

Bakgrunn

Ifølge den siste årsrapporten fra European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA)¹ ligger Norge bare bak Estland i høyest forekomst av narkotikainduisert dødelighet per innbygger (EMCDDA 2014:49).

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol, narkotika og doping, tar innover seg disse høye forekomstene, men forslagsstillerne mener samfunnet fortsatt ikke har tatt i bruk gode nok tiltak for å redusere overdosedødsfall, øke verdigheten for rusavhengige og gi flere mulighet til å komme ut av rusavhengigheten.

I en fersk rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten² kommer det frem at over halvparten av ruspasientene skulle ønske behandlingstilbudet var bedre. Undersøkelsen ble gjort blant inneliggende pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i september i 2014. 1 017 pasienter over 16 år har deltatt. Flertallet av pasientene etterlyser mer behandling. Rapporten viser at ruspasienter

er den gruppe pasienter som er minst fornøyd med behandlingen de får i det norske helsevesenet.

En human og kunnskapsbasert narkotikapolitikk må basere seg på at hver enkelt rusavhengig er forskjellig og at ulike tilnærminger ofte må benyttes på ulike personer. Målet må være at alle som er i stand til og er motivert for behandling, skal få tilbud om det innen 24 timer etter avrusning. Når ruspasienter har vært på avrusning, er det ofte mange måneders ventetid før ny oppfølging. Dette er svært problematisk. Det er rett etter avrusning at rusmiddelmissbrukere har størst fare for overdose fordi kroppen er svak etter avrusningen. Det er nettopp i denne perioden det er viktig å få hjelp. Samfunnsøkonomisk er det også etter forslagsstillernes mening svært uheldig å bruke store økonomiske ressurser på pasienter som så slippes rett ut på gaten uten oppfølging. Mange overdoser og dødsfall kunne vært unngått hvis systemet var lagt opp slik at man fikk time til behandling med en gang avrusning var ferdig. I Stockholms-området ved Beroendecentrum innenfor Stockholms lens sjukvårdsområde har man fått til bedre samhandling mellom nivåene slik at pasientene har et avtalt behandlingstilbud med time innen 24 timer etter avrusning. Egne mottaksenheter har fri tilgang til akuttavdeling. Noe av suksessen til Stockholmsmodellen er at pasienten har time til behandling innen 24 timer, noe som gir trygghet for både behandlere og pasienter. Behandlere skriver ikke ut pasienten fra sykehuse eller avdelingen med mindre de har behandlingstime innen et døgn, og pasientene kan være trygge på at de ikke blir kastet på gaten. Dette systemet må etter forslagsstillernes mening på plass i Norge. Ruspasientene må inn til poliklinisk eller annen behandling langt raskere enn det man får til i dag.

Personer med ruslidelser og psykiske lidelser (ROP) har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom man koordinerer utredningen

¹ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>

² <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienter-faringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2014>

og behandlingen av begge lidelsene. Personer med ROP-lidelser er sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Det er dokumentert at behandling gir effekt når den er samordnet, forutsigbar, sammenhengende og skjer med kontinuitet mellom de ulike tjenestenivåene der ansvar og roller er tydelig fordelt. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, oppgaver, virkemidler og roller som sammen skal tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter. Selv om det har vært økt oppmerksomhet på personer med ROP-lidelser de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og ettervern. Forholdstallet mellom ressurser i form av penger og tilgang til kompetanse mellom kommunale tjenester og sykehusrelatert behandling og ettervern er anslått å være 1 til 4. Skal pasienten behandles i større grad lokalt, må det bli en bedre balanse og en annen finansieringsform for disse pasientgruppene. De krever ressurser som strekker seg utover det lovpålagte kommunale ettervernets rolle og ansvar.

Det lovpålagte kommunale ettervernet representerer en viktig og nødvendig del av all behandling for ROP-lidelser. Den erfaringsbaserte kunnskapen er imidlertid at dagens ettervern ikke utgjør et tilstrekkelig faglig spesialisert tilbud til pasientgruppen. Dette er sammenfallende med nyere brukerundersøkelser fra blant annet Agderforskning og rapportering fra ulike evalueringer fra enkeltkommuner.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. Forslagsstillerne mener det er bekymringsfullt at personer med ROP-lidelser har høy risiko for tilbakefall etter utskrivning fra TSB og et høyt antall reinnleggelser. Pasientene faller ofte ut av polikliniske ettervernsopplegg og det lokale tjenestenivået, de fanges opp sent og reinnlegges ofte i psykisk helsevern (PHV) eller TSB. I tillegg mangler pasientene ofte egnet bolig og habiliteringsstilbud.

Forslagsstillerne mener at den tverrfaglige, spesialiserte rusbehandlingen bør utvikle evidensbaserte, spesialiserte behandlingsmodeller som fortsetter behandling etter endt opphold ved institusjon. Ettervernet bør leveres som en fortsettelse av et allerede eksisterende behandlingsopplegg og representere et supplement til det lovpålagte kommunale ettervernet. Ved etableringen av et mer helhetlig ettervern bør behandlingens lengde og innhold evalueres.

Forslagsstillerne viser til at Dialektisk atferdsterapi (DBT) levert i gruppeformat som ettervern representerer et behandlingstilbud som vil kunne forebygge og forhindre reinnleggelse for personer med denne type lidelser, og bør prøves ut i et visst omfang for å gjøre erfaringer fram til nye kommuner er på plass. DBT har flere randomiserte kontrollerte studier (RCT) med dokumentert behandlingseffekt for

gruppen sammensatte, kompliserte og komorbide lidelser. Videre viser forslagsstillerne til at mange brukere har hatt god effekt av de aktivt oppsøkende behandlingsteamene (ACT-team). ACT-team (Assertive Community Treatment) er en oppsøkende behandlingsform der et tverrfaglig team skal gi brukerne et helhetlig tjenestetilbud med de typer hjelp de trenger innen flere områder. Målgruppen for ACT-teamene er pasienter med alvorlig psykisk lidelse med tilleggsproblematikk som rusmiddelmisbruk og lavt funksjonsnivå, som tidligere ikke har klart å ta imot etablerte tjenester og hvor alternativet ofte er tvangsinnleggelse i institusjon.

Fysisk aktivitet benyttes i økende grad i behandlingen av mennesker med rus- og psykiatrilidelser. Forskning viser at fysisk aktivitet har en forebyggende effekt, men det kan også være en del av rehabiliteringsopplegget. Rusmiddelavhengige er blant de mest inaktive i befolkningen, og mange har i tillegg til sitt rusmiddelproblem dårlig helse så vel psykisk som fysisk. Fysisk aktivitet har ingen bivirkninger og relativt lave kostnader. Det er likevel behov for både mer forskning og mer utvikling av aktivitetstilbud tilpasset rusmiddelavhengige og utdanning av instruktører som kan og vil arbeide med denne målgruppen. Det er derfor viktig at fysisk aktivitet prioriteres på linje med andre behandlingmessige aktiviteter.

Godt profesjonelt arbeid for personer med ROP-lidelser krever godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. Forslagsstillerne mener derfor at det er behov for et mer helhetlig, aktivt og spesialisert ettervern for rusmiddelavhengige. Det handler om respekt og empati, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Men det er i de fleste sammenhenger også viktig å ha kunnskap om de spesielle problemene personer kan slite med og som kan bidra til å gjøre avvikende atferd forståelig og dermed lettere å akseptere.

Krav til kunnskap om behandling vil avhenge av hvilken rolle den enkelte tjenesteyter og det enkelte tjenestenivå har. Alle bør inneha grunnleggende kunnskaper om det som særpreger de menneskene man skal yte tjenester til. For gruppen med ROP-lidelser er det i tillegg nødvendig å ha kjennskap til mer spesialiserte behandlingsformer og teste ut disse mot eksisterende behandlingsformer.

Forslagsstillerne mener videre at velferdsteknologien gir nye muligheter også på dette området. Forskning viser at mennesker som sliter med rusmisbruk, ber om hjelp for sjelden eller for sent. 80 prosent av tilbakefallene skjer like etter behandling. De fleste overdosedødsfall skjer også like etter at en er kommet ut av behandlingsinstitusjon. Kombinasjonen av velferdsteknologi både med tanke på etterbehandling og veiledning samt tilrettelagte bomuligheter og habiliterings- og rehabiliteringsstilbud vil kunne bidra til et mer sammenhengende og brukervennlig behand-

lingsforløp. Nye teknologiske hjelpemidler vil også kunne bidra til oppfølging innenfor ernæring og fysisk aktivitet. Forslagsstillerne mener derfor det er behov for mer forskning og utvikling på dette området.

Samtidig som behandlingstilbud og ettervern for rusmiddelavhengige styrkes, må det ligge en erkjennelse i bunn om at ikke alle, i hvert fall på kort sikt, vil bli rusfri.

Forslagsstillerne mener derfor at prinsippet om skadereduksjon må være sentralt i møte med disse menneskene. Ordningen med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har økt i omfang i Norge de siste årene. LAR hverken skal eller bør være den eneste tilnærmingen som gjelder i møte med opioidavhengige. Forslagsstillerne mener at det i større grad må åpnes for at ordningen gjøres til et lavterskeltilbud, og at legemiddelassistert skadereduksjon (LAS) gjøres tilgjengelig for flere som kunne hatt nytte av det.

Norge har, sammenlignet med andre europeiske land, en av de mest rigide lovverkene knyttet til sprøyterom. Den eksisterende sprøyteromsforskriften åpner i dag bare for såkalt straffrihet for inntak og injisering av heroin. Andre land, som eksempelvis Nederland, åpner også for at andre stoffer enn heroin kan inntas for å nå bredere ut til den målgruppen et slikt tilbud er ment for.

Stoltenberg-utvalget³ gikk i 2009 inn for å «åpne opp for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR» (Stoltenberg-utvalget 2010:47). Flere land kan vise til positive resultater for den målgruppen et slikt tiltak vil være ment for, nemlig de rusmiddelavhengige som ikke responderer på tradisjonell LAR-behandling. EMCDDA utgav i 2012 en rapport⁴ som så all forskningen på dette tiltaket fra alle land i en helhet. Der konkluderes det med at fordelene for pasientene som mottok denne behandlingen, var:

«a major reduction in the extent of continued injecting of 'street' heroin, improvements in general health, psychological well-being and social functioning, as well as a major disengagement from criminal activities» (EMCDDA 2012:161).

Forslagsstillerne mener forskningen på dette feltet er god og bred nok til å konkludere med at heroin bør inkluderes som behandling i LAR for den gruppen rusmiddelavhengige som kunne dratt mer nytte av det enn de legemidlene det i dag åpnes for. For-

slagsstillerne mener videre at det også bør åpnes for å ta i bruk andre legemidler i behandlingen, i nært samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Behandlingstilbudet må omfatte pasienter med liten eller ingen evne til selv å finansiere medikamentene, og forslagsstillerne mener derfor at flere medikamenter må omfattes av refusjonsordningen og skrives ut på blå resept.

Forslagsstillerne mener det er behov for en mer aktiv oppfølging av helseforetakene med hensyn til etablering av lavterskeltilbud innenfor LAR, tilbud om brukerstyrte senger og annen oppfølging av rusmiddelavhengige. Rusbehandling må bli et tema i alle samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Kommunens ansvar må primært være å gi mennesker støtte til å håndtere hverdagslivet: bolig, mestre bosituasjonen og legge til rette for arbeid og aktivitet. Som ledd i kommunereformen bør en imidlertid se på om større kommuner kan få et større ansvar innenfor rus- og psykiatriområdet. Kommunene ser rus- og psykiske problemer i en større sammenheng og kan koordinere bruken av virkemidler ut fra lokale forhold og behov. Eksempelvis vil det være mange kommuner som kan ta ansvar for psykisk helsehjelp til barn, unge og voksne, støtte til pårørende, døgnopphold (både etter henvisning og brukerstyrte), ambulante tjenester, tverrfaglige team og i noen grad akutthjelp.

Forslagsstillerne mener det er viktig at avhengighet må anerkjennes som en sykdom og møtes med sosialfaglige virkemidler og behandling fremfor straff. Forslagsstillerne mener også at straffereduksjon kan være riktig i mange tilfeller for å øke sjansen for en vellykket rehabilitering. Det er derfor etter forslagsstillerens syn viktigere å gi en alternativ behandling som erstatning for lange fengselsstraffer. Det er det beste både for samfunnet og den rusavhengige. Forslagsstillerne mener fengselsstraff i mange tilfeller gjør veien tilbake til et normalt liv mye lengre, noe ingen er tjent med. Rusavhengige som begår narkotikarelaterte forbrytelser, trenger først og fremst et tilbud om behandling fremfor tradisjonell straff. En evalueringsrapport nylig utarbeidet av Statens institutt for rusmiddelforskning⁵ viser også at Narkotika-program med domstolskontroll har hatt positiv virkning. Derfor mener forslagsstillerne at Narkotika-program (ND-programmet) med domstolskontroll som i dag finnes i Bergen og Oslo, bør gjøres permanent, og at det bør vurderes utvidet til flere byer.

³ http://www.regjeringen.no/upload/HOD/RappOmNarkotika_nettersjon.pdf

⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment>

⁵ <http://www.sirus.no/publikasjon/rapporter/2014-2/narkotika-program-med-domstolskontroll-en-oppfolgingsstudie-av-115-av-de-forste-klientene/>

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen innføre en 24-timers behandlingssgaranti der det sikres at ruspasienter får time til poliklinisk eller annen behandling innen 24 timer etter avrusning.
2. Stortinget ber regjeringen legge til rette for et mer helhetlig, aktivt og spesialisert ettervern for rusmiddelavhengige, og styrke alternative behandlingstilbud som aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT) og Dialektisk atferdsterapi (DBT). Målet må være færre behandlingsdøgn i institusjon og mer behandling lokalt, i kombinasjon med botrening og arbeidsrettet rehabilitering i ordinære omgivelser.
3. Stortinget ber regjeringen om å sikre lavterskeltilbud for substitusjonsbehandling i alle deler av landet. Fastleger må gis mulighet til å starte opp substitusjonsbehandling i løpet av få dager og medikamentene må finansieres på blå resept.
4. Stortinget ber regjeringen sørge for at større byer og kommuner gis mulighet til å tilby ruspasienter et lavterskeltilbud med medikamentell behandling (tilsvarende subutex, subuxone eller lignende) gjennom helseforetakene, etter modell fra blant annet LASSO-prosjektet i Oslo og Suboxoneprosjektet i Tønsberg.
5. Stortinget ber regjeringen styrke rehabiliteringselementet i legemiddelassistert rehabilitering gjennom bedre og mer forpliktende samhandling mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og Nav ved at dette blant annet blir et tema i samarbeidsavtalen mellom helseforetakene og kommunene.
6. Stortinget ber regjeringen iverksette tiltak som stimulerer kommunene til å sikre rusavhengige tilstrekkelig bolig- og rehabiliteringstilbud utenfor rusmiljøene.
7. Stortinget ber regjeringen redegjøre for status i helseforetakenes arbeid med å etablere tilbud om brukerstyrte plasser i alle helseforetak.
8. Stortinget ber regjeringen endre sprøyteromsforskriften slik at andre inntaksmåter enn injisering og andre stoffer enn heroin tillates.
9. Stortinget ber regjeringen innføre heroinassistert behandling for de aller tyngste brukerne som ikke har hatt nytte av annen medikamentell behandling.
10. Stortinget ber regjeringen gjøre Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND-programmet) som i dag finnes i Bergen og Oslo, permanent, og vurdere utvidelse til andre byer.
11. Stortinget ber regjeringen utrede en endring i norsk narkotikalovgivning etter modell fra reformene i Portugal, med sikte på å tilby rusmisbrukere behandling og ikke straff.

17. februar 2015