



Stoltenbergutvalgets: Rapport om narkotika. Høringssvar fra Foreningen for human narkotikapolitikk

Innledningsvis minner vi om den bakenforliggende årsaken til at Stoltenbergutvalget ble nedsatt. Daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen uttrykte dyp bekymring for de vanskeligst stilte stoffavhengige. Han var fortvilet over at man ikke kunne hjelpe flere av de tyngste brukerne med de tilgjengelige verktøy og åpnet derfor for å diskutere (!) heroinassistert rehabilitering, men i samme åndedrag kritiserte han behandlingsapparatet for å ha manglende sammenheng mellom akutthjelp, poliklinisk- eller institusjonell behandling, og ettervern.

Akuttilbudet er om mulig enda verre idet vi går inn i 2011, for de som stadig knebles brutalt ned i bakken av politi idet de forsøker å kjøpe seg en friskmelding.

Det finnes åpenbart få begrensninger for hvor mye og hvordan man kan jage, straffe og plage narkomane, men i helsevesenet finnes det åpenbart store begrensninger for hvor mye og hvordan man kan hjelpe de samme.

Dette var nok noe av årsaken til at helseminister Bjarne Håkon Hanssen påpekte at de narkomane er helsevesenets pariakaste.

Vi ber om at Stoltenbergutvalgets innstilling samt våre forslag vil sees i dette bildet. At eksempelvis MO-sentrene er tenkt som et supplement til det etablerte helsevesenets apparat, og ikke som en forlengelse eller erstatning av det.

I helsevesenet blir de tyngste narkomane stadig behandlet som en pariakaste.

Nettopp slik andre rusfeltsinteresser har blitt innpodet i prosessen til Stoltenbergutvalget, som egentlig skulle dreie seg om de vanskeligst stilte stoffbrukerne, så taper vi som pasientgruppe i helsevesenet. Kanskje særlig overfor de som kjemper for bedre tilbud for andre ruspasienter, de etablerte med alkohol- og/eller medikamentproblemer.

Vi ønsker på ingen måte å forringe viktigheten av at alle pasientgrupper får hjelp, men vil advare mot de sterke og åpenbart gjennomslagskraftige instanser som kjemper for at andre pasientgrupper skal få hjelp på bekostning av de vanskeligstilte stoffbrukerne.

Vi vil også påpeke at vi mener Stoltenbergutvalgets sammensetning var svært gunstig, til å kunne representere samfunnet som helhet. Deres inkluderende prosess med innhenting av innspill fra rusfeltet og videreføringen av dem, anser vi som forbilledlige.

Så til våre kommentarer til utvalgets innstilling. For helhetens skyld har vi kommentert alle forslagene.

FOREBYGGING

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

Og

Forslag 2: Knytt internettmobiliseringen sammen med holdningsarbeid i skolen.

FHN anbefaler en bred inkluderingskampanje, fremfor internettmobilisering *mot* narkotika. En mobilisering mot narkotika kan bidra til ytterligere utstøting av ungdom som eksperimenterer med narkotika. En slik mobilisering kan være med på å få ungdom til å tro at de som eksperimenterer med narkotika er "dumme" og "svake". Til at de anses som karakterløse. Erfaringsmessig blir kamp mot narkotika i praksis til en kamp mot narkotikabrukere.

Dessuten kan intervensjon fra skole og foreldre, i forhold til avvikende adferd og potensiell rusbruk blant unge, føre til en uheldig mistenksomhet og stemping. Samt signalisere manglende tillit til den, eller de, unge.

De unge kan også slik påføres en identitet som narkoman, hvilket igjen kan senke terskelen for videre bruk med flere rusmidler. Nær sagt alle unge eksperimenterer med rusmidler, lovlige og ulovlige (som selvfølgelig utgjør en risiko, i likhet med å gå over en trafikkert vei), og vi minner om at de aller færreste brukere utvikler et rusproblem. Det er viktig å fokusere på kjøreregler og mane til forsiktighet og moderasjon.

Ungdom har per i dag god kunnskap om farer ved rusbruk, og en ytterligere skremselspropaganda i denne retning er unødvendig. I beste fall virker skremselspropaganda ikke. I verste fall skaper det spenning omkring rusmiddelbruk.

En bred *inklusionskampanje* kan eventuelt knyttes til de allerede eksisterende anti-mobbeprogrammene i skolen, eller la dette være en videreføring av dem.

Inklusionskampanjen kan

- Bli en bred nasjonal kampanje fra regjeringshold, i likhet med tidligere anti-mobbe-kampanjer
- Skape holdninger mot utstøting, usynliggjøring og andre hersketeknikker. (Viktig å huske på at utstøting både kan manifestere seg som synlig mobbing - og som usynliggjøring, forbigåelse og lignende). Dette kan ses på som en modernisering av anti-mobbekampanjen der man også favner om den ikke-konfronterende mobbingen.

I tillegg til rustelefonen, som er et viktig tilbud, bør det være en chattetjeneste på nett hvor ungdom kan chatte med bl.a. helsepersonell, pedagoger og sosialarbeidere.

REAKSJONSFORMER VED BRUK OG BESITTELSE AV NARKOTIKA

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

Vi er skeptiske til forslaget om at rusbrukeren skal samtykke i et behandlingsopplegg eller andre former for kontroll og oppfølging som alternativ til straff, ettersom dette i realiteten *ikke* er noe samtykke, men snarere *tvang* (kall en spade for en spade). Det samme gjelder "ruskontrakter".

FHN anbefaler:

1) At politiet må vurdere om det er grunn til bekymring, eller om dette er en unik førstegangshendelse. Dersom det ikke er grunn til bekymring bør de ikke foreta seg noe.

2) At politiet ved *bekymringsfulle* møter med ungdom, kan pålegge disse å besøke et Ungdoms-M.O.-senter. Først ved manglende oppmøte kan politiet eventuelt oppsøke ungdommens familie. Det kan oppleves som svært krenkende og til tider som et overgrep overfor ungdommen å få familien kontaktet. Dessuten vet man ikke hvorfor ungdommen ruser seg, kanskje opplever de overgrep nettopp i hjemmet. Man kan ikke ta for gitt at hjemmet er en positiv ressurs for alle.

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

- Vi støtter forslaget om nemder etter portugisisk modell!
- Vi synes det illustrerer en gledelig utvikling at brukere kan få hjelp *frivillig*!
- Vi verdsetter at rusmiddelbrukere ikke lenger skal bli sluset inn i det ordinære straffeapparatet!

FRA SPRØYTEROM TIL BRUKERSTEDER

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

Vi er veldig enige. Dette er et svært godt forslag. Det gagnar dessuten brukerne og samfunnet at vi får samlokalisert funksjonene i dagens fragmenterte lavterskelapparat.

ÅPNE BRUKER- OG OMSETNINGSSTEDER

Forslag 6: Øremerk midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika

FHN er for legalisering til fordel for fornuftig regulering gjennom statlig salg, hvilket ville rammet gateomsetning flerfoldige ganger sterkere enn enhver politiinnsats. Politi- og tollkontroll av rusmiddelbruk og medisiner innebærer også en vanskelig etisk problemstilling hvor samfunnets vanskeligstilte påføres ytterligere problemer og eksklusjon.

Vi minner om at kurerer som sitter i norske fengsler som oftest er fattige mennesker som har blitt utnyttet, truet eller lokket av bakmenn, som igjen nesten alltid går fri.

Kommuner, bydeler og lokalsamfunn bør kunne gis mulighet til å enes om opprettelse av fristeder eller lovlige utsalgssteder for cannabis for å unngå å få slik omsetning i allfarvei; ved barnehager, skoler, borettslag og andre steder som skaper utrygghet. Dette vil også begrense tilgjengeligheten hvor folk flest ferdes.

Forslag 7: Intensiver kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett

Vi støtter intensjonen bak forslaget, men mener at rene informasjonskampanjer og mer forskning på midlene er viktigere enn å drive kamp mot omsetning.

I bl.a. England selges såkalte "legal highs" og "herbal highs" lovlig i butikker. Disse kan også kjøpes på internett. På internett kan det imidlertid også kjøpes mange andre stoffer, som kan være svært uheldige. Det er en svært rask utvikling på området, hvor det stadig kommer nye rusmidler og hvor noen har større eller mindre risiko for fare. Tilgjengeligheten eskalerer gjennom nettet. Vi vet svært lite om disse stoffene. Samfunnet er tjent med en styrking av forskning og kunnskap om disse midlene, samt sikre tilgjengelighet til informasjon om dem og deres konsekvenser til folk flest. Vi bør være i forkant med kunnskap om utviklingen! Dette ser vi som mer fruktbart enn å styrke de sedvanlige kontrolltiltakene.

I England ble "legal highs", som selges i butikker, en periode tatt vekk fra markedet. Etter en stund kom de imidlertid tilbake. Hvilket kanskje tyder på at det i England foreligger forskning på flere av disse stoffene. Erfaringer tilsier også at folk som vanligvis bruker sentralstimulerende midler som amfetamin og kokain heller benytter seg av slike "legal highs" dersom de er tilgjengelige – da de formodentlig er langt mindre skadelige. Om dette er tilfellet, så kan tilgjengelighet til slike "legal highs" være et svært viktig skadereduksjonstiltak for den gruppen av rusbrukere som bruker sentralstimulerende stoffer rekreativt. En gruppe som i Norge er relativt stor, men også svært skjult, da de færreste utvikler problemer, men snarere lever et relativt normalt liv med jobb og skole).

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Forslag 8: Prioriter midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater.

Vi etterlyser spesielt forskning på den utilsiktede effekten på rekruttering til heroinbruk som heroinutdelingsprosjektet i Sveits og Nederland medførte. Der rekrutteringen gikk radikalt ned

Når det gjelder forebygging av rusproblemer så er det egentlig et område som favner langt videre enn rusfeltet. Det dreier seg om i hvilken grad samfunnet stiller seg tilgjengelige for unge, og familier med problemer, og i hvilken grad myndigheter skal gripe inn hos familier med problemer.

Dette er med andre ord et velferdssamfunnsperspektiv mer enn et rusfeltsperspektiv. Når det derimot gjelder tidlig intervensjon, handler det om forhold der rusmiddelbruken allerede har begynt.

Forbudspolitikken medfører at de færreste brukere som får problemer med rusmidler tør søke hjelp fordi de frykter skuffelse, fordømmelse, sanksjoner og straff. De unge blir mestere i å lure ressurspersoner i sitt sosiale nettverk og når rusmiddelbruk avdekkes, opplever de ofte at de blir fratatt kontrollen. Dette er til hinder for egen medvirkning til endring og de behandles ofte feil. Eksempelvis som kriminelle istedenfor som vanskeligstilte som trenger hjelp, og altså på egne premisser.

BEHANDLING OG OPPFØLGING

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

Foreningen for human narkotikapolitikk støtter til fulle forslaget om opprettelse av MO-sentre og at disse skal være statlig styrt.

Dette anser vi som det viktigste forslaget i Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika.

Kommunenivået er et for lavt nivå til å håndtere et så alvorlig emne som rusproblematikk. Statlig styring gir større sikkerhet for kontinuitet i innsatsen, enn kommunenivået, som oftere veksler mellom prioriteringer. Statlig styring styrker muligheten for lik behandling over hele landet og er en større garantist enn kommunen for å sikre muligheter og rettigheter og deriblant rettssikkerheten. Dette sikrer også at brukeren får hjelp i den kommunen vedkommende oppholder seg i, og man unngår således at brukeren blir kasteball mellom kommuner, eller blir nektet hjelp fordi vedkommende oppholder seg i en annen kommune enn han eller hun egentlig tilhører.

Det som ikke skjer lokalt, det skjer ikke. Derfor brukes ofte argumentet mot statlig drevne MO-sentre, om at man bor i kommunen og derfor bør få hjelp av kommunen. Men verken det statlige eller det kommunale tjenesteapparat på rusfeltet har noen gang vært på langt nær bra nok. Derfor trenger vi særskilte tiltak (MO-sentre) som sikrer rask og lett tilgang til hjelpeapparatet, og videre at den nødvendige oppfølging sikres. MO-senterets koordinator/los vil gå sammen med brukeren og oppleve hvor skoen trykker, de har da gjennomslagskraft til å sikre at brukeren uansett får hjelp og de kan presse på for utvikling av det ordinære hjelpeapparatet, slik at det utvikles såpass at MO-sentrene blir stadig mindre viktige.

Forslag 10: Overfør vurderingsenhetens oppgaver til MO-sentrene

Dette anser vi som et fantastisk forslag og et særdeles viktig tilleggsforslag til MO-sentrene. Dette vil medføre til at de med vurderingsmyndighet kommer nærmere pasienten. Dette vil også redusere tiden det tar fra man sender søknad til man får hjelp, hvilket er av avgjørende betydning! Dessuten vil det sikre at ingen kan fraskrive seg ansvaret for brukeren.

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

Vi støtter forslaget!

Vi synes dessuten at ungdomsmottaket ikke skal skille mellom ulike rusmidler.

Ungdom med alle slags rusproblemer, inkludert cannabis- eller alkoholproblemer, skal kunne komme hit for å få hjelp. De må vite at de kan gå dit for å få hjelp uten at noen kontakter foreldre eller andre voksne tillitspersoner mot deres vilje.

Lovendringer som gjør dette mulig er kanskje nødvendig.

Videre trenger vi en styrking og videreutvikling av helsestasjonstilbudet i skolene, slik at enhver ungdom kan vite at han eller hun kan være åpne om eventuelle rusmiddelproblemer der, uten å frykte negative konsekvenser. Dette skaper en lavere terskel for å be om hjelp, tidlig i utviklingen av rusmiddelproblemer.

Forslag 12: Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende

Vi støtter utvalgets forslag om å sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende. Temaet er av en så alvorlig karakter at det må på forhånd, ved opprettelse av MO sentre, klargjøres hvordan de sikrer nok resurser til å kunne ta seg av henvendelser fra pårørende. Samtidig støtter vi at man kan bruke skjønn i kontakten med pårørende når det gjelder taushetsplikt. Slepshendte kan hjelpeapparatet dog ikke bli, ettersom pårørende jo i blant kan være en del av brukernes problem. Derfor bør fagapparatet sitt hovedfokus være å trekke ut de positive ressursene som finnes i de pårørende, til brukernes beste.

Forslag 13: Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging og et forvaltningsnivå.

Vi støtter utvalgets forslag om at en statlig ansvarsmodell best vil sikre et helhetlig og tverrfaglig behandlingsforløp. Det er tverrpolitisk enighet om at det er grove svikt og brudd i behandlingsforløpet av i dag. Hjelpeapparatet er for vanskelig tilgjengelig, og det er snevert. Videre er det ikke sikret at man kommer fra avrusning, til behandling, til ettervern slik det er i dag.

Ansvarsforholdene og tilbudene er fragmenterte og samhandlingsmulighetene lider av situasjonen. Et statlig senter med de nødvendige profesjoner samlet under ett tak, gir samhandlingsmuligheter som ellers ikke er mulig. Både innenfor sentrene, og for å tette skottene imellom de fra før bestående ledd.

Folk bor i kommunene og der bør de få hjelp, men når det kommer til dette problemet, ser vi at de færreste kommuner besitter de rette holdninger. Prioriteringene er vidt forskjellige og flere opplever at de ikke får hjelp der de oppholder seg fordi de tilhører en annen kommune. MO-sentrene skal ikke finnes i et vakuum, men være statens tilbud til problembrukerne, for å bistå der apparatet, kommunalt eller statlig, fra før svikter. Vi mener MO-sentrenes fremste mål gjerne kan være å gjøre seg selv overflødige.

De som jobber på MO-sentrene blir statens representanter og har dermed autoritet nok til å spille inn forslag til endringer i det de går veien sammen med brukeren, som de er los/koordinator for.

Vi støtter utvalgets forslag om at sentrene bør etableres ved å bygge på **gode** eksisterende behandlingsmiljøer, men det må da faktisk bygge på de som er gode og utelukke de som i dag ikke oppfattes som gode av brukerne.

Vi er også enige i at alle sentre bør ha strengt definerte mål og suksesskriterier. Kvalitetskrav, mål og suksesskriterier bør være tilnærmet like over hele landet for å sikre et enhetlig tjenestetilbud.

Vi støtter at staten skal ha et særskilt økonomisk ansvar for narkotikaavhengige som har behov for oppfølging i egen bolig. Her kan man la seg inspirere av tilbakeføringsgarantien slik den beskrives i St.meld. nr. 37 (2007-2008)(en garanti fra staten slik at innsatte blir tilbakeført til det samfunnet de skal bli en del av igjen).

Vi mener dessuten at bruken av anbud innen rusomsorgen bør avsluttes. Resultatene fra behandlingen og brukernes tilfredshet bør være det som avgjør at tiltakene får midler til videre drift.

Rusbehandling er mye mer enn institusjon og medisin. Det er også polikliniske samtaler, selvhjelpsgrupper og resosialiseringsprosesser som pågår over lang tid. Alt dette er rusbehandling og ergo bør ett forvaltningsnivå, altså staten, ha ansvar for alt dette.

BOLIG OG AKTIVITET

Forslag 14: Gjøre en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen.

Dette er et svært viktig og godt punkt.

Vi er også enige i at hybelhusene bør bli overflødige da rusavhengige har behov for egen bolig som de fleste andre. I midlertid er det svært viktig at disse ikke avskaffes før de eventuelt blir overflødige. Vi tror dessuten at det alltid vil være behov for et minimum av hybelhus/akuttovernatningssteder.

1. Det er imidlertid viktig at boligene som blir tilbudt de vanskeligstilte og rusavhengige ikke konsentreres i samme område, men er alminnelig spredt.

Boligtilbudet må være tilrettelagt og differensiert.

Man kunne eksempelvis tenkt seg et forsøksprosjekt med at tidligere rusavhengige som er ferdig med behandling og er i en ettervernsfase, kunne bodd i kollektive boligløsninger sammen med studenter (for eksempel i sosialt arbeid, sosionom, kriminologi, barnevernspedagogikk, psykologi, medisin og juss). Disse boligene kunne bli et langt billigere boligtilbud for både brukerne, men også for studentene.

Vi oppfordrer dessuten at det ses til Bergensklinikkens praksis med, samt litteratur om, ambulant brukerstyrt tilnærming. Dette er også praksis flere andre steder i landet.

INNSATTE MED NARKOTIKAPROBLEMER

Forslag 15: Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold.

Vi støtter forslaget om at MO-sentrene skal ha ansvaret for å sikre oppfølging av rusmiddelavhengige ved løslatelse fra fengsel. Kontakten bør opprettes før løslatelsen.

Når de øvrige forslagene i Stoltenbergutvalgets rapport blir innført og holdningene endres tilsvarende, vil denne problemstillingen minimaliseres. Problembrukere vil da få den hjelpen de trenger uten fordomsfulle forbehold. De rusavhengige i dagens fengsler er i dag i stor grad brukere som sitter for enten rusmiddelbruk, eller besittelse, eller vinningskriminalitet for å finansiere nettopp bruken.

Ved innføring av liknende modell som i Portugal, med avkriminalisering og opprettelse av nemder, vil langt færre problembrukere havne i straffeapparatet. De vil derimot i hovedsak få hjelp gjennom det etablerte behandlingsapparatet.

For alle innsatte, uansett hva de er straffet for, er det viktig å ha tilbakeføring til samfunnet som bakteppe.

BRUK AV TVANG

Forslag 16: Harmoniser regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene.

Vi vil anbefale utstrakt satsing på motivasjonsgrupper på MO-sentrene og at MO-sentrene har oppsøkende tjenester som i samtaler med brukere motiverer til behandling. Tvang er en fallitterklæring i seg selv. Undersøkelser viser at det er tilfeldig hvem som blir utsatt for tvang, uavhengig av om tvang sees på som et gode eller som et onde. Det står flere tusen i kø for behandling, så ved tvangsbehandling vil det brukes ressurser på å behandle tilfeldig tvungne fremfor reelt motiverte. Når det gjelder gravide og tvang, gjør det også sterkt inntrykk at tvang rammer tilfeldig. Det vil si at det vil ramme gravide tilfeldig også. Derfor anbefaler vi en mer treffsikker tilnærming til gravide med rusproblemer og det er særlig tett oppfølging. Dette ansvaret bør også sikres av MO-sentrene.

Vi mener det fortsatt bør være mulig å be om å få gjøre avtale om frivillig tilbakeholdelse på institusjon i en avtalt tidsperiode, når innskrivingen er frivillig.

RUS OG PSYKISKE LIDELSER

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

Vi støtter i hovedsak forslaget om MO-sentrenes rolle der ingen skal avvises. Vi anser det slik at det ikke finnes noen grunn for instanser på psykisk helsefelt til å avvise mennesker med psykiske lidelser fordi de også har rusproblemer. Som vi anser det slik at det ikke finnes noen grunn for instanser på rusfeltet å avvise mennesker med rusproblemer fordi de også har psykiske lidelser eller psykisk sykdom.

Vi foreslår at MO-sentrene gis myndighet til å kvalitetssikre tjenestetilbudet og overprøve avvisninger på slikt grunnlag.

EGENANDELER

Forslag 18: Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.

Vi støtter forslaget om at all behandling ved MO-sentrene skal være gratis og at egenandelen ved poliklinisk behandling bør bortfalle. Da narkotikaavhengighet er en særlig økonomisk belastende tilstand.

Tannhelse

Vi foreslår at alle narkotikaavhengige skal få nødvendig og gratis tannbehandling, uavhengig av om de er i rehabilitering eller ei. Ettersom tannhelsen kan utgjøre en stor motivasjonsfaktor. Vi ser like liten grunn til å vente med tannbehandling før rehabilitering, som grunn til å avvise narkotikaavhengige grunnet samtidig psykisk lidelse/sykdom.

BEHANDLING MED LEGEMIDLER (LAR)

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

Utvalget påpeker problemer med medisintilgangen i sin rapport. Det er lange ventelister for å få livreddende medisinsk hjelp og kronglete henvisningssystemer. Vi støtter forslaget om at oppstart med medisiner skal kunne skje umiddelbart etter en vurdering av kvalifisert lege ved et MO-senter.

Vi er også enig i at det er viktig å videreføre de positive erfaringene med Klinikk Motivasjon som var et lavterskelsenter for utdeling av Suboxone, men disse sentrene må være statlig styrt og tilgangen sikret ved MO-sentrene.

Både LAR og disse lavterskelsentrene, bør dessuten ha mulighet til å tilby langt flere medisiner enn i dag. Som Substitol, morfin, heroin, Dolcontin og Oxycontin. Klinikk Motivasjon tilbød kun Suboxone, som er et høyterskelmedikament som flertallet av de tyngste brukere, statistisk sett, profiterer dårligere på enn eksempelvis metadon.

Derimot anbefaler vi at fastlegene gis økt myndighet til å kunne foreskrive avhengighetsmedisin, fortrinnsvis Suboxone eller Subutex, og uten tidsbegrensning.

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

Vi er usikre på hva som menes med dette forslaget. All behandling og oppfølging vil ikke være i MO sentre, da institusjonsbehandling fortsatt vil eksistere og være mangfoldig og spredt. Vi forstår forslaget slik at MO-sentrene vil fungere som en slags kompetansesentre, som har en oversikt over tiltak i sin region og en overordnet kontrollfunksjon og kvalitetssikring av disse. Det er positivt om fagpersonene som

jobber på de ulike behandlingstiltakene er en del av fagmiljøet i sitt lokale MO-senter, og at de her kan få veiledning, kursing og kompetanseheving.

Vi forstår det videre slik at dette forslaget primært handler om at LAR-sentrene funksjoner flyttes til MO-senteret. Dette er vi helt enige i.

I forhold til slik lokalisering av fagmiljøer:

Gjennom å sentralisere behandling, utredning og andre tiltak i MO-sentre, vil man også skape samlede fagmiljøer som lettere kan utveksle kompetanse. Gjennom et økt samarbeid mellom fagpersoner fra både eget og andre fagfelt vil både *spisskompetansen* på eget fagfelt heves, men også styrke *bredden* i kompetansen til hver enkelt fagperson. Dette er svært viktig, ettersom man i dag ofte er vitne til isolerte fagfelt hvor kompetanse utvikles uten innspill fra andre verdifulle fagfelt, og der andre fagfelts syn ofte misbilliges.

Som eksempel kan nevnes substitusjonsbehandling, som naturlig nok er et system som domineres av leger. Imidlertid fører dominansen til at systemet i liten grad tar hensyn til pasientens sosiale virkelighet eller behandlingens samfunnsmessige konsekvenser – da pasienten snarere anses som et medisinsk kasus (se for eksempel den kriminologiske studien "Metadonmakt" (2001) av Evy Frantzsen). Dette er videre med på å umuliggjøre de optimale resultatene behandlingen kunne ha hatt dersom man hadde hatt en større faglig bredde i utformingen av behandlingen, samt større kontakt på tvers av fagmiljøer.

Forslaget å integrere all pasientaktivitet fra LAR-sentrene til MO-sentre er derfor svært viktig.

Utvalget nevner at når pasienten ikke lenger har behov for oppfølging i MO-senter, vil apotek og fastlege overta ansvaret. Imidlertid er dette basert på et syn om livslang substituering med medikamenter. Det bør opprettes organiserte tiltak for nedtrapping og eventuelt avslutting/opphold med substitusjonsmedisin, for de som måtte ønske det.

Vi nevner også en fare ved MO-sentrene: Ved denne ordningen vil nødvendigvis makt sentraliseres i MO-sentrene slik vi har opplevd at har skjedd i LAR-sentrene. De som dominerer MO-sentrene vil til enhver tid ha mye makt til å avgjøre hvordan rusfeltet skal være i sin region. Det er viktig med tiltak som motvirker slik monopolisering av makt til de toneangivende personer i MO-sentre, Det er bl.a. viktig med brukerrepresentanter i styret og i den daglige drift av MO-sentrene.

Forslag 21: Baser behandling på tillit fremfor kontroll; reduser bruken av urinkontroller.

Vi støtter forslaget om å redusere bruken av urinkontroller. Den legemiddelassisterte rehabiliteringen bør ha som mål å skape menneskelig vekst, fremfor å krysse pasienten som menneske. Tvungne urinprøver innebærer mistillit til den medisinerende og er ekstremt kostnadskrevende.

OVERVÅKET INNTAK AV HEROIN I LAR

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

Foreningen for human narkotikapolitikk støtter flertallsinnstillingens fra Stoltenbergutvalget om at også heroin bør brukes som medisin. Vi er likevel uenig i at det er nødvendig å innføre dette som et tidsbegrenset forsøksprosjekt. Heroinassistert rehabilitering har allerede vært en del av rusomsorgstiltakene i flere europeiske land i flere år.

Danmark er til dags dato det åttende landet som tilbyr heroin som medisin og der er heroinassistert rehabilitering vedtatt som et permanent tiltak. Det er administreringen som der utprøves de første to årene. FHN mener vi i Norge heller kan innhente resultater på dette fra samfunn som likner vårt, istedenfor å forsøke på samme måte det som allerede er utprøvd.

Motstandere av heroinassistert rehabilitering stiller ofte tvil ved at de vanskeligstilte heroinavhengige i det hele tatt klarer å møte opp på en heroinklinikk flere ganger om dagen. Holdningen er ikke basert på reell kunnskap om brukergruppen.

Sprøyterommene, som til tross for gode resultater uansett innebærer at brukerne må fortsette med en bulldoserøkonomi og illegalt erverv før de i det hele tatt kan komme, viser at brukerne er i stand til å komme flere ganger pr. dag enn de to tre gangene som en heroinklinikk krever.

Danmark begynte først i 2010, men resultatene er allerede tydelige. Brukerne klarer fint å møte opp som forventet, og flertallet benytter seg i tillegg av klinikkens øvrige funksjoner. Brukerne får endelig behandling for KOLS-lunger, blodpropp, hepatitt, magesår og de får bedret sin ernæring. De får også hjelp for ADHD-problematikk, posttraumatisk stressyndrom og andre psykiske lidelser.

De fleste har oppholdt seg på heroinklinikken Valmuen flere timer daglig, hver dag hele året. Slik har de ansatte fått mulighet til å ta hånd om sykdommene, som brukerne tidligere ikke hadde overskudd til å gjøre noe med. Behandling av disse tilleggslidelsene, er med på å gi brukerne stabilitet og forbedring av livskvalitet.

Resultatene i Danmark viser så langt, i følge Sunnhedsstyrelsen i Danmark, bedre fysisk helse og bedre kognitiv funksjon. De brukerne som det her er snakk om, kom ikke inn fra et heroinkjør på gatenivå, men var fra før medisinerert med metadon.

Dersom man mener man har gått langt nok i å hjelpe når man har tilbudt metadon og det likevel ikke har gått bra, da har man gitt opp pasienten om man ikke forsøker med nok et medikament. Uavhengig av medikamentets navn og hvordan medisineringen administreres.

Også på området legemiddelassistert rehabilitering har de vanskeligst stilte blitt en pariakaste. Det er opprettet Legemiddelassistert Stabilisering (LAS) i Midt-Norge. Der skyves de vanskeligst stilte ut av LAR og de tilbys å hente Suboxone hver dag uten annen oppfølging, i LAS.

De vanskeligst stilte er blant de som profiterer dårligst, statistisk sett, på buprenorfin. Og best på metadon eller heroin. Og de som aller mest trenger særlig oppfølging. De som skyves ut fra LAR og til LAS mister altså muligheten til rehabiliteringstiltak og til å velge mellom flere medikamenter enn Suboxone.

Samme type tiltak er tenkt opprettet i Bergen, og er allerede under oppbygging i Oslo.

Disse sentrenes eksistens viser i seg selv behovet for å opprette heroinklinikker, for å sikre et mer bredspektret tilbud til nettopp de vanskeligst stilte.

Daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen påpekte i en debatt på TV2s Tabloid, etter en reise til Sveits, at påstander om at heroinklinikkene ikke når frem til de vanskeligst stilte er uriktig.

For om man sier at heroinklinikkene ikke når frem til de vanskeligst stilte, så bør man si det samme om LAR og behandling sinstitusjonene også. Det har med administreringen av tiltaket å gjøre, ikke tiltakets art. Vi skal ikke la de vanskeligst stilte bli en pariakaste igjen. Tvert imot er det nettopp den holdningen vi skulle gjøre noe med. Vi minner om de bakenforliggende årsaker til at Stoltenbergutvalget ble nedsatt.

Situasjonen er utilfredsstillende. Vi trenger en ekstrainsats for å komme på rett kjøll. Det, samt det faktum at vi kan samlokalisere funksjoner og administrere billigere enn de fleste andre lands tiltak, fordi vi kan dra nytte av deres erfaringer, gjør at vi fremover vil spare samfunnet for enda flere kroner for hver krone vi bruker på å hjelpe. Vi har ikke råd til å la være, det er vårt svar angående våre synspunkter på de økonomiske og administrative konsekvenser.

Vennlig hilsen oss i styret til FHN.