

## Høringssvar Stoltenbergutvalget: Rapport om Narkotika

Fylkesmannen har følgende synspunkter til enkelte deler av rapporten:

- **Vedrørende mandatet**

Utvalget har avgrenset sitt mandat til å omfatte tunge rusmiddelmisbrukere, i.e. injiserende opiatbrukere som det finnes et mindre antall av i de fleste av landets store byer, men som ikke utgjør en stor gruppe på landsbasis hva gjelder tungt rusmiddelmisbruk. Rapporten gir inntrykk av å ekskludere den virkelig store andelen med rusmiddelproblemer; de som har et problemfylt bruk av alkohol og/eller medikamenter. Store deler av denne gruppen kunne også defineres som ”mest hjelpetrengende”. Ut i fra denne avgrensede gruppen har utvalget foreslått 22 ulike tiltak og til dels generalisert disse, slik at flere foreslåtte tiltak skal omfatte alle grupper med illegalt misbruk, inkludert pårørendearbeid. I tillegg tar rapporten i noen grad også for seg forebygging.

Rusfeltet er komplekst og omfattende, og spenner fra problemfylt bruk av alkohol i helger, til fysisk og psykisk nedkjørte opiatbrukere. Etter vår oppfatning kunne utvalget med fordel vært supplert med medlemmer med annet erfarings- og kunnskapsgrunnlag slik at flere perspektiver kunne bli belyst og behandlet i rapporten. Spesielt kan man nevne mangel på brukerrepresentant og brukerperspektiv. Dette ble i noen grad kompensert ved at utvalget gikk bredt ut og ba om innspill fra hele feltet, inkludert bruker- og pårørendeorganisasjoner, ideelle og offentlige virksomheter.

- **Tidsperspektiv og koordinering**

Med opptrappingsplanen for rusfeltet, samhandlingsreformen, ny kommunerolle og utviklingen av nytt lovverk innen helse og omsorg som også vil ha betydning for utviklingen av rusarbeid, synes utvalgets rapport likevel å ha blitt forfattet uten å ha skjelt til de prosesser som foregår på overlappende og tilstøtende samfunnsområder. Det kan gjøre rapporten litt mindre relevant i forhold til de øvrige prosesser som er igangsatt.

Rapporten inneholder en rekke interessante forslag uavhengig av utgangspunkt og eventuell organisatorisk forankring. Og med tanke på brukernes behov for helhetlige, sammenhengende og tilgjengelige tjenester, er behovet det samme enten rusmiddelet er definert som illegalt eller legalt, og hva enten man er injiserende rusbruker på gaten i Oslo eller har et problemfylt bruk av alkohol i Finnmark.

## *Forebygging*

- ***Bred internettmobilisering mot narkotika***

1. *Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika*
2. *Knytt internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen*

Forslagene per se er gode og kan sees som supplement til det forebyggingsarbeidet som allerede foregår i skolen med mer. Det er likevel evidens for at universalistisk utformede forebyggingstiltak ikke har tiltenkt effekt. Forebyggingsinnsats må målrettes mot spesifikke utsatte grupper dersom man skal få optimal effekt av innsatsen. Det innebærer å oppdage utsatte barn og unge på et langt tidligere tidspunkt enn når de er kommet til det stadiet hvor de faktisk begynner å prøve ut ulike rusmidler og at innsatsen må settes inn lenge før disse barna oppdager rusen eller internett.

Vi vet at de menneskene som til enhver tid oppholder seg i fengsler og rusinstitusjoner har lange tapslister. Levekårsundersøkelsen som ble gjort i fengslene viste massiv rus, sosiale og psykiske problemer og lidelser, kort eller helt manglende skolekarriere, manglende jobberfaring, kriminalitet og avvikende adferd fra tidlig alder. Det samme gjelder de som til enhver tid befinner seg på rusinstitusjoner. Forskning viser at for denne delen av befolkningen manifesterte problemene seg gjennom adferdproblemer og manglende sosial integrering et eller annet sted mellom 6 og 8 års alder.

I dag vet vi mye om hvem som utgjør de såkalte risikogruppene, enten de er barn av rusavhengige og/eller psykisk syke, eller om barna selv har egenskaper som innebærer en risiko for skjevutvikling. Vi vet også hvor vi møter dem i alle fall langt de fleste av dem; først hos fastlegen under svangerskap, så på helsestasjonen, siden i barnehagen og skole.

Vi må altså tørre å peke ut risikogruppene og adressere disse direkte. Omsorgsevne, rus og psykiske problemer hos vordende foreldre lar seg kartlegge og forebygging begynner der. Intervensjon gjennom samtaler og opplæring har vist seg å være effektive i bestemte situasjoner, som for eksempel ved graviditet. Tilstrekkelig personell med kompetanse må settes inn fra første dag og må være tilgjengelig for legen, helsestasjonen, i barnehagen og skolen.

Barn med adferds- og integrasjons vansker må få kompetent bistand i barnehagen, følges inn i barne- og ungdomsskolen og ikke minst inn i videregående skole.

- **Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika**
- 3. *Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret*

Forslag 3 er meget interessant og i tråd med tanken om tidlig intervensjon og med erfaringen om at intervensjoner i spesielle situasjoner har vist seg effektive. Ulike typer programmer finnes, og kan videreutvikles for våre forhold. Programmer kan innholde alt fra enkle forebyggende og motiverende samtaler om helse, rus og konsekvenser til avtaler om urinprøvetaking og meldeplikt. Programmene kan enkelt omfatte ungdom som bringes inn til legevakt eller lignende med alkoholintoksikasjon, jf. Maria ungdom fra Stockholm som prøves ut i en variant ved Oslo legevakt.

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

Tverrfaglige nemnder (politi, helse og sosialfaglig personell og spesialisthelsetjeneste) i denne sammenheng, kan være hensiktsmessig, ikke minst der reaksjonsformene må være skjerpede. Det vil uansett være en juridisk utfordring når bruk og besittelse går fra å være en "forseelse" med helse og psykososialt perspektiv til å være et (alvorlig) kriminelt forhold.

Men å endre fokus fra straffeforfølgelse til oppfølging/behandling/oppfølging med klart helseperspektiv ville være en naturlig utvikling, da all erfaring fra 40 års "krig mot narkotika" har vist oss at repressive tiltak ikke har fungert rehabiliterende eller allmennpreventivt i den utstrekning man ønsker.

Dersom ordningen opprettes i Norge bør man likevel vurdere å inkludere også de som kjøper og selger, der de selv også er brukere. De fleste med et manifest rusproblem må finansiere sitt forbruk delvis gjennom salg.

- **Fra sprøyterom til brukersteder**
- 5. *Videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli lavterskel brukersteder med helsetilbud og oppfølging.*

Det synes hensiktsmessig å utvikle sprøyteromsordningen slik utvalget foreslår. Ellers bør helsepersonell ha kompetanse til å veilede i injeksjonsteknikk og smitteforebyggende praksis også der brukersteder ikke er aktuelt.

Skal injeksjonsbruk flyttes fra gaten og inn på brukerstedene må man ha tilstrekkelig antall steder, kanskje ambulante og kanskje differensierte tilbud til ulike brukergrupper. I tillegg bør man ut i fra faglige perspektiver vurdere adgangen til alternativ bruk, samt vurdere hvilke stoffer som skal omfattes av straffefritaket.

Uansett bør fokus må ligge på brukeradferd. Injisierende rusbrukere kan ikke unntas de regler som gjelder for resten av borgerne. Hensynet til allmennheten så vel som til egen verdighet tilsier at å injisere i lår eller lyske ikke er noe du gjør på gaten. Heller ikke å legge igjen sprøyter og kanyler. For så vidt burde de samme regler gjelde for inntak av alkohol i det offentlige rom, og ikke minst sjenerende adferd i alkoholrus.

- **Åpne bruker- og omsetningssteder**
6. *Øremerk midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika.*

Det åpne bruker- og omsetningsmiljøet er hovedsakelig et problem i større byer og kommuner. Rapporten synes å skille mellom profesjonell bakmenn og aktører som selger og profitterer og brukerne. Bildet er mer komplekst. Den åpne russcenen domineres ikke bare av de førstnevnte, og de brukerne som utvalget inkluderer i sine tverrfaglige nemnder vil ofte være de samme som de synes å ønske straffeforfulgt i neste omgang.

Dilemmaene knyttet til bruk, omsetning, straffefritak og alternativer til straffeforfølgning reiser dilemmaer som bør behandles langt bredere i den kommende stortingsmelding enn det som utvalget har hatt anledning til i denne rapporten.

Imidlertid vil vi peke på flere forutsetninger som bidrar til å opprettholde den åpne russcenen i de større byene i Norge. Våre byer er relativt små i europeisk sammenheng, og den oppsamlingen av lavterskelsteder og tiltak fra private og ideelle aktører i tillegg til de kommunale tiltakene i sentrumsområdene, bidrar til å holde brukerne i de mest beferdede områdene. Eksempelvis har man i Oslo by en rekke lavterskelsteder drevet av kommunen, men også av de private aktørene. Disse fremstår i noen grad fragmenterte og med ulik agenda. En samordning av disse lavterskeltiltakene vil være nødvendig for å kunne skape den sammenheng i tjenestene som utvalget etterlyser.

Tilgjengelige lavterskel brukersteder sentralt på dagtid, og flere kveld- og nattåpne tiltak lenger unna sentrum kan bidra til å spre og flytte brukermiljøene.

Ved å ha helse og sosialfaglig personell på stedene, gjerne også lokalpoliti, kan bidra til en bedre kontroll på og i miljøet, redusere voldsbruken mellom brukere og ikke minst oppdage nyrekruttering og intervensjoner tidligere.

Åpne russcener og et stort lavterskeltilbud tiltrekker også brukere fra andre steder og regioner. Systemer som pålegger hjemkommuner et ansvar, også økonomisk, for kjente og etablerte brukere som for eksempel befinner seg i de store byene, kunne fungere som incitament til å motivere brukerne til å reise tilbake til hjemkommunene og til å etablere lokale tiltak og tilbud.

Jf forslaget om tverrfaglige nemnder så forutsetter forsterket innsats mot de åpne rusmiljøene bred enighet om mål og metode samt vilje til flytte fokus fra justis til helse, og innsatsen må koordineres og henge sammen slik utvalget beskriver i sitt forslag.

- **Behov for mer kunnskap**

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

Det bestrides ikke at forskning og kunnskap er betydningsfulle faktorer for utviklingen av gode og effektive tiltak, også innen forebygging. Men ufordringen ligger ikke på prioritering av midler til forskning og mer kunnskapsinnsamling. Ufordringen er å handle ut fra det vi allerede vet jf våre kommentarer til utvalgets forslag nr 1 og 2.

#### *Behandling- og oppfølging*

- **Mottaks- og oppfølgingssentre**

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

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

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

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

Vi ser at svært mange av tiltakene som utvalget foreslår fra forslag 9 og utover er tilknyttet de såkalte Mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre), og oppfatter dette som utvalgets sentrale forslag.

MO-sentrene skal være for brukere av illegale rusmidler. Alt rusarbeid som nå er tillagt kommunen ved NAV, sosialtjeneste/psykisk helse med mer skal sammen med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten forankres, og til dels utføres her. Oppgavene som tillegges MO-sentrene er således

svært omfattende. Økonomisk og faglig ønskes alt forankret på ett forvaltningsnivå, og lagt til staten for å sikre et mest mulig ensartet tilbud i hele landet.

Når det gjelder organiseringen av tjenester inn i MO sentre synes utvalget å ha tatt utgangspunkt i befolkningsgrunnlaget og rusmiddelpopulasjonen i store byer og kommuner, og ikke vurdert geografiske og demografiske utfordringer. De fleste av landets kommuner er relativt små og har tilsvarende små rusmisbrukerpopulasjoner. Utvalget ser ikke på interkommunale modeller, men vil ha et senter i hver kommune. Dette vil generere en rekke små virksomheter som erfaringsmessig vil få vansker med hensyn til rekruttering og utvikling av fagmiljøer. Dersom man velger større interkommunale MO-sentre vil man miste den lokale kunnskap og nærhet til brukerne som utvalget forutsetter. I tillegg ville det ikke skille seg nevneverdig fra den DPS strukturen vi allerede har i dag med unntak at rusarbeid som ligger til kommunen vil tas inn i MO-sentrene.

Det vil også oppstå utfordringer knyttet til inkluderings- og ekskluderingsfaktorer som utvalget ikke synes å ha diskutert. Enkelte rusmiddelbrukere, avhengig av funksjonsnivå, vil kunne nyttegjøre seg de ordinære tiltakene som kommunen allerede rår over så som KVP og andre kommunale oppfølgings- og arbeidsrettede tiltak. Skal alle som har rus som en del av sitt problemkompleks likevel inn i MO-senter, eller skal det være bestemte kriterier som skal fylles, og hvor blir lavterskelprinsippet i så fall av? Og hvor lenge skal man være rusmiddelavhengig og ha oppfølging av MO-senter og når skal man over i det ordinære systemet? Dette vil være sentrale spørsmål å diskutere om MO-sentrene skal opprettes.

Å ekskludere alkohol- og medikamentmisbruk fra MO- sentre stiller vi spørsmål ved og ser dette som en lite hensiktsmessig bruk av ressurser.

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

Departementet ber om en vurdering av dette punktet med utgangspunkt i et

- 1. bredt statlig ansvar*
- 2. bredt kommunalt ansvar.*

1. Bredt statlig ansvar

På tross av normaliseringstanken og at rusmiddelavhengige har rett på samme tjenester som resten av befolkningen, vet vi at mange rusavhengige lever slik at de ikke får tilgang på tjenester eller at deres rettigheter bli ivaretatt.

Tjenestene som tillegges MO-sentre finnes i dag, men er stedvis underdimensjonert og tilgjengeligheten og organiseringen svikter. Ikke minst mellom tjenestenivåene. I tillegg svikter de kommunale tjenestene på bakgrunn av at kommunene i noen grad gjør sine vurderinger av tjenestemottagers behov, ikke ut i fra brukerens situasjon, men kommunens budsjett. Dette fører til ulike tjenestetilbud og ulik praksis

Ansvarsforhold blir også fort uklare der brukere mottar tjenester fra flere nivåer samtidig og koordinatorene av IP og ansvarsgrupper er bundet av sine systemer og kan sjelden handle så fritt sammen med bruker som hadde vært hensiktsmessig

Som nevnt er kommunens ressursprioritering streng, og rusmiddelavhengige er sjelden en prioritert gruppe. En statlig forankring kunne sikre større likhet i tjenestetilbudet og i praksis mer enn et utvidet kommunalt ansvar.

Det er likevel lite realistisk å se for seg et utvidet statlig ansvar for rusarbeidet. Til det ligger det allerede et stort ansvar i kommunen for tilleggende tjenester, og tilhørigheten til lokalmiljø bør forsterkes, ikke reduseres. I tillegg kommer føringen fra samhandlingsreformen og nytt lovverk. Statlig ansvar for MO-sentre eller for mottak, behandling og langsiktig oppfølging avviker fra den retningen rusfeltet har beveget seg i og synes å innebære en særomsorg for rusavhengige og med det et sidespor i den videre diskusjonen om utviklingen i rusfeltet. Uansett forutsetter utvalget at kommunen fortsatt skal yte tjenester til gruppen.

## 2. Bredt kommunalt ansvar

Mange rusmiddelavhengige får tjenester fra ulike deler av kommunale instanser. Det kan være samtaler med ruskonsulent, oppfølging fra booppfølger og hjemmetjenester samt økonomisk sosialhjelp fra en annen del av sosialtjenesten.

Dersom MO-sentre skulle være et kommunalt ansvar forutsetter det blant annet en tydeliggjøring av hva kommunalt rusarbeid innebærer med kvalitetsstandarder som kunne bidra til en mer ensartet praksis og tjenestetilbud. Det vil bli en utfordring å skille ut hva som skal inn i MO-senter og hva som fortsatt skal være utenfor.

Om ansvaret for døgn- og poliklinisk rusbehandling (TSB) skulle ligge på førstelinjenivå, vil det kreve en massiv overføring av ressurser og tiltak fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Med det oppgavespenet som utvalget tillegger MO-sentrene forutsetter det store fagmiljøer og tilgjengelige ressurser. Det er lite realistisk å se for seg at en slik overføring av ressurser, med personell og kompetanse, spredd ut på den enkelte kommune. At ansvaret for mottak, behandling og oppfølging av rusmiddelavhengige udelt skulle ligge på et kommunalt forvaltningsnivå er på bakgrunn av dette like urealistisk som et totalt statlig ansvar.

MO-sentre kunne kanskje løst en del av utfordringene som utvalget beskriver ved å samle virksomheten på ett forvaltningsnivå. Men også andre modeller kunne ha møtt disse utfordringene. Uansett vil MO-sentrene også ha grensesnitt mot andre tjenester som kan bli uklare og som igjen skaper sviktsoner som vil kreve nye løsninger og tilnærminger.

Opprettelse av MO-sentre slik vi forstår rapporten vil ligne på særomsorg. De siste årenes utvikling og normaliseringstanke inkludert samhandlingsreformen og forslag til ny helse- og omsorgslov som ikke lenger har med særlige tiltak til rusmiddelmissbrukere, understreker at rusmiddelavhengige skal ha rett på tjenester som alle andre borgere. Det ligger i dette at kommunen skal spille en enda viktigere rolle også for denne gruppen i fremtiden.

Dersom MO-sentre skulle etableres slik utvalget forslår, er kanskje det mest realistiske alternativet regionale sentre med en statlig og kommunal deling av ansvar, kanskje med samlokalisering og egne avtaler og/eller forskrifter som regulerer ansvar/ plikter med mer jf DPS strukturen.

Men igjen vil dette skille rusmiddelavhengige ut fra andre tjenestemottagere og fremstå som særomsorg og særtiltak. Men kanskje er det riktig med tanke på at rusproblematikk i tillegg til omfattende psykososiale problemer gjør disse menneskene svært sårbare for svikt i og mellom tjenestene. Rusen i seg selv har en egen dynamikk, og bidrar til at brukerne ikke nødvendigvis klarer å tilegne seg de tjenestene de har krav på verken i første- eller annenlinjen. Dette er forhold som vi synes bør underkastes en grundig vurdering i den kommende stortingsmeldingen om rusfeltet.

Vår oppfatning er uansett at en bedre samordning av de tjenester som allerede finnes, i tillegg til en tydeliggjøring av hva kommunalt rusarbeid innebærer med kvalitetsstandarder, langt på vei er en bedre løsning enn en ny ”rusreform” som forslaget innebærer.

Forskrift om forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på dette området kan kanskje bidra til å redusere sviktsoner og ansvarsfraskrivelser og sikre sammenheng i tjenestene. Det bør formaliseres at det påligger kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap, og som likeverdige partnere, å etablere tjenester i samarbeid med bruker og ut i fra brukers behov. I det bør det ligge en utstrakt formell myndighet i en tverrfaglig ansvarsgruppe slik at eksempelvis en IP, kan bli et mer effektivt verktøy for denne brukergruppen enn det synes som den er i dag.

Vi ønsker her å legge til en kommentar knyttet til vurderingsenhetene i spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldinger fra kommuner og bydeler tyder på et behov for at disse enhetene samordnes og samkjøres med hensyn til hvem som skal få pasientrettigheter. Slik det er i dag kan det synes å være tilfeldig hvem som



befinner seg i TSB og hvem som er i en kommunal rehabiliteringsinstitusjon eller bolig med omsorgstjenester.

Seks år etter rusreformen burde det for øvrig ha foreligget en klargjøring eller definisjon av hva som ligger i begrepet ”tverrfaglig spesialisert rusbehandling.” Vi vet at innholdet i kommunale rehabiliteringsinstitusjoner til forveksling ligner behandlingsoppleggene til institusjoner i helseforetakene. Dette bidrar til ytterligere forvirring og uklarhet i ansvar og oppgavefordeling mellom statlige og kommunale tjenester til rusmiddelavhengige

Så lenge kommunen ved sosialtjenesten kan henvise til spesialisthelsetjenesten, kan man tenke seg situasjoner der man velger å vurdere bruker å være i behov for TSB, og med det unnlåte å etablere og iverksette kommunale tjenester for eksempel bolig (eller institusjon) med omsorgstjenester selv om bruker hadde hatt bedre nytte av slike tiltak enn for eksempel institusjonsbehandling i helseforetaket.

Det bør kanskje vurderes hvilke finansieringsordninger og økonomiske incitamenter som skal benyttes overfor kommunene for at tilbudet til rusmiddelavhengige ikke skal utformes vilkårlig i takt med kommunenes økonomi, men i forhold til borgernes faktiske behov. Det forutsetter også at kommunene sikrer at de har en oversikt over mennesker med rusproblemer, omfanget av disse og tilleggsproblemer, samt ha en oversikt over utsatte grupper i kommunen enn det de har per i dag. Kommunene kunne gjøre regelmessige kartleggingsøvelser og tildeles ressurser etter de faktiske behov. Slik kunne kanskje de store forskjellene i praksis hva angår tildeling og utmåling av tjenester, utjevnes i noen grad.

- ***Bolig og aktivitet***

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

Stabile boforhold er helt avgjørende for at en behandlings- og eller rehabiliteringsprosess kan komme i gang. Aktivitet, arbeid og sosial kontakt er også viktige faktorer. Vi slutter oss til utvalgets understreking av disse forholdene. Boliger med helse- og sosialfaglige oppfølgingstjenester må finnes i tilstrekkelig grad. Selv om det bør etterstrebes mer stabile og permanente boforhold, bør tilbudene differensieres da bruker gruppen er svært uensartet med hensyn til funksjonsnivå og oppfølgingsbehov. Det betyr tilbud med oppfølging gradert fra døgn- til mer sporadisk bemanning, fra midlertidig lavterskel til varige boenheter, enkeltstående eller samlokaliserte.

I tillegg bør det finnes egne skjermingsenheter som umiddelbart kan ta i mot ved tilbakefall etter behandling eller rehabilitering. Dette må omfatte brukere i LAR, de som er i egen bolig etter behandling, eller som er i arbeid, skole eller andre rehabiliteringsopplegg. Tiltakene må tilby avgiftning, stabilisering og motivere for

rask tilbakeføring til bolig eller behandlings- eller rehabiliteringsinstitusjon. Det er helt avgjørende at brukere med tilbakefall, får en rask oppfølging og like rask tilbakeføring til hverdagen slik at arbeidsforhold, skole og nye relasjoner ikke forvitrer.

Rusmiddelavhengige har lett for å miste boforhold. I langt de fleste tilfelle skyldes dette husleierestanse eller ordensproblemer. Denne gruppen har kanskje større vansker med å håndtere økonomi enn for eksempel psykisk syke, fordi rus koster penger og husleie og regninger blir raskt nedprioritert. Muligheten for å gi ytelser (fra sosialtjenesten) direkte til husvert, og lignende bør kanskje kunne benyttes i større grad. Kan hende burde man i tillegg se på lovverket knyttet til tvungen forvaltning for brukerne for lettere å kunne anvende dette i perioder.

I forhold til aktivitet, arbeid med mer så er en forpliktende individuell plan, med tilstrekkelige ressurser helt avgjørende for at brukere skal kunne forbli i arbeid/aktivitet.

- ***Innsatte med narkotikaproblemer***

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

Forslaget bifalles. Det bør etableres flere rusmestringenheter i norske fengsler og utvide virksomheten til rådgivning for alle innsatte med rusproblematikk. Med det omfanget av rus som finnes blant de innsatte, bør rusfaglig kompetanse tungt inn i fengslene. Der rusmestringsenhetene blir en utfordring for det lokale fengselets økonomi må man kanskje vurdere en annen finansiering for å sikre kompetanseheving blant de ansatte. Løslatte som bør få tilgang til samme tjenester som andre rusmiddelavhengige hva angår bolig og oppfølging. IP må kunne etableres under soning.

- ***Bruk av tvang***

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

Hvorvidt man har behov for å harmonisere lovverket vil vi ikke uttale oss om. Imidlertid viser UNI Rokkansenteret til svært ulik forståelse og praksis mellom kommuner og regioner når det kommer til anvendelsen av bestemmelsene i sosialtjenestelovens kap. 6. Helsedirektoratets veileder i Tvangssaker bør oppdateres og eventuelt gjøres om til nasjonale retningslinjer slik utvalget foreslår.

- **Psykisk helse og rus**

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

Det er for så vidt ikke uklart at det er psykiatrien som har ansvar for en pasient med psykiatriske diagnoser og rusmiddelbruk. I den grad disse lidelsene er så alvorlige (og forverret av rusmiddelbruk) at personen må ha institusjonsbehandling, så må vedkommende få et tilbud i psykiatrien. Hvorvidt psykiatrien har god nok kompetanse og ressurser til å håndtere gruppen er en annen sak. Vi vet at brukere med samtidige lidelser lett faller ut av de ordinære psykiatriske tilbud. Dette gjelder spesielt brukere med utagerende og voldelig adferd. Psykisk syke med rusmiddelbruk er ikke alltid like enkle å integrere i de alminnelige poster og avdelinger. Skal psykiatrien kunne ta sitt ansvar for disse brukerne vil det innebære å etablere flere særskilte behandlingsplasser for de med alvorlige samtidige lidelser i psykiatrien, men igjen i forpliktende samhandling med andre deler av spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenester.

Den tidligere nevnte rusmelding bør vurdere vektning og fordeling av døgninstitusjonsplasser for rusmiddelavhengige mellom psykiatriske poster og avdelinger som kan håndtere samtidighet i lidelsene, de tradisjonelle institusjonene som nå er i helseforetakene og kommunale rehabiliteringsinstitusjoner og boliger med oppfølgingstjenester. Det kan være at man i dag har en skjevhet med tyngdepunkt i de tradisjonelle behandlingsinstitusjonene på bekostning av kommunale tiltak.

For gruppen med alvorlige samtidige lidelser er det videre svært vanskelig å etablere gode stabile boforhold. Det må altså finnes tilstrekkelige varige botilbud med bemanning og kompetanse til å kunne ivareta disse brukerne over tid også utenfor institusjon.

- **Egenandeler**

- 18. Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.*

Igjen avviker utvalgets forslag fra tanken om en normalisering av tilbudet til rusavhengige og skiller dem ut fra andre tjenestemottagere. Det er et dilemma, og man bør kanskje se på egenandelsordningen også for andre grupper som mottar poliklinisk behandling. Kan hende bør egenandelene vurderes opp mot inntekt.

Forslaget støttes likevel da det krav om egenandel erfaringsmessig stenger enkelte ute fra poliklinisk behandling og fordi det praktiseres ulikt i kommunene om sosialtjenesten dekker egenandeler til behandling eller ikke.

- **Behandling med legemidler (LAR)**

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

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

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

Legemidler i denne forbindelse har sjelden en effekt i den grad det ikke er en del av en integrert behandlings- og rehabiliteringsprosess, dersom det da ikke benyttes som skadereduksjon. Til forslag 19 kan det kommenteres at det vil være svært forskjellig hva den enkelte trenger, og for noen vil det være kontraindisert å starte opp med legemidler før andre materielle og psykososiale forhold er tilrettelagt. Selv om de på kort sikt kan oppleve en stor forbedring i livskvalitet. For de brukerne som kunne ha nytte av legemidler som skadereduserende tiltak ville det være andre kriterier som ligger til grunn for hurtig oppstart.

En differensiering av tilbudet, med klarere føringer for skadereduksjon/stabilisering/rehabilitering men med mobilitet mellom nivåene, kunne vært hensiktsmessig. Om Mo-sentre etableres vil det være naturlig at LAR falt inn i virksomheten.

LAR behandling er et "livsvarig" prosjekt for mange som starter opp. LAR behandling har sider ved seg som begrenser brukerens frihet i noen grad, samt bivirkninger som til dels kan fremstå som svært plagsomme. Det anbefales sjelden at brukere bør gå ut av LAR behandling. Det kan være et behov for at brukerne er tilstrekkelig, og bedre informert enn de er i dag om hva LAR behandling innebærer på flere områder før oppstart for eventuelt å kunne velge alternativer. Igjen vil individuelle forutsetninger og behov være mer utslagsgivende enn statistiske kriterier for hvorvidt man "passer" i LAR eller ikke.

Hvorvidt man skal redusere bruken av kontrolltiltak vil være avhengig av den enkeltes behov mer enn rutiner. Kontrollene er kostnads- og ressurskrevende og oppleves i en viss utstrekning krenkende. Ethvert kontroll tiltak må vurderes ut fra sin effekt og urinprøvetaking har vist seg å ha begrenset positiv effekt, og bør ikke benyttes rutinemessig.

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

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

Både metadon og buprenorfin er potente legemidler med en høy skaderisiko og fare for lekkasje til det illegale markedet. Det er et dilemma om man skal innføre ytterligere et dyrt legemiddel som har tilsvarende eller større risiko. Målgruppen er også en svært liten gruppe brukere. Man kan også spørre seg om det samme ville

vært gjort dersom det var en annen marginal gruppe som ønsket seg svært dyre og risikofylte behandlinger for sine lidelser.

At gruppen som kunne nyttegjøre seg tilbudet er liten burde likevel ikke være et motargument dersom dette kan bidra til å redusere menneskelig lidelse og samfunnskostnader. Vi vet at målgruppen har store somatiske og psykiske lidelser, og vi vet at de står for en relativt stor del av rusrelatert kriminalitet. Om bruk av diacetyl morfin både kan bedre helsen og redusere kriminaliteten i denne gruppen, så er legitimerer det et forsøksprosjekt.

Vår innstilling er således at det bør være opp til LAR systemet, i samarbeid med bruker, ansvarsgruppe, fastlege osv. som avgjør hvilket legemiddel som synes å være mest hensiktsmessig for brukeren enten det er metadon, buprenorfin eller diacetyl morfin (heroin)

Uansett i hvilken form man tenker å etablere et slikt prøveprosjekt vil det være en utfordring å faktisk inkludere de brukerne som mest kunne trenge et slikt tilbud. Med de strenge kontrolltiltakene som sannsynligvis vil bygges opp rundt tiltaket vil det lett kunne føre til at de ”tyngste” igjen faller utenfor.