



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 21.12.2010

Deres ref:
201003584/SMM

Vår ref (saksnr):
201004423-15

Saksbeh:
Siri Persson, 23 46 11 67

Arkivkode:
344

HØRING - STOLTENBERGUTVALGET: RAPPORT OM NARKOTIKA

Bystyret i Oslo kommune vedtok 15.12.2010 å avgi slik høringsuttalelse til Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika:

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.*

Oslo kommune støtter forslaget om å bygge det lokale forebyggende arbeidet i større grad på sosiale medier, og også å bruke internett i større skala. Det rusforebyggende arbeidet bør som hovedregel bygges opp lokalt, basert på behov definert i den enkelte kommune.

Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika

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

Bruk og omsetting av narkotika bør fortsatt være forbudt, men Oslo kommune mener at behandling av narkotikaavhengighet bør prioriteres fremfor straffeforfølgelse, der det vil gi personen og samfunnet bedre resultat. Dette er i tråd med straffelovskommisjonen fra 2002, men ikke i tråd med dagens praksis.

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

Oslo deltar sammen med Bergen i forsøksprosjektet Narkotikaprogram med domstolskontroll. Forsøket skal evalueres, men Oslo har til nå oppsummert at forsøket i hovedsak har vært lite vellykket mht resultater for deltakerne. En av hovedgrunnene til dette er at ND-ordningen i Oslo i stor grad har blitt brukt overfor eldre, tungt belastede rusmiddelmissbrukere som er dømt for alvorlige kriminelle handlinger. Oslo kommune mener at det i stedet bør vurderes alternativer til soning for de yngste og minst belastede misbrukerne som har begått rusrelaterte kriminelle handlinger.

Oslo kommune mener det bør vurderes om det skal etableres tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.

Fra sprøyterom til brukersteder

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

Med unntak av lavterskel helsetjeneste som etter forskriften skal være samlokalisert med et sprøyterom, ser ikke Oslo kommune det som nødvendig å flytte andre etablerte lavterskel velferdstilbud sammen med sprøyterommet, eller å etablere nye velferdstilbud sammen med sprøyterommet. Uansett vil tiltaket ha liten effekt så lenge det bare fins ett sprøyterom i Norge.

Stoltenbergutvalget foreslår også utvidet åpningstid på sprøyterommet. Oslo kommune mener det må være opp til den enkelte kommune selv å vurdere organiseringen ut ifra behov og av hensyn til ressursbruken.

Åpne bruker- og omsetningssteder

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

Oslo kommune støtter forslaget om å gi politiet tilstrekkelige ressurser til å kunne slå ned på omsetning og bruk av illegale rusmidler.

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

Oslo kommune støtter forslaget.

Behov for mer kunnskap

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

Oslo kommune ønsker at forskningsinnsatsen på rusfeltet styrkes, og som en følge av det, at langt mer av innsatsen på rusfeltet skjer som følge av forskningserfaring. Det vil på sikt gjøre at ressursinnsatsen på feltet blir riktigere.

BEHANDLING OG OPPFØLGING

Mottaks- og oppfølgingsentre

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

Stoltenbergutvalget foreslår at MO-sentrene skal samle ”ansvaret for hele behandlingsforløpet: mottak, utredning, tilgang til medisiner, midlertidig poliklinisk behandling, henvisning til spesialistbehandling, bolig, sosiale tiltak, og tett personlig oppfølging av en koordinator.”

Oslo kommune støtter ikke forslaget om oppbygging av MO-sentre som skal overta ansvaret for rusmiddelmissbrukerne.

Stoltenberg-rapporten plasserer ikke MO-sentrene administrativt utover at de skal tilhøre det statlige forvaltningsnivået. MO-sentrene fremstår som en særomsorg som utelukker de narkotikaavhengige fra det allmenne tiltaksapparatet i helse- og sosialtjenesten som er tilgjengelig for den øvrige befolkningen. En avgrensning av hvilke brukere som eventuelt

skulle tilhøre MO-sentrene i stedet for den ordinære velferdstjenesten er ikke praktisk mulig å gjennomføre, og vil gi uklare ansvarsforhold. Oslo kommune mener at tilbudet til rusmiddelmisbrukere må være et differensiert tiltaksapparat bygget opp for rusmiddelmisbrukere basert på individuelle og lokale behov, integrert i det ordinære velferdsapparatet i stat og kommune.

MO-sentrene skal etter beskrivelsen fungere både som lavterskel akutttilbud for klienter i aktiv rus, så vel som behandlingstilbud for rusfrie klienter, og som senter for årelang oppfølging av klienter som bor i egen bolig. Dette er en uheldig sammenblanding av tilbud til personer med differensierte behov.

10. Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene.

Oslo kommune støtter ikke forslaget. Forslaget ser ut til å innebære at MO-sentrene både skal overta sosialtjenestens og fastlegenes innsøkningsrett og de nåværende vurderingsenhetenes rolle. Det er uheldig å frata det ordinære apparatets rett til innsøkningsrett, og vurdering av riktig behandlingstilbud må gjøres av instansen som har ressursene og skal utføre tjenesten. Rusmiddelmisbrukere som skal inn i spesialisthelsetjenesten for behandling av sitt rusmiddelmisbruk, må videre behandles likt med resten av befolkningen ved innsøkningsrett i spesialisthelsetjenesten.

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

Oslo støtter ikke utvalgets forslag om egne ungdomsmottak ved MO-sentrene.

I Oslo forberedes et forprosjekt med tanke på å etablere en liten "Maria Ung-klinikk" etter ide fra Stockholm. Dette helsetiltaket er ment som et tverrfaglig oppfølgingstilbud overfor ungdom som bringes til Legevakten på grunn av overdose av narkotika eller medikamenter eller alkoholforgiftning. Denne vil bli lokalisert ved Legevakten.

Oslo kommune støtter ikke en organisering som går ut på å samle all ungdom og/ eller unge voksne med rusproblemer på ett sted. Tiltakene for unge med rusproblemer bør være individuelt tilpasset den enkeltes behov, og tilbud til ungdom som er på vei ut i et rusproblem må holdes strengt adskilt fra tilbud der unge eller andre med et tungt rusproblem oppholder seg.

Oslo kommune mener at Stoltenbergutvalget peker på en viktig utfordring når det gjelder tilbudet til unge med rusproblemer. Deres utfordringer er ofte sammensatte. I tillegg til rusproblemer er mange under barnevernets omsorg, og mange har i tillegg et kriminelt rulleblad. Tilbud spesielt tilpasset denne gruppen er få, og Oslo kommune mener det er viktig at det utvikles gode behandlingsalternativer for disse ungdommene.

12. Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende.

Oslo kommune er svært opptatt av at pårørende trekkes med i rehabiliteringsprosessen for rusmiddelmisbrukere, når misbrukeren ønsker dette. Pårørende kan være en stor ressurs i en slik prosess.

Stoltenberg-utvalgets forslag om å gi dette ansvaret til MO-sentrene, er imidlertid problematisk. I Oslo vil ansvaret for akutt- og lavterskeltilbud, behandling, utredning og

oppfølging av en klientgruppe som selv etter en snever definisjon, vil omfatte 5000 – 6000 personer bare i Oslo kommune, og vi ser det som lite gjennomførbart å utøve ansvaret i praksis.

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

Oslo kommune er svært bekymret over behandlingsskøene i rusomsorgen, men tror ikke løsningen ligger i en debatt om forvaltningsnivå. Det er imidlertid viktig at nivåfordelingen av oppgaver ikke hindrer kommunale initiativ og vilje til å ta ansvar. Behandlingskøene skyldes en vedvarende manglende vilje til å satse på rusomsorgen og de pasienter som har en lidelse forårsaket av rusavhengighet. Ansvaret for oppfølging bør være kommunal, men med en mer møtekommende statlig innsats som trer inn og tar sitt behandlingsansvar når det er påkrevd. Metodeverket for samhandling finnes i individuell plan, det handler om kompetanse, ressurser og vilje både på kommunal og statlig side for å få det til å virke.

Ved rusreformen gikk Oslo kommune inn for å beholde samlet det økonomiske og faglige ansvaret for tiltak for rusmiddelbrukere. Hensikten var dels at ansvaret ville være klart definert, samtidig som både behandling og bo- rehabilitering og omsorgstilbud, skadereduksjon og akuttilbud ville være integrert i den øvrige helse- og sosialtjenesten.

Oslo kommune som en stor kommune er godt i stand til å ivareta ansvaret for rusmiddelbrukerne og har gode, differensierte tiltak på ulike nivå. Med mange rusmiddelbrukere og lang erfaring i å sørge for tiltak på ulike nivåer er kommunen fortsatt av den oppfatning at der samlet sett ville være mer å hente på å overføre mer av ansvaret til kommunen, fremfor å gjøre slik utvalget foreslår ved å statliggjøre store deler av det kommunen ivaretar i dag.

Oslo kommune støtter ikke at tilbudet etter Stoltenbergutvalgets forslag skal tas ut av de ordinære kommunale tjenestene. Dette vil skape ytterligere oppdelt og uklart ansvarsforhold og fare for at brukeren blir stående utenfor de ordinære tjenestene. Ansvaret for rusmiddelbrukere og etablering av velferdstjenester for disse, bør som for alle andre borgere, være kommunens ansvar.

Metodeverket for samhandling finnes i individuell plan. Det handler om kompetanse, ressurser og vilje både på kommunal og statlig side for å få det til å virke.

Deling av ansvaret mellom staten og kommunen medførte store uttrekk fra Oslo kommunes økonomi, samtidig som de samme ressursene ble gjort tilgjengelige for langt flere enn Oslos borgere. En samling av ansvaret på statlig nivå (Stoltenberg-utvalgets statlige ansvarsmodell) må forutsettes å medføre nye store uttrekk fra Oslos budsjetter, som Oslos befolkning i liten grad vil få fordel av. Erfaringen fra rusreformen er at Oslos tidligere ressurser ble gjort tilgjengelig for en langt større befolkning.

Oslo anbefaler at kommunene i stedet må tilføres større rammebevilgninger for å kunne ivareta sitt oppfølgingsansvar for rusmiddelbrukerne.

Oslo kommune vil også be om at man innfører rett til behandling innen 24 timer etter akuttavrusning.

Bolig og aktivitet

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

Forslaget er basert på at koordinatorene ved MO-sentrene skal *"tilby midlertidig overnatting når behovet er akutt, men primært hjelpe den enkelte med å finne en fast bolig."*

Oslo kommune ønsker ikke at tilbud om akuttovernatting skal gis ved MO-sentrene.

Vedtak om akuttovernatting gis, og bør fortsatt gis, av sosialtjenesten i henhold til gjeldende lovverk som tar utgangspunkt i søkerens behov for stabile og langsiktige tilbud. Sosialtjenestens ansvar for lovverket innebærer også at søkerens rettigheter blir ivaretatt, inkludert klagemuligheter m.v. Det er i Oslo kommune i dag bygget opp et godt akutttilbud for rusmiddelmissbrukere under Rusmiddeletaten som sosialtjenesten henviser til.

Oslo kommune har også et variert spekter av sosiale boligvirkemidler. Å skille ansvaret fra hjelperessursene vil svekke tilbudet til rusmiddelmissbrukerne.

Stoltenberg-utvalget skriver også: *"Flere kommuner har mangel på boliger, og ikke sjelden vil narkotikaavhengige som er i behandling, måtte bo i hybelhus eller boliger hvor de eksponeres for rus. I slike situasjoner blir det vanskelig å lykkes med behandlingen. Denne typen bosteder må avskaffes, og erstattes med varige boliger."*

Rusmiddelmissbrukere som er f. eks. i et rusfritt poliklinisk behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten, skal ikke gis et botilbud sammen med klienter som er i aktiv rus. Disse bør heller ikke tilbys oppfølgingstjenester eller polikliniske tjenester, ved et MO-senter der klienter i aktiv rus kommer for å spise og sove.

De fleste tungt belastede rusmiddelmissbrukere er imidlertid det meste av tiden i en aktiv rusfase med ustrukturert adferd som kan virke skremmende på andre mennesker. Mange av disse er ikke gode naboer og bør ikke integreres i vanlige bomiljøer. Dette er årsaken til at Oslo kommune dels drifter i egen regi, dels kjøper fra private, mer enn 600 plasser i ca 30 bemannede institusjoner av god materiell standard der det er høy toleranse på rusadferd og avvikende adferd.

Oslo har nylig gjort en kartlegging av boligbehovet hos personer med rusproblemer og psykiske problemer. Byrådet har i sitt budsjettforslag for 2011 avsatt midler til fremskaffelse av boliger blant annet til denne målgruppen.

Innsatte med narkotikaproblemer

15. Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold.

Oslo kommune støtter ikke forslaget om å overlate oppfølgingen av innsatte med rusproblemer til de foreslåtte MO-sentrene. Dette bør fortsatt være NAV/sosialtjenestens ansvar. Oslo kommune er enig i at en bedre oppfølging av disse klientene bør være en prioritert oppgave for kommunene fremover.

Oslo kommune er enig i at det bør satses mer på økt mulighet til § 12- soning og videre å satse på å bygge ut rusmestringsenheter i alle fengsler etter modell av for eksempel Stifinner'n.

Bruk av tvang

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

Tvang er kun akseptabelt der det er fare for liv og helse. Oslo kommune mener det er grunn til å se på regelverkene for tvangsbehandling av rusavhengige, slik at man sikrer at gjeldene regelverk blir enhetlig forstått, og at retningslinjene er så klare at det ikke skapes usikkerhet. Det sikrer tillit til behandlingsapparatet.

Tvang er et alvorlig inngripen i en persons liv, og bør i størst mulig grad bli enhetlig utøvd. Det er et alvorlig inngrep i et individs selvstendighet, og bruken av tvang bør begrenses.

Psykisk helse og rus

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

Oslo kommune støtter Stoltenberg-utvalget i at det må sørges for at psykiatrien tar i mot klienter med dobbeltdiagnose. Oslo kommune er enig i at det må arbeides frem en klarere oppgavefordeling og en felles forståelse på rusfeltet og psykisk helse slik at rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser gis best mulig behandling.

Egenandeler

18. Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.

Oslo kommune støtter forslaget og viser til at et enstemmig bystyre i 2003 advarte mot, at Rusreformen kunne medføre innføring av egenandeler i den polikliniske rusbehandlingen.

Behandling med legemidler (LAR)

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

Oslo kommune støtter forslaget, og mener det viktig at arbeidet med å redusere ventetiden til behandling prioriteres.

Oslo kommune er opptatt av en oppmykning av regelverket rundt LAR. Tilgangen til medisin må styres av behov.

Oslo kommune viser videre til at lavterskel utdeling av buprenorfiner er et viktig LAR lavterskeltilbud, som også bør prioriteres fremover.

Oslo kommune forutsetter at LAR-forskriften § 4 fortsatt skal gjelde, om at legemiddelassistert rehabilitering som hovedregel ikke skal være det første behandlingsalternativet som velges ved behandling av opioidavhengighet med mindre det etter den faglige vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet, og at det alltid foretas en konkret vurdering av andre tiltak enn legemiddelassistert rehabilitering. Tatt dette i betraktning, støtter Oslo kommune forslaget, og mener det er viktig at ar arbeidet med å redusere ventetiden til behandling prioriteres.

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

Oslo kommune støtter ikke dette forslaget. Oslo kommune har nesten 1200 klienter i LAR, hvorav ca 200 personer følges opp av spesialisthelsetjenesten i begynnelsen av behandlingen.

Det ville være svært uheldig at disse klientene skulle følges opp av MO-sentre som også skal fungere som lavterskel varmetuer for ca 3000 Osloklinter i aktiv rus. Oppfølgingen må gjøres i det ordinære apparatet slik som nå.

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

Oslo kommune avga slik høringsuttalelse til LAR- forskriften den 23.06.2009:

”Oslo kommune støtter hovedhensikten med den endrede forskriften som er å lage en lavere terskel for å komme inn i slik rehabilitering og en høyere terskel for å miste tilbudet....”

Oslo kommune mener at den individuelle behandlingen og oppfølgingen av klienter i LAR, bør være et faglig spørsmål basert på individuelle vurderinger av den enkelte klient.

Oslo kommune støtter forslaget.

Overvåket inntak av heroin i LAR?

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

Oslo kommune støtter ikke forslaget om et forsøksprosjekt der heroin inkluderes i LAR, men mener at tilstrekkelig behandlingstilbud av god kvalitet må etableres. En av de største utfordringene i dag er lange ventelister til LAR-behandling.

LAR er en substitusjonsbehandling, og klientene i LAR er ikke i rus når de er korrekt medisineret. De kan delta i rusfrie behandlingsprogrammer, få tillatelse til å kjøre bil, mv. Utdeling av heroin er vesensforskjellig fra øvrig LAR-behandling ved at klientene oppnår rus. Å inkludere heroinutdeling i LAR-behandlingen, endrer derfor dette prinsippet som er svært viktig for mange LAR-brukere.

Heroin har i motsetning til buprenorfin en kort virketid. For å unngå abstinenser må klientene som mottar heroin møte opp og injisere heroin minst 3 ganger daglig 7 dager i uken. I tillegg utdeles buprenorfin til bruk om natten. Et slikt opplegg kan bare følges av en liten gruppe heroinavhengige klienter med en relativt strukturert adferd. Fra et skadereduksjonsperspektiv er tiltaket derfor lite egnet.

Oslo kommune har i stede valgt å etablere et lavterskeltilbud basert på buprenorfin, for slik å kunne gi hjelp til de aller dårligst fungerende klientene som ikke klarer å komme inn i LAR på ordinær måte.

Med hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Morten Mjelve
sosialtjenestefjef

Godkjent og ekspedert elektronisk