

***Forslag 1: Engasjere nettsider, bloggere og nettsamfunn til felles løft mot narkotika***

Vi tror dette er en god idé. Den er sannsynligvis mest egnet i byer med litt størrelse, som har kapasitet og et visst volum på omfang av rusmiddelproblemer, og som har nok ressurser og tiltak å spille på. Tiltakene kan utformes både som informasjonsside med mulighet til å spørre, svarsider og mulighet til oppfølging. Kristiansand har fått midler fra opptrappingsplanen for rusomsorgen til dette. Der vil man også etablere egen side om cannabis, fordi man i flere år har drevet hasjavvenningskurs og har bygget opp kompetanse på dette.

***Forslag 2: Knytte internettmobilisering sammen med holdningskapende arbeid i skolen***

De aller fleste ungdommer er på facebook – det burde være mulig å komme i posisjon via dette (og evt. andre sosiale medier), for eksempel ved at skoler etablerer facebooksider.

***Forslag 3: Tilby oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret***

Politiet har noen steder etablert modeller som tilbyr unge alternativ til straff, og noen har etablert samarbeid med politi og kommuner for å forebygge barne- og ungdomskriminalitet og for å gi alternativ til straff i narkotikarelatert kriminalitet. Dette bør være et tilbud i alle kommuner, og det bør videreutvikles, evt. som et tiltak under en tverrfaglig nemnd, se neste tiltak.

***Forslag 4: Etablere tverrfaglige nemder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika – Forslaget støttes***

*Det har vist seg lite egnet å bruke straffeforfølgning og soning for å stoppe utvikling av rusbruk. Portugal har opprettet en type nemnd, som gjør en vurdering av personer som pågripes av politiet med narkotika til eget bruk. Det gjøres en kartlegging av om personen har en avhengighet eller ikke, og det gis tilbud ut fra denne individuelle vurderingen. Hvis personen følger anbefalingene, blir ikke personen strafferettslig forfulgt. Nemndordningen er lagt inn under helsesektoren, og politiet bruker ressurser på større narkotikasaker. De narkotikaavhengige håndteres dermed av helse- og sosialmyndigheter, ikke av domstoler.*

Vi tror et slikt opplegg vil kunne fange opp personer i tidlig ruskarrère. Slike program vil imidlertid være avhengige av at behandlingsskapasitet økes betydelig. I Portugal gis det behandling innen en til to uker. Et kjernesporsmål ved slike opplegg er hvem som skal vurdere om dette er en person som bare har narkotika til eget bruk, ikke for videresalg. Det kreves uansett tett samarbeid mellom politi og helse-/ sosialtjenestene. Politiet vil være inne i bildet i første fase. Når det skal avklares grad av avhengighet og tiltak ut fra dette, må det inn annet personell. Mange kommuner har SLT-tiltak (samordning av kriminalitetsforebyggende tiltak), hvor det fins mye kunnskap om miljøer som er

utsatte når det gjelder rus og kriminalitet. Dette vil være nyttig viten for en slik nemnd, som ovenfor er omtalt.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) i Oslo og Bergen er program hvor rusavhengig domfelte tilbys rehabiliteringsopplegg basert på tverrfaglig samarbeid mellom aktører som skole, kriminalomsorg, sosialtjeneste, og spesialisttjenester. Disse personene ville ellers fått ubetinget fengselsstraff.

***Forslag 5 Fra sprøyterom til brukersteder – videreutvikling av sprøyteromsordningen til å bli et lavterskeltilbud for helsetjenester og annen oppfølging. - Forslaget støttes***

*Det er kun Oslo som har prøveordning med sprøyterom. Evaluering har vist at kun 14 % av brukerne har helse- og sosialfaglig oppfølging. Dette handler om kapasitet i tjenestene. Sprøyterom kan kun brukes til injisering, ikke til røyking av heroin, selv om røykingen innebærer mindre risiko for overdose.*

Sprøyterom bør omdøpes til brukersted og knyttes til lavterskel helsetiltak for hjelp til fysiske problemer som infeksjoner, tannproblemer, o.s.v. Det må også tilbys hjelp til å komme ut av misbruket. Det er trolig bare de store byene som vil ha volum nok til å kunne utvikle slike brukersteder.

I vårt fylke vil Kristiansand være aktuell, der anslås det at man har 500 injiserende misbrukere. Feltsykepleien i denne byen er per i dag et lavterskelbasert helsetiltak for de tyngste brukerne. Den har bygd opp tjenester som er tenkt å fange opp brukeres behov innen bl.a. psykiatri, tannhelse og gynekologi. I tillegg har den mulighet til å identifisere behov for rask hjelp og kanalisere vedkommende inn i det ordinære hjelpeapparatet. Man samarbeider med det øvrige hjelpeapparat, bl.a. ACT-teamet, leger og tannleger; og det legges vinn på motivering for behandling. Feltsykepleien arbeider også oppsøkende. Tjenesten er fremdeles under oppbygging, det har ikke vært meldt om behov for sprøyterom, men kommunen deler ut rent brukerutstyr for å bedre helsen blant injiserende og for å få en bedre oversikt over brukerne. Feltsykepleien i Kristiansand har således de funksjoner som i narkotikarapporten er sagt å skulle tilligge et brukersted, bortsett fra at det ikke kan injiseres narkotika der.

Foreløpig har det så langt ikke kommet fram behov for sprøyterom i Vest-Agder. Men behov for lavterskel helsetiltak vil det være, særlig i Kristiansand med såpass mange tunge brukere. Kommunene ellers bør vurdere hvordan lavterskeltiltak kan organiseres ut fra lokale behov, gjerne gjennom interkommunalt samarbeid. Å få samlet dem som åpent misbruker narkotika på et lovlig sted, kan også bidra til å få kjøpere vekk fra gatemiljøet, og dermed vanskeliggjøre omsetning av narkotika.

***Forslag 6: Øremerke midler til forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika***

Politiet bør få øremerkede midler til innsats mot gateomsetning. Her er målgruppa profesjonelle selgere, ikke de narkotikaavhengige. Det er politiet som vil kunne si noe om omfang av åpen

gateomsetning i vårt fylke. Et slikt tiltak vil ikke få full effekt hvis det ikke ses i sammenheng med andre tiltak med helhetlig tilnærming til forebygging, behandling, skadereduksjon og narkotikakontroll (jf. Sveits).

#### ***Forslag 7: Intensivere kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett***

Det er absolutt behov for videre innsats mot omsetning av narkotika på internett, et medium som stadig flere og yngre personer har tilgang og kompetanse til å bruke.

#### ***Forslag 8: Prioritere midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater***

Det er viktig å ta i bruk evaluerte forebyggingstiltak, og at disse implementeres blant sentrale aktører, som f. eks. skole og barnehage.

#### ***Forslag 9: Etablere mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet (MO-senter)***

##### ***10: Overføre vurderingsenhetenes oppgaver til MO-senter***

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

I rapporten tenker man seg å samle mottak, behandling og langsiktig individuell oppfølging i ett kompetent tverrfaglig miljø med ansvar for å:

- *ta imot og følge opp den avhengige så lenge det er nødvendig*
- *samordne tjenester*
- *fungere som en bro mellom ulike tiltak, ved å tilby polikliniske tjenester, legemiddel og annen oppfølging, også i perioder hvor personen venter på innleggelse*

Et slikt senter må ha personell med høy rusfaglig kompetanse; som lege, psykolog, sosialarbeider og sykepleier. Hver bruker må kunne få sin koordinator. Et MO-senter kan også være base for ambulerende team. Det må være døgnåpent, uten krav til henvisning; og det må tilby mulighet for mat, seng og noen å snakke med. Det må samarbeide tett med andre instanser som allmennlege og andre primærhelsetjenester, spesialisthelsetjenesten og barnevernet. De foreslås å overføre vurderingsenhetenes oppgaver om vurdering av søknader om rett til nødvendig helsehjelp til MO-sentrene.

Vi har erfaringer med liknende organiseringer fra før: Ett eksempel er ACT- team, som i hovedsak arbeider ambulant for personer med alvorlige psykiske lidelser, og som har ansatte både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi har også landsdekkende forsøk med koordinerende tillitspersonforsøkene (KTP), som arbeider i tråd med de tre kulepunktene ovenfor, og som så langt viser at oppfølging er den viktigste faktor i rehabiliteringen. Følgeevaluering av KTP-forsøket viser gode resultater for bruk av individuell plan (IP) og for brukernes tilbakemeldinger. Koordinator viser seg å være en sentral person, som kan sørge for at staffettpinnen overtas av neste ledd. KTP-

ordningen er i tråd med tanken bak samhandlingsreformen og med utkast til ny helse- og omsorgslov om en lovpålagt rett for brukere med behov for koordinerte tjenester til å få én koordinator. Det vil være et godt bidrag til styrket samordning og økt bruk av IP.

Så langt er det spesielt metodene for oppfølging som er prøvd ut i prosjektene, ikke modeller for organisering. Det bør være mulig å utvikle eksisterende strukturer som DPS til også å ivareta rusavhengige. Dette vil være hensiktsmessig også fordi mange rusavhengige har psykiske problemer. Et slikt forslag innebærer en samling av den kommunale sosialtjenestens lovpålagte plikt til vurdering av tilbud til rusmisbrukere og spesialisthelsetjenestens plikt til å vurdere rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Dette vil evt. være en stor endring, som krever klare nasjonale føringer. Et DPS kunne tilby døgnåpent mottak med akuttsenger og med mulighet for vurdering av kortsiktige og langsiktige tiltak, betjent av ansatte som har høy kompetanse, og som er rekruttert både fra kommuner og spesialisthelsetjenesten. Skal en slik modell fungere, må kapasiteten økes betydelig; både på mottak, vurdering, behandling og oppfølging.

Forslag om mottakssenter har kritiske punkt knyttet til organisering, lovverk, vedtak og økonomi; men modellen har potensial for positive effekter knyttet til flyt uten avbrudd i behandlingen gjennom sikring av at noen overtar "stafettpinnen". Samme organisasjonen må legge opp behandlingsopplegg fra mottak via kortsiktig hjelp til langsiktig behandling.

Økonomisk vil modellen føre til noe økning i kostnader knyttet til både behandling og oppfølging, men en mulig konsekvens er at behovet for institusjonsplasser minskes, når lokal oppfølging styrkes. Det forhold at samme organisasjon og budsjett skal dekke både behandling og oppfølging kan medføre at ansvarsfraskrivelse og "svarteperspill" ikke er mulig.

**Konklusjon:** Samling av mottak, vurdering, behandling og oppfølging under én forvaltning vil øke mulighet til at tjenestene er tilgjengelige når brukerne trenger dem, forutsatt den økning av kapasitet og kompetanse som nevnes ovenfor. Vi finner det vanskelig å ta stilling til spørsmålet om en evt. slik organisasjon bør være statlig eller kommunal, før konsekvensene er utredet nærmere. Spørsmålet må også ses i sammenheng med samhandlingsreformen og forslaget til ny helse- og omsorgslov.

### ***Forslag 22 Åpne for tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR***

Utgangspunktet er først og fremst at behandlingstilbudet til de tungt narkotikaavhengige må styrkes i alle ledd, derunder med bedre oppfølging av pasientene både i og utenfor LAR. Det krever en tverrfaglig innsats, med tett og langsiktig individuell oppfølging. Tilbakemelding fra pasienter i LAR og pårørende tyder på at det er langt igjen før alle tunge rusmiddelavhengige har en tilfredsstillende oppfølging med bruk av individuell plan som et aktivt verktøy, og med én koordinator som i samarbeid med pasienten utvikler et opplegg som tar fatt i alle de nødvendige områdene i en rehabilitering. Vi viser igjen til resultat fra KTP-prosjektene om bl.a. økt bruk av individuell plan.

Grunnlaget for å iverksette LAR er langtkommen opioidavhengighet, gitt etter kriterier i ICD10/ DSM-IV. Med rusreformen og pasientrettighetsloven ble rusmiddelmisbrukere pasienter med rettigheter etter pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

Forslaget om å inkludere heroin i LAR i et prøveprosjekt støttes, fordi en da vil få erfaringer fra Norge om hvor vidt dette er en behandling som kan hjelpe en gruppe som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinært opplegg i LAR; og hvorvidt det kan være en skadereduserende strategi for mindre kriminalitet og bedre helse. Erfaringer fra andre land (Tyskland, Nederland) viser en betydelig reduksjon av kriminalitet. Opplegget vil være kostnadskrevende på grunn av strenge kontrolltiltak, og fordi heroin omsettes raskere enn de legemidlene som i dag brukes i LAR, men dette bør ikke være et argument som taler mot utprøving. Det er heller ikke et gyldig motargument at dette kun vil gjelde få pasienter; da deres rett til behandling ikke skal nedprioriteres av den grunn. Det tyngste motargumentet er at dette kan bli satt inn som en lettvinnt løsning, uten at øvrige tiltak er prøvet ut i full skala.

Det må uansett gjøres en ny vurdering av om heroin skal inkluderes blant legemidlene i LAR, når forsøksperioden er over.