

Vår dato: 7. januar 2011  
Vår referanse: 10/2071  
Deres dato: 5. oktober 2010  
Deres referanse: 201003584/SMM

## **HØRING – STOLTENBERGUTVALGET: RAPPORT OM NARKOTIKA**

Folkehelseinstituttet har mottatt høringsbrev vedr Stoltenbergutvalget og takker herved for anledningen til å kommentere de forslag som utvalget fremlegger.

Utvalgsrapporten er kortfattet og velkrevet. På enkelte punkter kunne man ønske seg en mer omfattende faglig utdypning av de temaer og problemer som tas opp, men Folkehelseinstituttet oppfatter hensikten med høringen til å få en vurdering av forslagene som fremmes. Utvalget har fremmet åtte forslag på forebyggingssiden og 14 på behandlings- og oppfølgingssiden. Det er enstemmighet i utvalget om samtlige forslag med unntak av det siste som omhandler et forsøksprosjekt med bruk av heroin.

Innledningsvis vil Folkehelseinstituttet nevne at en **evaluering** av de foreslåtte tiltakene er svært viktig, ikke bare forebyggingstiltakene, med også de øvrige, spesielt etableringen av MO-sentrene. Dette er viktig fordi man de gode intensjonene til tross, kan frykte at mange av forslagene bare vil ha marginal effekt. Evalueringen blir best og billigst dersom den planlegges samtidig med innføring av tiltakene, og bør derfor innarbeides i det endelige forslaget.

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

Forslaget virker fornuftig og utfordringen blir å få en rimelig styring/kontroll over den mobilisering som forventes. Hensikten er slik man forstår, at ungdom skal få faktakunnskap om skadevirkninger av narkotikabruk. Vår erfaring er at dette felt i tillegg til de mer faglige, forskningsbaserte kunnskapspresentasjoner, slik som for eksempel Folkehelseinstituttet gir, finnes et uttall av mer eller mindre useriøse påstander som går i begge retninger, dvs de overdriver skadevirkninger i noen tilfelle og bagatelliserer skademulighetene i andre tilfelle.

### *Forslag 2: Knytt internettmobilisering sammen med holdingsarbeid i skolen*

Utvalget er med rette kritisk til mye ved det forebyggende rusarbeid som forgår i skolen i dag. Om det aktuelle forslag vil representere noen forbedringer man usikker på. Imidlertid synes det viktig å være åpen for kommunikasjon av informasjon om rusmidler/rusmiddelproblemer i skolen på måter som er forskjellige fra dagens.

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

Under dette punkt berører utvalget et viktig tema om alternativer til bøtelegging/fengselsstraff skal etableres. Folkehelseinstituttet slutter seg til utvalgets utsagn om at: "Samfunnet må ha adgang til et bredt register av reaksjonsformer når personer tas for bruk eller besittelse av narkotiske stoffer til eget bruk". På denne bakgrunn støtter vi forslaget der det spesielt påpekes de gode erfaringer man har oppnådd med tverrfaglig samarbeid. Fokuset oppmerksomhet mht risikomomenter knyttet til videre rusmiddelbruk bør være et gjennomgående tema i de intervensjonssituasjoner som kan oppnås.

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

I dagens Norge vil de fleste som blir pågrepet for bruk/besittelse til eget bruk få en bot for forholdet og for så vidt en anmerkning i strafferegisteret. Utvalget legger under dette punkt stor vekt på det som har blitt oppnådd i Portugal. Der man har opprettet en nemndsordning som følger opp personer som pågripes av politiet for besittelse av narkotika til eget bruk. Om man følger det portugisiske opplegget eller etablerer et annet etter norske forhold bør vurderes. Folkehelseinstituttet vil spesielt påpeke den situasjon man har i Norge hvor en rekke brukere får sitt første møte med politiet ved at de pågripes ved mistanke om påvirket bilkjøring. Dette utgjør en spesiell situasjon der behandlingstilbud knyttet til førerkortsanksjoner antagelig kunne utnyttes langt mer konstruktivt enn det som er forholdet i dag.

*Forslag 5: Videreutvikle sprøyteromsordninger til å bli lavterskel brukersteder med oppfølging*

Folkehelseinstituttet forstår utvalgets forslag dit hen at man i de videreutviklede sprøyterommene skal ha tilsyn av medisinskfaglig personell. Dette er ikke eksplisitt uttrykt, men vi tolker utsagnet på s 18: "Innretningen av sprøyterom bør endres til å bli brukersteder der ansatte jobber for å knytte kontakt mellom brukerne og det øvrige hjelpeapparatet (MO-senteret, se forslag 9)." i denne retning. Vi støtter en slik utvikling og mener den kan bidra til at man fokuserer på rusmiddelbruk/avhengighet som et medisinsk problem. På den annen side ser vi at medisinsk personell i slike endrede sprøyterom kan oppleve vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer.

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

Folkehelseinstituttet slutter seg til dette forslaget og utvalgets utsagn på side 21: "Politiets innsats mot gateomsetning av narkotika må dermed forsterkes parallelt med at brukersteder og behandlingstilbud bygges ut.

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

Folkehelseinstituttet er enig i forslaget og har for øvrig ingen synspunkter på dette.

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

Folkehelseinstituttet vil sterkt støtte at man søker å utvikle bedre kunnskap om hvilke tiltak som gir betydningsfulle resultater. I øyeblikket er det stor usikkerhet på området, og en rekke tiltak er iverksatt, der man i utgangspunktet har svært delte oppfatninger om hvor effektive de er som forebyggingstiltak. Så lenge de ikke følges nærmere opp på en systematisk måte vil man imidlertid ikke få kunnskap om de er virkningsfulle eller ikke. Nye forebyggingstiltak på feltet bør vurderes kun gjennomført dersom det kun samtidig også gjøres anstrengelser/lages en oppfølging som gjør det mulig å vurdere verdien av tiltaket. Utover dette bør det gjøres jevnlig kunnskapsoppsummeringer med tanke på effekten av forebyggingstiltak som har vært benyttet og som har vært nærmere undersøkt.

*Forslag 9: Etabler mottaks- og oppfølgingssentra over hele landet (MO-sentre)*

Det mest omfattende forslaget utvalget kommer med etableringen av MO-sentrene. Ideen synes god og innebærer et relativt radikalt forslag mht å ta tak i de enkelte pasientene med rusmiddelproblemer. Vi vil få bemerke at vi oppfatter forslaget dit hen at det ikke bare er de narkotika**avhengige** som kan søke seg til MO-sentrene, men alle med rusmiddelproblemer, enten de fyller kriteriene for en avhengighetsdiagnose eller ikke. Så vidt instituttet kan se vil dette innebære en betydelig omlegging av rusmiddelsektoren mht pasientmottak, utredning, behandling, viderehenvisning samt mht bolig, sosiale tiltak og personlig oppfølging av den enkelte pasient med rusmiddelproblemer. Opprettelsen av mange MO-sentre vil kreve at det finnes tilgjengelig medisinsk kompetanse. Sett i sammenheng med utviklingen/etableringen av egen spesialitet innen rusmedisin (for leger) synes det realistisk at en god del kompetansesentre av typen MO-sentre vil kunne etableres i Norge i løpet av relativt kort tid. Det er noe uklart hvordan forholdet til kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) skal være. Det bør legges opp til en evaluering av MO-sentrene allerede ved etableringen av disse, for eksempel ved at det vurderes å la forskjellige sentre ha forskjellige organisering og oppgaver, for dermed å ha mulighet for komparativ evaluering.

*Forslag 10: Vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene*

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

*Forslag 12: Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende*

Disse tre forslagene er på mange måter konsekvenser av opprettelsen av MO-sentrene i den skisserte struktur. Instituttet har ingen spesifikke kommentarer til dette.

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

Dette er en viktig forslag som Folkehelseinstituttet kan stille seg bak. Hovedgrunnen til dette er at rusmiddelproblemer og særlig rusmiddelavhengighet, representerer langvarige nevrobiologiske endringer hos brukeren, og der all forskning og erfaring så langt tilsier at et langtidsperspektiv er nødvendig mht oppfølging, behandling, samt rehabilitering. Vi er av den oppfatning at en slik oppfølging av pasientene vil være lettere dersom det dreier seg om ett

forvaltningsnivå og at dette er statlig. En oppstykning av MO-sentrene til enkeltkommuner, evt til sentre felles for flere kommuner, vil lett medføre at pasienter som forflytter seg geografisk i landet (noe som ofte er tilfelle for pasienter med rusmiddelproblemer) vil falle utenfor den nødvendige langsiktige oppfølging. Folkehelseinstituttet mener således at et bredt statlig ansvar vil være det ideelle med tanke på å oppnå best mulig funksjon av de foreslåtte etablerte mottaks- og oppfølgingsentrene.

*Forslag 14: Gjør en trygg bosituasjon til en del av behandlingen*

Dette forslaget som også innebærer en betydelig rehabiliteringsaktivitet, synes fornuftig og velbegrunnet. Erfaring fra andre områder (LAR) tilsier imidlertid at dette kan bli kostnadskrevende.

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

Muligheten for å intervensere mht et rusmiddelproblem er stor når pasienten er fengslet. Svært mange innsatte i norske fengsler i dag har rusmiddelproblem av varierende tyngde. En systematisk bruk av fengslingstiden til å igangsette behandlingstiltak slik det har vært forsøkt i flere land, for eksempel USA, synes å ha mye for seg. En enda sterkere utnyttelse av fengslingsperioden i behandlingsøyemed enn det som utvalget foreslår, bør derfor vurderes.

*Forslag 16: Harmoniser regelverk for tvang og utarbeide nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene*

At det kommer nærmere råd og retningslinjer på disse områdene som utvalget nevner, støttes.

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

Økt samarbeid mellom institusjoner som primært har ansvar for pasienter med rusmiddelproblemer som MO-sentrene og institusjoner som har ansvar for pasienter med psykisk sykdom bør styrkes og videreutvikles. På dette feltet er det også behov som går langt utover det som utvalget nevner. Det bør gjøres mer forskning på området dobbel-diagnoser (rus og psykiatri) og forsøkes opprettet og styrket spesielle institusjoner der fokus er rettet mot pasienter med dobbeldiagnoser.

*Forslag 18: Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet*

På dette punkt har Folkehelseinstituttet ingen spesielle kommentarer.

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

Folkehelseinstituttet slutter seg til utvalgets utsagn om at medisiner ikke skal gis uten at man samtidig får god oppfølging. På dette punkt mener Folkehelseinstituttet også at nye medikamenter utover de etablerte i LAR-systemet i dag, dvs metadon og buprenorfin, blir forsøkt. Det vises i denne forbindelse til lovende forsøk med implantering av opiatantagonister (naltrexon) som ble utført i Norge. Et nært samarbeid mellom LAR-sentrene og den kliniske rusmiddelforskningen ved SERAF og i noen grad med Folkehelseinstituttet er derfor viktig.

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

Forslaget virker velbegrunnet og vil være naturlig konsekvens dersom MO-sentrene blir etablert i den grad utvalget fremmer i forslaget.

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

Folkehelseinstituttet støtter utvalgets forslag om at biologisk kontroll av behandlingsresultat i større grad skal legge vekt på frivillighet og at det i de aller fleste tilfeller vil være uheldig om sanksjonære konsekvenser iverksettes basert på resultater fra urinprøver. Manglende evne hos en pasient til å bli kvitt eller redusere sitt rusmiddelproblem bør heller følges opp behandlingsmessig enn ved utelukkelse fra behandlingsprogrammet. Det er imidlertid viktig at pasienter som bruker LAR-medikamentene, metadon og buprenorfin, ikke bruker andre rusmidler ved siden av fordi slik bruk av andre stoffer er godt dokumentert mht å forringe rehabiliteringsresultatet. Det bør derfor av behandlingsmessige grunner opprettholdes en betydelig kontroll mht at pasientene ikke bruker andre medikamenter enn de som er forskrevet. Slik kontroll kan med fordel (ikke minst av hensyn til pasientene) utføres vha spyttprøver (saliva) som for de fleste representerer en langt mer akseptabel prøvetakingsform og som dessuten i større grad bare registrer nylig bruk av andre rusmidler/medikamenter. Dette vil igjen si at pasient-terapeut-interaksjonen kan fokusere på nylige avvik fra inngåtte avtaler om behandlingsopplegg.

*Forslag 22: Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR på dette punkt er det forskjellige oppfatninger i utvalget*

Det er godt dokumentert at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har visse positive helsemessige konsekvenser og at behandlingen på bakgrunn av det kunnskapsgrunnlaget vi har i dag, således bør fortsette. Da heroin som opiat ikke skiller seg avgjørende fra opioidene metadon og buprenorfin, er det prinsipielt ikke noe i veien for å bruke heroin som substitusjonsmedikament istedenfor de to andre. Vi vil likevel mene at behandling med metadon og buprenorfin generelt sett er å foretrekke siden de er sikrere og lettere å administrere. Det er imidlertid en viss støtte i litteraturen for at heroinsubstitusjon kan være et bedre individuelt tiltak for de pasientene som ikke drar nytte av substitusjonsbehandling med de to andre medikamentene. Da heroinsubstitusjon vil være et individuelt tiltak for en mindre gruppe personer i LAR, vil vi ikke tro at et slikt behandlingsregime vil ha noen negativ innvirkning på folkehelsen, for eksempel ved spredning av heroin ut i samfunnet fra slik behandling. Tiltaket krever imidlertid betydelig kontroll og overvåkning.

Departementet har bedt høringsinstansene om synspunkter på økonomiske og administrative konsekvenser. Folkehelseinstituttet er usikker mht kostnads/nytte effektene for flere av forslagene fordi de er relativt uspesifikt angitt. Det mest omfattende både økonomisk og administrativt er etableringen av MO-sentrene, men hvor omfattende er vanskelig å bedømme pga den relativt runde beskrivelsen. Sentrene kan representere spennende nyvinninger med muligheter for relativt radikale endringer i behandlingen av pasienter med rusproblemer. Man kan tenke seg at MO-sentrene kan få en slags øyeblikkelig hjelp funksjon der en pasient med et hvilket som helst rusproblem får individuelt rettet behandling. De tyngste tilfellene og de unge kunne følge opp videre med omfattende intervensjoner som innleggelse til langtids avrusning, evt bruk av tvangsmidler analogt med mulighetene innen psykisk helsevern ( for å hindre alvorlig selvskaade), vurdering av behandling som alternativ til straff for

narkotikarelatert kriminalitet med mer, der straffen ble iverksatt ved manglende oppfølging av behandlingen. Som anført ovenfor kunne slike tiltak utprøves ved visse MO-sentre, mens andre kunne være mer tradisjonelle i sitt opplegg og tjene som sammenligningsgrunnlag.

Geir Stene-Larsen  
direktør

Jørg Mørland  
divisjonsdirektør