

Helse- og omsorgsdepartementet v/ Rusreformutvalget
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

innspill-rusreformutvalget@hod.dep.no

Deres ref:	Vår ref: 2018/9277 - 7456/2019	Saksbehandler: Anne Jorunn Ørke 51518054	Dato: 25.01.2019
-------------------	--	--	----------------------------

Skriftlig innspill til Rusreformutvalget

Det vises til invitasjon til Helse Stavanger HF med å til å komme med innspill til Rusreformutvalget. Invitasjonen er forelagt Avdeling for rus og avhengighetsbehandling som har gitt følgende tilbakemelding:

Vårt innspill handler om 6 punkter:

- Hva menes med at utvalget har i mandat å foreslå en modell for å oppnå formålet med rusreformen?
- Hva er kunnskapsgrunnlaget for ytterligere endringer og overføring av ansvar fra justis til helsesektoren?
- Hva kan en overføring av ansvar fra justissektor til helsesektor bety?
- Avkriminalisering misforstås av mange unge som legalisering
- Noen økonomiske konsekvenser

Utvalget har i mandat å foreslå en modell for å oppnå formålet med rusreformen.

Rusreformen fra 2004 overførte ansvaret for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunene til helseforetakene og ga samtidig personer med rus og avhengighetsproblemer rett til nødvendig helsehjelp. Formålet var å sikre at denne målgruppen fikk rett lik rett og tilgang til alle tjenester innen spesialisthelsetjenesten som andre pasientgrupper. Endringer i lov om spesialisthelsetjeneste var som en anti- stigma reform for å gi likeverdige tilbud til alle pasienter. Der det overordnede målet var å sikre at behandlingstilbudet til «rusmiddelmissbrukere» skulle bli bedre og mer helhetlig.

Reformen var etter vår mening riktig og har gitt flere personer med avhengighetsproblemer en bedre status og lettere tilgang til tjenester både innen somatikk og psykisk helse samtidig med behandling for sin rus – og avhengighet. Samtidig har den økt statusen til de som arbeider ved rus og avhengighet ettersom det ble opprettet en ny spesialitet i spesialisthelsetjenesten.

Rusreformen satte også et betimelig søkelys på behovet for å styrke kapasiteten innenfor TSB og å sikre en organisering av TSB som er i tråd med rollen som spesialisthelsetjeneste. Antall behandlingstilbud har deretter blitt bygd opp over hele landet. Siden 2004 har kunnskapsgrunnlaget blitt utviklet parallelt med en satsning innen forskning og tjenesteutvikling for å kunne dokumentere hvilke behandlingsmetoder og organisering av tjenester som gir best

resultat for målgruppene. Det er lagt flere nasjonale faglige retningslinjer som skaper et felles faglig grunnlag for hva som er god behandling og oppfølging. Vi mener at satsningen har gitt resultater.

- Behandlingstilbudene er mer differensierte og tilpasset ulike grupper av pasienter
- Tilgjengelighet målt i form av ventetid og geografisk nærhet er bedre enn i mange andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Flere personer får nå tilbud tidligere i utvikling av et rusproblem
- Rusbruk i kombinasjon med andre helseproblemer har blitt mer adressert og det lages til ulike tilbud (eksempelvis ruskonsulenter innen somatiske deler av spesialisthelsetjenesten)
- Samhandlingen med kommuner og andre deler av spesialisthelsetjenesten for å sikre pasienter et integrert og samordnet behandlingsforløp med kontinuitet over tid er bedret. Dersom dette måles i antall IP –er det det liten bedring, men dersom det måles i form av ansvarsgruppemøter, utforming av felles behandlingsplaner er tallene mer optimistiske
- Brukertilfredsheten har økt, men kan alltid bli bedre
- Barn og søsken som pårørende er bedre ivaretatt
- Det er etablert rusmestringsenheter i mange fengsler som et samarbeid mellom TSB og fengslene slik at innsatte med rett til nødvendig helsehjelp og ønske om å starte behandling innen rammene av et fengsel lettere kan få til det. Tilsvarende tilbud til kvinner mangler dessverre.

Så hva i formålet med rusreformen er det som ikke er oppnådd?

Her synes vi at mandatet til utvalget er uklart. Vi savner en nyere oppsummering av hva som har vært effekten av rusreformen for bedre å forstå hva utvalgets arbeid skal sette fokus på.

Vi etterlyser også tydeligere hva som er grunnlaget for behovet av en lovendring for det som i dag rettslig og organisatorisk ligger i kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og andre relevante sektorer.

1. Hva, hvorfor og for hvem trengs det er endring innen utdanningssektoren, arbeids- og velferdssektoren, barnevernet med videre? Er det koordinerte tilbud for personer som er i grunnskolen eller videregående skolegang det siktes til?
2. Er det en styrking av barn, søsken og øvrige pårørende sine behov som trengs å bli bedret? Eksempelvis i form av egen lov for behandling som pårørende?
3. Er det endringer i barnevernsloven som utvalget ønsker innspill på?
4. Eller er det bare endringer i regelverk og organisering mellom politi og påtalemyndighet, kommunal helse og omsorgstjeneste, og spesialisthelsetjeneste som utvalget vil fokusere på?

Vi spør fordi invitasjonen til å gi skriftlige innspill og det oppdraget som utvalget har fått og som er tilgjengelig på direktoratets hjemmesider ikke helt samsvarer. Vi vil gjerne få komme med kommentarer til ulike områder, men trenger da å vite mer om hva utvalget ønsker. I det siste vektlegges kun temaet om overføring av ansvar for oppfølging av samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk fra politi og justissektor til helsetjenesten (både kommunalhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste). Våre innspill videre vil derfor være knyttet til dette temaet.

Fra straff til behandling – hva virker og hva må endres?

Det finnes alt i dag en mengde ordninger og samhandling mellom politi- strafferettspleie-konfliktråd – friomsorg – fengsler, kommune og spesialisthelsetjeneste for å følge opp og gi behandling til personer/pårørende som enten har vært i besittelse av eller brukt illegale rusmidler. Tilsvarende finnes det for de som er domfelt, eksempelvis ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll, påtaleunntatelse med vilkår, §12 soning under døgnbehandling, Rusmestringsenheter mm.

Vi etterlyser en evaluering av disse tilbudene og samhandlingen som faktagrunnlag for at utvalget skal kunne komme med riktige endringsforslag. Hva fungerer bra og hva trengs å endre på for at flere personer skal komme seg ut av rusbruk eller få et mer verdig liv og bedre fungering? Uten en slik evaluering vil nye forslag og justeringer bomme på målsettingene.

Helse Stavanger ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling har mange års erfaring og noe dokumentasjon på hvordan utfall av ulike samhandlingstilbud for pasienter som er i såkalt «krimsonen».

Kort oppsummert:

- Å igangsette koordinerte tiltak via konfliktråd overfor en ung person / nettverk som er tatt for rusbruk synes å ha god effekt
- Behandling med §12 soning fungerer best når vedkommende innsatt forblir på institusjonen etter tidspunkt for prøveløslatelse. Hvis ikke er faren for drop – out stor.
- Tilbud om behandlingsstart på en Rusmestringsenheten er en suksess. De fleste lykkes med å fortsette inn i frivillig behandling og oppnår varige endringer, og redusert antall nye lovbrudd
- Start av utredning og behandling innen rammen av et soningsopphold er nyttig for da er vedkommende rusfri nok til at en utredning kan gjennomføres og behandling enten i regi av Lar eller andre deler av TSB kan avklares og videre behandlingsforløp forberedes
- Samfunnsstraff i kombinasjon med poliklinisk behandling fungerer også greit
- Vi har hittil hatt få pasienter under ND program, men regner med at flere vil komme.

Vi mener at disse ordningene bør fortsette og utfordringer med gjennomføring må det jobbes med. Vi ser derimot flere problemer dersom det er slik at helsevesenet skal overta mer ansvar fra justissektoren og sier:

Nei til uten videre å overta ansvar fra justissektoren.

Fra helsevesenets side er følgende viktig:

- Voksne folk som bruker illegale rusmidler og som objektivt sett eller selv ikke anser seg for å ha et problem, har ikke rett til nødvendig helsehjelp (behov for behandling). Disse må få en annen reaksjon enn tilbud om behandling, men for eksempel heller en pålagt informasjons/rådgivningssamtale gitt fra instanser som driver med den slags (frisklivssentraler og i mindre kommuner, de ansvarlige for forebyggende/helsefremmende arbeid)
- Noen av disse har en form for rekreasjons-bruk. Det kan være en helseutfordring, men størsteparten av denne type bruk avtar/opphører av seg selv med utdanning, familie og øvrige forpliktelser. Hvordan skal helse håndtere mengden ungdommer som befinner seg i denne kategorien? I beste fall er det skadelig bruk og ikke nødvendigvis noe som kan

behandles. Hvordan skal politiet skille mellom denne gruppen og gruppen som gjentatte ganger har skadelig bruk, kanskje på vei mot avhengighet?

- Det må opprettholdes et klart skille mellom behandling på frivillig grunnlag og behandling etter tvangsbestemmelser/vilkår i helselovgivningen. Bruk og besittelse av illegale rusmidler må ikke bli et grunnlag for å kunne pålegge behandling, om personens behandlingsbehov er aldri så stort. Men det er selvsagt mye som kan gjøres bedre for å gjøre behandling mer attraktivt og tilgjengelig for folk med klare behandlingsbehov.
- Bruk av illegale rusmidler blant barn og unge er ofte en sterk indikasjon på at det også er mye annet i barnets/ungdommens livssituasjon som er problematisk. En helhetlig tilnærming til alle sider ved barnets/ungdommens livssituasjon er derfor avgjørende for å kunne tilby god hjelp. BUP og TSB bør spille en mye mer aktiv rolle i slike situasjoner, men med kommunens hjelpeapparat (barnevern, helsetjeneste) som det viktigste i hjelp og koordinering av andres innsats. Trussel om straff er ikke til hjelp i en slik tilnærming.
- En overføring av ansvar fra justis til helse må innebære at det er helsevesenets rammer og regler som må gjelde. Vi har alt fått en sammenblanding av straffegjennomføring og helsehjelp, som er problematisk og bør evalueres. Vi har allerede pekt på utfordringer vedrørende behandling under fengelseslovens §12.
- Her skal vi ta opp forholdet når det gjelder for de som er dømt til behandling etter straffeloven §62, 1. ledd, 1.pkt. Alt i dag utgjør disse mange personer som representerer en betydelig kapasitetsutfordring i forhold til behandlerkapasiteten i Klinikk psykisk helse voksne, Avdeling sikkerhet. Det er til enhver tid flere som er innlagt av de som er dømt til behandling og trenden er at antallet som dømmes til behandling øker. Snitt liggetid på en dømt til behandling har i Helse Stavanger vært 3 år på sikkerhetspost. Også Straffeloven §62, 1.ledd, 2pkt.- de «plagsomme» og som innlegges på «varetekts surrogat» jfr straffeprosessloven §188 presser kapasiteten og belaster foretakets totale døgnkapasitet i en grad som går på bekostning av øvrige pasienter med behov for innleggelse. Spesialisthelsetjenesten står alt nå i en skvis mellom å håndtere de som dømmes til behandling opp mot andre pasienter innen lov om psykisk helsevern. Rammene og finansieringer er ikke styrket. En ytterligere oppgaveforskyving med flere pasientgrupper uten at det følger med penger vil gå utover andre pasienter. Vi står i fare for å nedlegge sengeplasser for de som innlegges på frivillig grunnlag for å kunne håndtere pasienter som er dømt til behandling.

Avkriminalisering og legalisering

Vi mener at det er en fare særlig overfor unge dersom forslag til endringer i straffereaksjoner blir forstått som at en avkriminalisering innebærer en legalisering. Unge følger med i samfunnsdebatten og merker seg at flere stater i USA og Canada har legalisert bruk av cannabis. De fortolker dette som at disse stoffene dermed ikke er helseskadelige og noe av grunnen til en økning i bruk cannabis henger sammen med dette. Når norske politikere i tillegg fremmer synspunkter om at de som bruker rus heller bør få helsehjelp enn straff, så kobler unge dette som at det er uproblematisk å ruse seg.

De unge trenger faktakunnskap om virkninger av rusmidler og ikke misforståelser som at helsehjelp i stedet for straff ufarliggjør stoffene.

Vi er enig i målsettingen om at det ikke har noen hensikt i å forfølge kjente rusavhengige og arrestere dem eller bøtelegge dem for gjentatt besittelse av egne brukerdose. Vårt inntrykk er at politiet allerede i dag gjør mye godt sosialt arbeid med den tyngste gruppa? Og er ikke denne gruppa allerede godt kjent og har stående tilbud om behandling?

Økonomi

De økonomiske rammene til spesialisthelsetjenesten er allerede stramme. Flere oppgaveforskyvninger har vi ikke økonomi til uten at det i vesentlig grad går utover andre pasientgrupper. I så måte må Rusreformutvalget også peke på hvilke målgrupper de tenker ikke lenger skal få et behandlingstilbud fra oss. Altså hvilke flere grupper vil Kriminalomsorgen og Fengselshelsetjenesten ta seg av selv? Eller vil dere foreslå flere modeller for virksomhetsoverdragelser fra justissektor til helsevesenet?

Ledelsen i Helse Stavanger HF har ingen ytterligere kommentarer i saken.

Vennlig hilsen
Direktørens kontor

Anne Jorunn Ørke
foretaksjurist