

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Oslo 07.01.2011

## **Høringsuttalelse vedr. Stoltenbergutvalget: "Rapport om narkotika"**

Forbundet Mot Rusgift takker for invitasjonen til å avgi høringsuttalelse vedr. Stoltenbergutvalgets rapport. Vi vil først gi en generell kommentar, og deretter vurdere de enkelte forslagene.

### **Generelt.**

Forbundet Mot Rusgift mener Stoltenbergutvalget peker på mange svakheter i den nåværende organiseringen av behandlings- og omsorgstiltak for narkotikaavhengige, som lange ventelister, manglende samarbeid mellom instanser som alle har et ansvar, manglende evne til å følge opp pasientrettigheter og gi disse et innhold osv. Utvalget peker også på at selv med de 5 milliarder kroner som årlig brukes i rusgiftfeltet, er sektoren likevel kraftig underfinansiert. Når utvalget oppfordrer til et samfunnsløft, må det også innebære vilje til å bruke mer ressurser innenfor så vel forebygging, som behandling, rehabilitering og forskning på rusgiftsektoren. Mange av forslagene i utvalgsrapporten vil koste betydelige beløp, og selv om FMR har merknader til en god del av disse, er vi enige med Stoltenbergutvalget i at det etter Rusreformen er kommet skuffende lite nye midler til behandlingsfeltet.

FMR vil imidlertid ikke unnlate å peke på at utvalgets utgangspunkt har vært noe snevert, når det kun konsentrerer seg om tiltak rettet mot narkotika. Alkoholproblemet er som kjent større, forårsaker flere sykehusinnleggelses og dødsfall, og forårsaker langt flere sosiale problemer enn de narkotiske stoffene til sammen. Mange narkotikaavhengige har også et omfattende problem med både alkohol og beroligende og søvngivende medikamenter, og vi tror det ville vært mer fruktbart med en helhetlig rusgiftpolitisk tilnærming, hvor både alkohol og piller var inkludert.

Endelig vil vi påpeke at vi finner det høyst merkelig å nedsette et utvalg som skal foreslå omfattende endringer av hele det norske behandlings- og omsorgssystemet for stoffavhengige, hvor fagfeltet kun er representert med en person. Det frivillige organisasjons- og pårørendeperspektivet mangler også. Sammensetningen av utvalget er etter vårt syn noe av årsaken til at det nok har observert en del generelle sannheter om feltet, men ikke har evnet å gå særlig dyp inn i de ulike problemstillingene.

### **Forebygging**

Utvalget har valgt å legge fram 8 forslag vedr. forebygging. Vi er glade for at forebygging blir nevnt i denne sammenhengen, og at utvalget selv sier at "Ingen innsats gir større gevinst." På denne bakgrunnen kunne det være interessant å spørre: Hvor mye av de samlede bevilgninger

til rusgiftfeltet burde gå til forebygging? Dette svarer ikke utvalget på, men det er åpenbart at flertallet av forslagene dreier seg om tiltak for de langtkomne, ikke om forebygging.

FMR oppfatter kanskje ikke alle de områder som er nevnt av Stoltenbergutvalget under "Forebygging" som like forebyggingsrelevante, men har valgt å kommentere dem i den rekkefølge og under de overskrifter som utvalget har brukt.

## **Bred internettmobilisering mot narkotika**

### **1 Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika.**

Forbundet Mot Rusgift er enige i at man bør benytte internett for å informere og engasjere flere i kampen mot narkotika. Man bør imidlertid være klar over at internett er svært mangfoldig, og at svært mange bloggere og nettsider allerede driver et betydelig informasjonsarbeid. Uheldigvis driver også minst like mange et desinformasjonsarbeid, mange også med rene profittmotiver, og vi antar det vil være umulig å knytte alle disse interessene sammen i en felles tilnærming til narkotikaproblematikken.

Mange av de nettsidene som arbeider for en restriktiv narkotikapolitikk og for en mer systematisk behandlings- og omsorgspolitik, og som har et evidensbasert grunnlag for sin virksomhet, driver på små økonomiske midler. Ved å stimulere noen av disse sidene økonomisk, vil man kunne styrke innsatsen mot narkotika.

### **2 Knytt internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen.**

Forbundet Mot Rusgift er glade for at Stoltenbergutvalget framholder skolen som en forebyggingsarena, selv om man gjennom undervisning hittil ikke har lyktes i å gi en dokumenterbar forebyggingseffekt i Norge. Vi mener imidlertid dette i større grad skyldes manglende innsats og systematikk enn for dårlige metoder. Selv om det i mange skoler gjøres et respektabelt forebyggingsarbeid, er rusgiftforebygging i norske skoler i dag ikke systematisk, ikke koordinert, ikke målrettet, ikke rusgiftspesifikk og ikke godt nok læreplanforankret. En litteraturgjennomgang ble avgitt til Norsk Forebyggingsforum i januar 1999<sup>1</sup>. Her legges det fram en plan for et omfattende forebyggingsprogram for å redusere forbruket av alkohol og narkotika blant ungdom i Norge. Forfatterne hadde gjennomgått et bredt internasjonalt spekter av forsøk og programmer med sikte på alkohol- og narkotikaforebygging i skolen. De viste at det finnes eksempler på forebyggende tiltak som fungerer temmelig bra. Amerikanske evalueringsstudier tyder på at en gjennom bruk av omfattende skolebaserte tiltak kan redusere rekrutteringen til bruk av rusgifter med 25-50 prosent i ungdomsskolealderen. Den offensive plan for å gjennomføre et systematisk og evaluerbart forebyggingsprogram i skolen som ble foreslått av Norsk Forebyggingsforum i 1999, ble ikke gjennomført. Forbundet Mot Rusgift foreslår at denne utredningen tas fram igjen, og at det legges en forebyggingsplan for skolen i tråd med dette.

Forskning har vist at norske skoleelever har utilstrekkelige kunnskaper om alkohol og narkotika. Det foreslås at rusgiftkunnskap, tilpasset alderstrinnet, skal inn som et gjennomgående tema i fagplanene i grunnskole og videregående skole. Denne undervisningen må knyttes opp mot foreldrerettet arbeid. Et samarbeid mellom nettsider som arbeider mot narkotika og offentlige nettsider med skolen som målgruppe kan støtte opp under dette. Det har vist seg at forebyggingstiltak har størst effekt dersom samme budskap blir formidlet fra

flere kilder på en gang. Vi vil i den sammenheng slå et slag også for offentlige holdningskampanjer, som kan ha en dagsordenfunksjon, og som blir samordnet med lokale tiltak i hver enkelt kommune, hvor skolen er viktig, men hvor samme budskap også blir formidlet gjennom lokale myndigheter, fritidsklubber, idrettslag og andre frivillige organisasjoner, og gjennom deltakende organisasjoners nettsider. Et felles løft for myndigheter, skole og frivillige organisasjoner mot narkotika, kanskje noe a la en nasjonal aksjonsuke mot narkotika, kan være et utgangspunkt.

Midler til rusgiftforebyggende tiltak i grunnskolen legges inn i rammetilskuddet til alle kommuner, og til tiltak i videregående skole i rammetilskuddet til alle fylkeskommuner.

## **Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika**

### **3 Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret.**

Politiet har allerede i dag adgang til å gi påtaleunntatelse på vilkår, for personer som eksperimenterer med bruk av narkotika. Forbundet Mot Rusgift er enige med Stoltenbergutvalget i at dette bør blir en hovedreaksjon for førstegangsovertredere. På dette stadiet er det ikke snakk om avhengighet, og behandling er ikke et alternativ. En viktig forutsetning for at dette skal fungere, er etter vårt syn at bruk og besittelse av narkotika fortsatt skal være forbudt og straffbart. Straffbarhet kan gi politi og andre hjelpeinstanser et redskap for å sette inn tiltak overfor grupper eller enkeltpersoner i risikozonen, med sikte på å forhindre et brudd med vedkommendes nettverk og sosiale miljø, før avviket er så markant at en gjenforening/tilbakeføring blir vanskelig.

Det bør for øvrig bemerkes at Sosialtjenestlovens og Barnevernslovens tvangshjemler overfor stoffavhengige i Norge på ingen måte egner seg til inngrep på et tidlig stadium i en stoffbrukerkarriere, det tidspunktet da en tvangsinngrep ifølge forskning ville ha størst effekt. Strafferettslige tiltak er derfor vanligvis de eneste mulige tiltak som kan sette grenser på et tidlig nok tidspunkt i en begynnende stoffbrukerkarriere.

FMR tror imidlertid ikke dette nødvendigvis bør skje under en nemndsordning, slik utvalget framhever. Se neste punkt.

### **Etabler tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.**

Forbundet Mot Rusgift tror ikke en nemndsordning, slik den fungerer i Portugal, vil være noen god løsning i Norge. Selv om nemndene til en viss grad kan fungere som vurderingsinstanser for behandlingstrengende, skjer det etter vårt syn for lite når det gjelder brukere, innehavere og omsettere av små kvanta narkotika. FMR ønsker derfor å holde fast på et system, hvor politiet har ansvaret for å håndheve loven også på narkotikaområdet. FMR vil understreke at de presseoppslag som har forekommet i norske aviser omkring systemet i Portugal har vært til dels villedende og har fremmet et for optimistisk bilde av situasjonen. Reportasjer i tidsskriftet Mot Rusgift<sup>2</sup> og i en nylig utkommet rapport fra SERAF<sup>3</sup> fremmer et mer objektivt bilde av situasjonen i Portugal.

Det bør for øvrig bemerkes at Norge tidligere hadde politisk sammensatte nemnder som arbeidet på dette feltet (edruskapsnemnder), og at disse ble avskaffet på 80-tallet, bl.a. av hensyn til integrering i felles systemer som skulle gjelde for alle kategorier av sosialklienter og pasienter, og at det ikke var ønskelig med noen særomsorg for visse typer problemer. FMR syns ikke utvalget i sin rapport tar tilstrekkelig hensyn til dette perspektivet.

Når det er sagt, bør man se på om de vurderingsinstansene vi har i Norge i dag, fastlegene, sosialtjenesten/NAV i kommunene og ruspoliklinikkene og lignende for spesialisthelsetjenesten, kan lære noe av nemndene i Portugal når det gjelder å håndtere henvendelser/henvisninger raskere enn i dag. Det vil her dreie seg om ressurser.

Til en viss grad kan man sammenligne nemndsordningen i Portugal med Drug Court-systemet man finner i andre land, og kanskje også med det "Narkotikaprogram med domstolskontroll" som er under utprøving i Oslo og Bergen. Erfaring synes å vise at man lykkes best med de yngste klientene. FMR går inn for å utvide dette forsøket til et fast tiltak over hele landet, og vil målrette det mot en yngre og ikke så kriminelt belastet målgruppe.

## **Fra sprøyterom til brukersteder**

### **5 Videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli lavterskel brukersteder med helsetilbud og oppfølging.**

Selv om ikke-bruk av illegale rusgifter og alkoholfrihet bør være målet for all avhengighetsbehandling, finnes det etapper på veien dit. Det er et faktum at langtkomne stoff- og alkoholavhengige ofte lever et liv under uverdige forhold, samtidig som de også er en belastning for seg selv, sine nærmeste, for lokalmiljø og for storsamfunn.

Vi går derfor inn for at det etableres feltpleiestasjoner eller andre lavterskel helsetilbud i alle kommuner som har mange klienter med avhengighetslidelser. Disse bør være tilknyttet dagsentre, varmestuer eller boligtilbud hvor disse klientene ellers samles. Strax-huset i Bergen eller 24/SJU i Oslo kan fungere som modeller.

Her bør det gis begynnende utredning, sårbehandling, sosial- og helsefaglig veiledning, og også tilbys HIV-tester, samtidig som disse instansene kan være en formidler inn i hjelpeapparatet, enten dette gjelder avhengighetsbehandling, psykiatri eller behandling for somatiske lidelser.

Det har vært gjort et forsøk med sprøyterom i Oslo. Forsøket er evaluert, men har ikke ført til nedgang i overdosedødsfall, har i liten grad gitt sosialfaglig oppfølging, er blitt lite brukt av de registrerte brukerne. Det kan også hevdes at en sprøyteromsordning bygger opp under den injeksjonskultur som i særlig grad preger de norske opiatbrukermiljøene. Injeksjon er den aller mest risikable form for narkotikabruk når det gjelder overdosefare.

I tillegg er tiltaket ekstremt dyrt. Hver injeksjon i rommet koster samfunnet over 1000 kroner. Forsøket bidrar også til en defacto legalisering av heroin, den kanskje mest avhengighetsskapende rusgiften man kjenner. Selv om det kan hevdes at tiltaket gir brukerne større verdighet i brukersituasjonen, hjelper det lite, når resten av tilværelsen er like uverdige, og brukerne må livnære seg ved kriminalitet, narkotikasalg, tigging og prostitusjon. Vi vil

derfor gå inn for å avvikle tiltaket, og bruke midlene på andre lavterskeltiltak, som i større grad peker ut over sprøytebrukertilværelsen.

## **Åpne bruker- og omsetningssteder**

Forbundet Mot Rusgift er langt på vei enige i den beskrivelse av de åpne bruker- og omsetningsstedene som Stoltenbergutvalget gir. Disse er uheldige fordi de representerer åpne markeder, hvor både kjøper og selger vet hvor de skal henvende seg. Vi vil likevel understreke at det faktisk er brukerne som er den egentlige drivkraften i dette markedet, både ved å utgjøre markedet, ved selv å delta som selgere og omsettere i markedet, og ved å rekruttere nye brukere. Utvalget nevner at man kan redusere antallet kjøpere ved å gi et utvidet behandlingstilbud. Det er ett av virkemidlene. Men man kan også hindre markedet ved å stenge de åpne narkoscenenene som Plata i Oslo og Nygårdsparken i Bergen. Mange byer i utlandet<sup>4</sup>, som har opplevd lignende problemer som Oslo og Bergen, har sett det som et suksesskriterium at de åpne markeds plassene er blitt stengt, med et høyt politinærver for å påse at åpen gateomsetning og narkotikabruk ikke forekommer.

## **6 Øremerk midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika.**

Forbundet Mot Rusgift er enige i at politiet skal tilføres tilstrekkelige midler til at åpne omsetningssteder for narkotika kan holdes stengt, slik at gateomsetning av narkotika reduseres mest mulig. FMR mener imidlertid det er naivt å ville sette et skille mellom profesjonelle selgere og narkotikaavhengige. Som vi nevnte i forrige avsnitt, er de fleste narkotikaavhengige også selgere, noen mer eller mindre profesjonelle. Vi er imidlertid enige med utvalget i at innsatsen mot de åpne sentrumsmiljøene må være koordinert. Politiet må ha et sted å gjøre av dem som trenger oppfølging og hjelp, og disse lavterskel brukertilbudene bør ikke lokaliseres for sentrumsnært. Erfaringene fra "Plata-aksjonen" i Oslo i 2004 var at den bare delvis lyktes, fordi miljøet bare flyttet seg noen hundre meter til Skippergata, hvor noen av Oslo kommunes viktigste lavterskeltilbud var lokalisert, og dermed bidro til å holde brukerne knyttet til sentrum. En forutsetning for at en politistrategi mot åpne brukermiljøer skal være vellykket, er også, som utvalget sier, at det både må eksistere tilstrekkelig antall lavterskel brukersteder og videreformidlingstilgang til avgiftning og behandling.

## **7 Intensiver kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett.**

FMR er enige i at kampen mot omsetning av narkotiske stoffer via internett må intensiveres. Det er et viktig signal at det ikke er fritt fram å handle på internett – at det faktisk er mulig å bli tatt for dette. Dette forutsetter igjen at politi og tollvesen har de nødvendige ressurser og kompetanse til å følge opp dette, både gjennom spaning på nettet, men kanskje først og fremst ressurser og teknisk utstyr til å kunne beslaglegge en stor del av tabletter, pulver, frø og lignende som importeres fra utlandet gjennom posten, slik at det framstår som for risikabelt å benytte seg av de utenlandske nettsidene som alltid vil være der.

## **Behov for mer kunnskap**

## **8 Prioriter midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater.**

FMR er positive til at det brukes forskningsmidler for å evaluere pågående forebyggingstiltak. Som vi allerede har nevnt under pkt. 2, finnes det nok internasjonal kunnskap om virksomme forebyggingsmetoder til at det kan settes i gang et nasjonalt forebyggingsprogram mot rusgifter i skolen. Det må i så fall være vilje til å prioritere selve forebyggingsinnsatsen, for at det skal være noe å evaluere.

## **Behandling- og oppfølging**

Forbundet Mot Rusgift er i hovedsak enige i den virkelighetsbeskrivelse som Stoltenbergutvalget trekker opp under vignetten "Rask hjelp og langsiktig oppfølging". De to forvaltningsnivåene er en utfordring. Den manglende sammenhengen mellom tjenestene er en utfordring. De lange ventelistene er en utfordring. Den manglende oppfølgingen i kommunene er en utfordring. Men etter vårt syn må disse utfordringene finne sin løsning innenfor et felles system som gjelder for alle pasienter i spesialisthelsetjenesten, og alle klienter innenfor sosialtjeneste/kommunal helsetjeneste/NAV. Det nytter ikke å etablere et spesielt system for én pasientgruppe, som skal eksistere på siden av de ordinære tilbudene. Etter vårt syn kan dette paradoksalt nok føre til en ytterligere byråkratisering og en mulig ansvarsfraskrivelse for de narkotikaavhengige i de ordinære systemene, og dermed et tap av pasientrettigheter innenfor spesialisthelsetjenesten og tap av muligheter innenfor de kommunale systemene.

## **Mottaks- og oppfølgingsentre**

Løsningen på disse utfordringene er etter Stoltenbergutvalgets mening å opprette Mottaks- og oppfølgingsentre. Etter vår mening er ikke dette løsningen. Det er på tvers av føringene i Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgslov. Utvalget har ikke gått dypt inn i hva som er årsaken til at eksisterende system ikke fungerer eller hvilke forbedringsmuligheter som finnes. Hva er for eksempel gjort for at Individuell Plan-systemet skal fungere tilfredsstillende? Er årsaken til de lange ventetidene for få ressurser innenfor spesialisthelsetjenesten. Har man sett på avhengighetspasientenes evne og vilje til å gjennomføre et behandlingsopplegg når de først er kommet inn. Er årsaken til manglende kommunal oppfølging at det ikke er ressurser til bolig, oppfølging i bolig, eller at tilbud til avhengighetspasienter må konkurrere med andre gode formål i kommunen? Vi mener det finnes store forbedringspotensialer innenfor både spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, både kvalitets- og ressursmessig, og ønsker heller å satse på dette enn å etablere et helt nytt system.

## **9 Etabler mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet (MO-sentre).**

Det ovenstående innebærer ikke at FMR er motstandere av å etablere mottaks- og oppfølgingsentre der det er naturlig, etter modell av for eksempel 24/SJU. Det viktigste kriteriet er her lav terskel, nødvendig legefaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse til å initiere utredning og kontakt med øvrige hjelpetiltak. Men slike sentre, etter denne modellen, vil være svært dyre i etablering og drift, og fagfolkene skal også rekrutteres. Så utover de største byene, tror vi ikke slike etableringer vil være aktuelt. I andre kommuner må man heller bygge på de lavterskeltiltak man har. Et viktig poeng i Stoltenbergutvalgets

rapport er at sentrene skal være døgnåpne og ta imot folk uten noen form for henvisning, med mulighet for akuttovernatting. Vi er enige i at man trenger slike steder, som også kan ta imot avhengige som blir kjørt dit av politiet. Siden de fleste behovene brukerne av slike sentre har vil ligge i kommunen, vil det være naturlig at MO-sentrene også blir forankret i kommunen, og ikke i spesialisthelsetjenesten eller på noe annet statlig nivå. Dette vil også gjøre det enklere å etablere den helt nødvendige kontakten med andre kommunale instanser som skal ha ansvaret for oppfølgingen av den enkelte.

#### **10 Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene.**

Forbundet Mot Rusgift finner det ikke rimelig å overføre vurderingskompetanse til MO-sentrene. Men i den grad de har legefaglig og sosialfaglig kompetanse, burde de kunne henvise til behandling i spesialisthelsetjenesten, på linje med fastleger og sosialtjeneste/NAV.

#### **11 Åpne egne ungdomsmottak som del av MO-sentrene.**

FMR er enige i at man trenger egne mottak for ungdom, etter modell av "Maria Ungdom" i Stockholm. Hvordan dette skal organiseres og administreres må være opp til den enkelte kommune.

#### **12 Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende.**

FMR har sympati for forslaget om døgnåpen telefon hos MO-senteret. I og med at senteret likevel skal ha døgnåpent, burde det være mulig for pårørende også å henvende seg, dersom de vet at deres sønn/datter/bror/søster befinner seg der. Siden vi forestiller oss at oppholdet på et MO-senter vil være kortvarig for de aller fleste, vil det imidlertid være like viktig at andre instanser for eksempel akutt- og behandling sinstitusjoner er tilgjengelige for pårørende, på telefon eller på annen måte.

#### **13 Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå.**

Forbundet Mot Rusgift oppfatter utvalgets argumentasjon som først og fremst å være av økonomisk art, nemlig at staten skal ta det økonomiske ansvaret for alle tiltak, fra behandling til boligoppfølging og omsorg. Dersom man ikke ønsker å legge MO-sentrene til statlig nivå, blir det naturlig å øremerke tilstrekkelig statlige midler til kommunal oppfølging av og omsorg for avhengighetspasienter. Om kommunene da vil bruke disse midlene til MO-sentre eller på annen måte vil legge til rette for god kommunal ivaretagelse av disse gruppene, må være opp til kommunene selv. Hovedsaken er at rusgiftfeltet i kommunene trenger et stort løft, og det kan etter FMRs mening best oppnås ved øremerking av midler, i alle fall i en overgangsfase på noen år.

### **Bolig og aktivitet**

#### **14 Gjør en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen.**

FMR er enige med Stoltenbergutvalget i at bolig er en viktig forutsetning for å kunne lykkes med behandling og rehabilitering til et rusgiftfritt eller livskvalitetsmessig bedre liv. Men også for rusgiftavhengige vil boligbehovene være forskjellige. Pasienter som blir skrevet ut fra medikamentfri behandling, og som skal forsøke å klare seg uten rusgifter, bør ikke plasseres i bolig sammen med aktive rusgiftbrukere. Disse bør på sin side ikke integreres i ordinær

boligmasse, da deres rusgiftbruk og livsstil ofte vil føre til konflikter med naboer. Små kollektive boligenheter, med sterk oppfølging fra kommunen er sannsynligvis et godt alternativ. Ansvaret for å skaffe bolig må ligge hos kommunen, men økonomiske insentiver til økt boliganskaffelse for disse gruppene kan ligge i øremerking og tiltak gjennom Husbanken.

## ***Innsatte med narkotikaproblemer***

### **15 Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold.**

FMR er enig med Stoltenbergutvalget i at fengselsopphold kan utvikles til et vendepunkt, fordi man der kan komme i posisjon til å hjelpe mange som det ellers er vanskelig å nå.

Vi mener mulighetene for å initiere avhengighetsbehandling innenfor øvrige deler av kriminalomsorgen også er tilstede. Problemet er at mens de fleste dommer er kortvarige, under 2 måneder, har de fleste behov for lengre tids behandling.

FMR mener representanter for Tverrfaglig Spesialisert Avhengighetsbehandling – TSB – må være representert i fengslene, på samme måte som psykisk helsevern enkelte steder er det, for å etablere kontakt, med tanke på overføring til behandling etter soning.

FMR mener det bør bli økt mulighet til bruk av soning etter Straffegjennomføringslovens §12, dvs. at den innsatte får sone i behandlingsinstitusjon istedenfor i fengsel.

Som tidligere nevnt mener vi Narkotikaprogram med domstolskontroll – Drug Court – bør bli et permanent tiltak i hele landet, og målrettes mot yngre lovbrøyttere med avhengighetsproblemer.

FMR mener det bør eksperimenteres med at TSB får anledning til å etablere dagbehandlingsordninger innenfor fengslene.

Folk som soner i friomsorgen og som fotlenkesonere, bør få anledning til å delta i behandling i TSB, enten i dagbehandling eller poliklinisk behandling.

På samme måte mener vi sosialtjenesten/NAV må være tilstede innenfor kriminalomsorgen, med sikte på å etablere relasjoner, sørge for bolig og legge til rette for jobb, utdanning og stoff-fritt nettverk etter soning. Ideelt vil det være om ansvarsgrupper og IP-prinsippet blir gjort gjeldende også innenfor kriminalomsorgen, og at representanter for kriminalomsorgen også fortsetter sin deltakelse her i noen tid etter løslatelse/utskrivning.

## **Bruk av tvang**

### **16 Harmoniser regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene.**

Forbundet Mot Rusgift mener det bør skje en gjennomgang av lovverkene som hjemler tvangsinngrep overfor rusgiftavhengige. Hvorvidt det bør skje en harmonisering, i form av ett lovverk, er mer usikkert. Vi vil henlede oppmerksomheten på at Straffegjennomføringslovens §12 vil hjemle alternativ soning i institusjon. Ved en mer utstrakt bruk av denne bestemmelsen, vil den stoffavhengige ha et valg. Og når alt kommer til alt, er det ofte de samme personene som til noen tidspunkter er pasienter i TSB, mens de til andre tider er innsatte i fengsel. Vi mener bruk av §12 vil forbedre behandlingsresultatet, sammenlignet med frivillig behandling av de samme pasientene.



Forutsetningen for bruk av både denne og andre tvangsbestemmelser må imidlertid være at de aktuelle institusjonene er i stand til å tilby en behandling som kvalitetsmessig og sikkerhetsmessig er god nok.

FMR vil også peke på at narkotikaavhengige ofte befinner seg i en situasjon hvor det er fare for deres liv og helse. Vilkåret for bruk av ufrivillig innleggelse etter Sosialtjenestelovens §6-2 er dermed tilstede i større utstrekning enn den blir brukt i dag. Mangelen på godt egnede behandlingsplasser for den aktuelle målgruppen begrenser imidlertid bruken. Det er også et svært stort byråkrati og en omstendelig prosess om Fylkesnemnda for å få gjennomført et tvangsvedtak. Forbundet Mot Rusgift mener at tilbudet/kapasiteten til å ta imot tvangspasienter må økes innenfor spesialisthelsetjenesten, for i større grad å kunne gi et tilbud til dem som reelt på grunn av sin rusgiftbruk er til alvorlig fare for sitt eget liv og helse. Vi vil påpeke at valget oftest ikke står mellom tvungen og frivillig behandling, men mellom tvungen behandling og ingen behandling i det hele tatt.

En bestemmelse som er lite brukt er §6-3 i Sosialtjenesteloven, ”frivillig tvang”, dvs. at pasienter ved inntak skriver under på at de er villige til å la seg hente tilbake de første 3 ukene ved drop out fra institusjon. Dersom denne bestemmelsen ble tatt i allminnelig bruk, ville man forebygge mange av de behandlingsbruddene som inntreffer i løpet av de første vanskelige behandlingsukene, og dermed bedre muligheten for at pasienten skal gjennomføre behandlingen, noe som i sin tur er avgjørende for behandlingsresultatet.

## ***Psykisk helse og rus***

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

Oppgavefordelingen mellom psykisk helsevern og avhengighetsbehandling er i utgangspunktet helt klar, slik Stoltenbergutvalget beskriver. Psykiatrien skal ta imot pasienter med tunge psykiske lidelser og rusgiftavhengighet, mens TSB skal ta imot pasienter med primære avhengighetsdiagnoser, men skal også ha kompetanse til å behandle lettere psykiske lidelser. Psykisk helsevern mangler ofte kompetanse til å takle avhengighetslidelser, mens TSB ofte har for dårlig kompetanse til å bearbeide psykiske lidelser. Løsningen her må være integrert behandling, hvor psykisk helse og TSB samarbeider og henter kompetanse hos og deler kompetanse med hverandre.

## **Egenandeler**

### **18 Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.**

Forbundet Mot Rusgift er enig med Stoltenbergutvalget at ordningen med egenandeler har begrenset rusgiftavhengiges mulighet og villighet til å delta i nødvendig, poliklinisk behandling. Vi støtter derfor forslaget om å avvikle systemet med egenandeler ved poliklinisk behandling innenfor TSB. Vi støtter også tanken om at alle narkotikaavhengige skal ha gratis tannbehandling, dvs. også de som deltar i medikamentfri, poliklinisk behandling.

### **Behandling med legemidler (LAR)**

Forbundet Mot Rusgift vil påpeke at utviklingen når det gjelder LAR først og fremst er blitt konsentrert om å sikre at opiatavhengige får tilgang til LAR-medikamentene, og i mindre grad om at disse medikamentene skal bidra til at pasientene kan gjøre seg nytte av en mer omfattende behandlings- eller rehabiliteringsinnsats. Med rundt 6000 pasienter innenfor et system som ved starten var beregnet til å kunne motta 800, uten at tilsvarende ressurser er blitt avsatt til rehabiliteringsarbeid, synes det klart at rehabiliteringsarbeidet og oppfølgingen er blitt skadelidende, så vel innenfor TSB som i førstelinjetjenesten. Potensialet for bedre resultater ligger etter vårt syn først og fremst i tilførsel av mer ressurser.

Utvalget har ikke villet ta stilling til medikamentutvalget i LAR (med unntak av heroin), men FMR mener Substitol, som er et langtidsvirkende opiat, bør vurderes som et alternativ for pasienter som ikke har god virkning av metadon eller buprenorfin.

Vi vil ellers nevne de gode resultatene som ser ut til å følge av forsøkene med implantater med Naltrekson, en opiatantagonist.

### **19 Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det.**

I Norge er ikke veien lang til Legemiddelassistert rehabilitering, ventelistene er korte, sammenlignet med hva de var for noen år siden. Men det finnes grupper som er vanskeligere å nå enn andre. Erfaringene med Klinikk Motivasjon i Oslo viser at man også kan nå grupper som er vanskelig å nå. FMR er imidlertid uenige i at LAR-behandling skal initieres i MO-sentre. Den bør starte i spesialiserte LAR-enheter innen TSB. Individuelt vurdert, kan så enkeltpasienter få sitt LAR-medikament i regi av fastlege og apotek. LAR-enhetene bør få de nødvendige ressurser til å avvikle resten av ventelisten.

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

Stoltenbergutvalget sier selv at LAR-sentrene i dag ikke har tilstrekkelige muligheter til å skape kontinuerlig og sammenhengende oppfølging for den enkelte. Løsningen på dette er ikke å legge behandlingen og oppfølgingen et annet sted, men å gi LAR-sentrene de ressursene de trenger til å gjøre nødvendig oppfølging.

### **21 Baser behandling på tillit fremfor kontroll; reduser bruken av urinkontroller**

FMR vil peke på at urinprøver som viser tilleggsbruk av andre rusgifter enn LAR-medikamenter ikke lenger er grunnlag for utskrivning fra LAR. Prøvene kan likevel gi en god pekepinn på om pasienten nyttiggjør seg behandlingen eller ikke. Vi tar ikke stilling til urinprøver som sådan, da det også finnes andre saliv-tester som etter hvert kan tas i bruk, for eksempel tester av spytt, som er mindre integritetskrekkende. FMR ser tetster som en naturlig del av kvalitetssikringen av LAR-behandlingen.

## **Overvåket inntak av heroin i LAR?**

Forbundet Mot Rusgift vil minne om at daværende statsråd Bjarne Håkon Hansens forslag om å vurdere heroinassistert behandling, var den egentlige foranledningen til at utvalget ble satt ned. Det knyttet seg derfor stor spenning til hva utvalget her ville foreslå. Utvalget delte seg omtrent på midten (5 mot 4). Utvalget sier at hvorvidt et legemiddel ansees å gi gode resultater er et forskningsspørsmål og ikke et moralsk eller politisk spørsmål. Det er vi enige i. Men når det gjelder heroin, er det også et økonomisk spørsmål og et

hensiktsmessighetsspørsmål. Skal vi åpne for utbygging av egne heroinutdelingsklinikker, som må være bemannet med leger og sykepleiere, slik det blir gjort i utlandet, mens vårt eget LAR-system mangler vesentlig på å være fullt utbygget? Heroin er et korttidsvirkende preparat, som må inntas to-fire ganger i døgnet, med oppmøte hver gang. Det er u hensiktsmessig for et hjelpeapparatet med knappe ressurser å bruke så mye tid på hver pasient hver dag, og det er u hensiktsmessig for hver enkelt pasient å bli så avhengig av hjelpeapparatet. I tillegg viser erfaringer fra utlandet at de hardest belastede brukerne ikke er strukturerte nok til å nyttiggjøre seg tilbudet.

**22 Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR(forslag fra Andresen, Haga, Hagen, Skog Hansen og Stoltenberg).**

Forbundet Mot Rusgift slutter seg til synspunktene til utvalgets mindretall, og går i mot at det iverksettes et forsøksprosjekt med heroin.

Med vennlig hilsen  
Forbundet Mot Rusgift



Knut T. Reinås

---

<sup>1</sup> Henrik Natvig: "Plan for et omfattende forebyggingsprogram for å redusere bruk av alkohol og narkotika blant ungdom i Norge" Norsk Forebyggingsforum, Januar 1999

<sup>2</sup> Knut T. Reinås: "Dekriminalisering i Portugal", Mot Rusgift nr. 1/2010

<sup>3</sup> Helge Waal, Linn Gjersing, Thomas Clausen: "Open dru scenes and overdose mortality – what to do?" SERAF rapport nr 1/2011

<sup>4</sup> Reinås K, Waal H, Buster MC, Harbo M, Noller P, Müller O. "Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in four European Cities" Part I and II. Oslo and Brussels: Alcohol and Drug Addiction Services and European Commission; 2002.

