

Stiftelsen Fransiskushjelpen
Enerhauggata 4
0651 Oslo

Oslo 03.01.2011

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsuttalelse om Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika.

Fransiskushjelpens gatetjeneste består av Sykepleie på hjul (SPH) og Fratello oppsøkende tjeneste (FOT). SPH er et oppsøkende, lavterskel helsetilbud som driver med skadereduserende og helsefremmende arbeid. FOT går oppsøkende i Oslo på kveldstid og tilbyr en samtale, følge til nødvendige tilbud, nærhet og et lyttende øre. Vår felles målgruppe er folk som tilbringer mye tid på gata, det vil si folk med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser og mennesker i prostitusjon. SPH deler blant annet ut rent brukerutstyr, stiller sår, veileder i injeksjonsteknikk, motiverer til mindre destruktivt rusbruk, drar på hjemmebesøk og leverer metadon ved sykdom hos brukerne. Sammen med FOT bidrar vi til økt sosial inkludering og mindre stigmatisering for rusavhengige. I 2010 registrerte SPH over 3300 kontakter med menn og kvinner i Oslo og vi regner med at FOT har kontakt med omtrent halvparten så mange. Kontaktene kan være alt fra et hei og et vink til lange dager med følge til NAV, hjemmebesøk, sårstell, innleggelser, til og med livreddende tiltak ved overdoser og suicidalitet. De aller fleste vi møter har et blandingsmisbruk og felles for dem er at de er på gata. Basert på våre kunnskaper om Oslo og erfaringer fra våre gater, har vi utarbeidet en høringsuttalelse om Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika.

Mvh

Britta Hjertaas
Organisasjonsleder

Johanna Lundreng
Leder i Sorg-og Besøktjenesten

Jenny Sandaker
Leder i Sykepleie på hjul
og Fratello

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

Slik situasjonen er i dag, ser mange rusavhengige på de heroinavhengige som "heldige" fordi de får bruke sprøyterommet, som også tilbyr feltpleie. Vi mener det er svært viktig at sprøyterommet åpner opp for andre typer bruk. Det må være en plass for de som bruker amfetamin, både alene og blandet med for eksempel heroin. I tillegg må man akseptere at folk blander tabletter i skuddet sitt-spesielt fordi denne typen bruk ofte fører til abscesser og andre helseplager for brukerne. Vi mener at det derfor er spesielt viktig at disse brukerne har lett tilgang til feltpleie-for eksempel ved å få adgang til sprøyterommet. Det må også åpnes for at man kan røyke heroin, som er en mye mindre skadelig måte å bruke stoffet på. I tillegg mener vi at det må være flere sprøyterom, for eksempel der det første sprøyterommet ble opprettet, i Tollbugata 3. Der er det også en eksisterende feltpleie i dag. Også ved Ila hybelhus kunne det med fordel opprettes et sprøyterom i forbindelse med deres feltpleie. Dette vil bidra til å flytte en del av rusmiljøet ut fra sentrum, noe som ser ut til å være på agendaen for både politi og politikere i dag. Hvis MO - sentere skal opprettes med sprøyterom som en del av sitt tilbud, mener vi at det burde ligge fysisk adskilt fra de andre tilbudene som dreier som om rusfrihet og avrusning.

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

SPH og FOT tilbringer mye tid der hvor det foregår en del bruk og omsetning av narkotika. Dermed får vi også et innblikk i hvordan politiet velger å opprettholde ro og orden i forhold til denne gruppa. Vårt inntrykk er at mye av innsatsen er rettet mot brukermiljøet, noe som vi mener blir feil fokus. Omsetning av narkotika er et problem som håndheverne av loven skal ta seg av, avhengighet av narkotika er noe som helsepersonell må ta seg av. Det finnes flere ideelle organisasjoner som jobber med å gi denne gruppa et nødvendig helsetilbud, som deler ut rent brukerutstyr og informerer om smitteforebygging. Politiets innsats burde ikke være rettet mot verken brukere eller tilbydere av denne typen tjenester.

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

Å samle tverrfaglig ekspertise, som lege, sosionom, sykepleiere, jurister (som for eksempel gatejuristen), tannpleie og fysioterapeut under ett forvaltningsnivå er et viktig løft for brukerne. OG det er noe ideelle organisasjoner har gjort flere steder. Det er viktig at man kan beholde og videreutvikle evnen til å se brukerne som unike individer og dermed også beholde bredden i tilbudet. Vi vil framheve Kirkens bymisjons 24sju og Frelsesarmeens feltpleie i Urtegata som gode eksempler på utgangspunkt for MO - sentre. På 24sju har de blant annet sykepleiere, psykiater, rom for sårstell, hvilestoler for akuttovernatting, dusj, litt klær, mat og ikke minst: bred tverrfaglig kompetanse innenfor rus og psykiatri. I urtegata har de blant annet feltpleie med lege to ganger i uka, sosionom, sykepleiere, psykolog, dusj, klær (og mulighet for å vaske egne klær), mat, matpakker og bred tverrfaglig kompetanse i rus og sosialproblematikk. Et MO-senter burde ha alt disse har, samt svært god oversikt over de frivillige tilbudene som finnes. Vi ser på det som en god løsning at sentrene som skisseres i rapporten skal være et lavterskel

ressurssenter hvor folk kan få hjelp til å dekke akutte behov, men etter hvert som man ønsker tilbud med "høyere terskel", som avrusning, bolig, behandling og lignende, kan MO-sentrene bidra til å føre brukeren over i de eksisterende.

Samtidig er vi noe skeptiske til tanken på å introdusere enda en person som skal koordinere disse tjenestene, som omtales som los i rapporten. Alt for ofte forsøker vi å få tak i forskjellige typer konsulenter og opplever at de er nærmest umulige å få tak i. Enten er de opptatt med noe annet, eller så er de sykemeldte. Som en løsning på en koordineringsutfordring, foreslår vi en vanntett individuell plan (IP). Vi mener at om man oppretter en form for sentralisert register for IP-er, kan alle hjelpetjenester som er aktuelle, få innsyn i denne. Dette vil gi brukeren en god koordinering av tjenester og man får lettere informasjonsflyt. I tillegg unngår man "shopping" av tjenester. Se for eksempel at en bruker allerede har bolig i for eksempel Tønsberg og kommer til MO-senter i Oslo og ønsker akuttovernatting. Da kan de gå inn i IP-registeret og se at han har bolig, hvem som er ansvarlig for oppfølging, transport og lignende. Det samme vil gjelde ved soning av straffer, innleggelse i sykehus og andre situasjoner hvor informasjonsflyten ofte er dårlig. En IP må utformes når brukeren er i en så ryddig som mulig livssituasjon og det burde inngå i planen at eventuelle forandringer skal gjøres under lignende forhold. I IP-en kan også ideelle organisasjoner inngå, med tanke på forskjellige "fadderordninger" hvor man følger opp ved rusfrihet, eller som SPH ofte gjør: hjemmesykepleie i belastede boliger hvor kommunal hjemmesykepleie ikke går inn.

Punkt 12: Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende.

I en IP må det avklares hvem som har krav om hvilken informasjon, sånn at pårørende til en hver tid er underrettet om hvor brukeren er i behandlingsapparatet, eller om han eller hun har falt utenfor (hvis brukeren samtykker, selvfølgelig).

Punkt 14: Gjøre en trygg bosituasjon til en del av behandlingen

Å ha en bolig som passer for ens behov, øker livskvaliteten. I dag finnes det forskjellige akutttilbud med overnatting som fokuserer lite på livskvalitet og økt rusmestring. Vi ønsker å fremheve Dalsbergstien som et godt eksempel på et tilbud som er ute etter å hjelpe brukerne. Der kan de få Subuxone relativt raskt. De fokuserer også på å være mer enn et oppbevaringssted, de oppfordrer for eksempel brukerne til å delta i aktiv på dagtid og andre tilbud. Dalsbergstien er et botilbud som fungerer godt for de som har relativt god boevne. Så finnes det andre tilbud som Flexbo og Schandorffsgate. Flexbo er noen småhus utenfor Oslo sentrum hvor brukerne får stor grad av frihet. De får leve i fred, i aktiv rus og var selv med på å sette rammene for disse husene. I SPH har vi hatt kontakt med beboere i Flexbo som nå etterlyser tettere kontakt med helsepersonell. Vi har på en ubyråkratisk måte kunnet hjelpe dem med sårstell i hjemmene, rent brukerstyr og oppfølging etter sykehusinnleggelse. Dette er et godt eksempel på hvordan skadereduserende lavterskeltilbud øker brukernes og toleranse for økt kontakt med hjelpeapparatet, økt rusmestring og bedret livskvalitet. Schandorffsgate er en forsterket bolig for folk med dobbeltdiagnoser og de gjør en svært god jobb med å tåle de ingen andre institusjoner tåler. De sikrer at de sykeste av de syke likevel har et sted å gå til og et sted å bo. Grunnen til å fremheve disse tilbudene er at de gjør en så viktig jobb med å fylle hullene det nåværende byråkratiet etterlater seg. Både beboerne i Flexbo og i Schandorffsgate

passer svært dårlig inn på for eksempel Dalsbergstien. Denne pluraliteten må opprettholdes og videreutvikles, alt i den økte livskvalitets navn. Samarbeid mellom bydeler og ideelle organisasjoner kan gi brukerne en god bolig, med god booppfølging. Som for eksempel fadderordninger, hjemmesykepleie, tilsyn i bolig og andre hjelpetjenester.

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

Psykiatrien har fått et voldsomt løft de siste 10 årene, uten at rusomsorgen har fått bli med på dette i stor grad. I helsevesenet er det en evig diskusjon om pasienttilhørighet: hva som er rus og hva som er psykiatri. Dette er en svært lite fruktbar diskusjon. Vi mener at disse problemene henger uløselig sammen og kan ikke se hvorfor ikke disse fagområdene kan slås sammen - med rusbehandling som en del av psykiatrien. Man må forhindre at pasienter blir kasteballer mellom somatikk, psykiatri og rus. I psykiatrien burde man kunne ta imot pasienter med behov for avrusning og klare å følge opp deres behov for psykisk støtte og hjelp, akkurat som man følger opp pasienter med "ren" psykiatriproblematikk.

Punkt 21: Baser behandling på tillit framfor kontroll; reduser bruken av urinkontroller.

Det er kun i rusbehandling at man straffer pasienter for å være syke. Man ville aldri tatt medisinen fra en med diabetes type 2 bare fordi han eller hun spiste sjokolade. Det må man slutte med i rusbehandling. Bruk av rus under behandling må føre til økt kontakt med hjelpeapparatet, ikke utestegning og fjerning av medisiner. Det er ved russprekker at vi som hjelpeapparat har mislyktes. Vi må tørre å gå i oss selv og se på hva som kan bedres fra vår side samtidig som ansvaret må ligge der det hører hjemme: hos pasienten selv. Ressursene som nå går til urinkontroller kan isteden gå til økt oppfølging i vanskelige perioder. Å gå inn i et maktforhold hvor hjelperen også straffer, fører til uønsket distanse og destruktive roller mellom bruker og hjelper. Rusbehandling bør være preget av fleksibilitet og raushet, ikke straff og moralisme.

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

Når det gjelder å bruke heroin som en del av rehabilitering, er det viktig å presisere at dette ikke er en gruppe som da på noen måte har blitt gitt opp. Heroin må gis til gruppen som ikke passer inn i metadon- og subutex/subuxonebehandling. Vi mener at man må prøve alt for å hjelpe personer ut av livssituasjoner de ikke ønsker å være i. For oss er ikke dette et spørsmål om "rusavhengighet" som en motsetning til "frihet", men hvordan man kan øke livskvaliteten med de midler vi har tilgjengelig. Det er gjort svært mye forskning på denne typen behandling og vi mener vi kan våge å gjøre det Danmark har gjort; å etablere dette som en permanent ordning, selvfølgelig med evaluering og justeringer, men ikke som prosjekt.

Konklusjon

Alt i alt har vi store forhåpninger til det som skjer etter Stoltenberg rapporten. Rusavhengighet krysser sosioøkonomiske grenser, man finner det i alle aldre og med alle typer livshistorier. Behandlingen må være tilpasset dette. Man må skille mellom mål om rusfrihet og mål om skadereduksjon, og så ha i bakhodet at skadereduserende tiltak gir økt sosial inkludering, mindre destruktivt rusbruk og økt livskvalitet. Vi fremhever det vi ser på som spesielt viktig i rapporten:

- Utarbeidelse av individuell plan, med et sentralisert register. Avklaring av rollefordeling, ansvar og behov. Det må også være avklart hvem som regnes som pårørende og hva slags informasjon de skal få. En IP skal sikre god, helhetlig og tverrfaglig og –etatlig informasjon.
- Rus og psykiatri burde ikke sees på som to uavhengige størrelser, men som noe som uløselig henger sammen og behandles deretter.
- Ja til heroinassistert rehabilitering for grupper som ikke profiterer på annen substituttbehandling.
- Koordinerte tjenester i hjemmet for brukerne, både hjemmesykepleie, fadderordninger og sosiale aktiviteter. Ideelle organisasjoner får en sentral plass.

Ingen offentlige tjenester kan gi brukerne alt hva de trenger. Deres mangfold må ivaretas av et like mangfoldig tilbud.