

## Stiftelsen KRAFT: - Reformpause for rusfeltet!

Her er våre kommentarer fra Stiftelsen KRAFT til Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika og utvalgets forslag:

### HOVEDKOMMENTAR

Stoltenbergutvalget foreslår i realiteten en ny struktur for rusfeltet. Konsekvensen av dette vil være en ny reform, få år etter rusreformen som trådte i kraft den 1. januar 2004. KRAFT er overrasket over de svake og delvis manglende referansene til faglig begrunnelse for utvalgets resonnementer og anbefalinger. Flere av forslagene er løst skissert, uten konkret og praktisk angivelse av den praktiske og konkrete gjennomføringen.

Stiftelsen KRAFT avviser utvalgets forslag om etablering av nemnder og MO-sentre. Mer enn penger og nye omorganiseringer, anbefaler KRAFT en reformpause for rusfeltet i Norge. Fokus må heller være effektivisering, kompetanseheving og kunnskapsforankring innenfor den struktur som ble etablert med rusreformen fra 2004.

Samhandlingsreformen som ble behandlet av Stortinget våren 2010 utvikles nå med forslagene til ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Stoltenbergutvalgets temaer og stortingsmeldingen i 2011 om rusfeltet, bør på en mye tydeligere måte integreres med disse oppfølgingene av samhandlingsreformen.

Stoltenbergutvalget mangler referanser til FNs narkotikakonvensjoner. Disse konvensjonene må etter vår vurdering være viktige rammebetingelser for norsk narkotikapolitikk.

KRAFT avviser flere av utvalgets forslag, som vil innebære legalisering av narkotika i Norge - i konflikt med FNs narkotikakonvensjoner. Vi sikter her til forslagene om brukersteder og behandling med heroin. Dessuten avviser vi forslagene reaksjonsformer for bruk og besittelse, selv om vi har nyansert syn på dette.

Forøvrig slutter Stiftelsen KRAFT seg helt til utvalgets enhetlige understrekning av at rusbehandling krever en samlet tverrfaglig innsats med helhetlig behandling og tett og langsiktig individuell oppfølging.

Formålet med reguleringen og organiseringen av rusfeltet i Norge, må være å sikre brukerne og pasientene det best mulige faglige tiltaket, uavhengig av de økonomiske incitamentene knyttet til hvilke aktører som bærer de forskjellige kostnadene.

Stiftelsen KRAFT anbefaler at norsk narkotikapolitikk må være konsistent. Vi advarer mot en miks av mange forskjellige strategier der de forskjellige tiltakene undergraver hverandres effekt.

### STIFTELSEN KRAFT

Først en kort presentasjon av Stiftelsen KRAFT. Forkortelsen KRAFT står for Kristent Rehabiliterings Arbeid og Forebyggende Tiltak. Stiftelsen ble etablert i januar 1994, da flere selvstendige rustiltak så behovet for å stå sammen. KRAFT representerer en fellesfunksjon som de deltakende virksomhetene har gått sammen om å etablere. Vedtektene fastsetter følgende formål:

- Gjensidig støtte
  - Å utnytte og utvikle ressurser og kompetanse mellom de deltakende virksomhetene
  - Å gi råd og støtte til drift og nyetableringer av aktuell virksomhet

- Felles profilering
  - Å profilere arbeidet i de deltagende virksomhetene for å skape økt gjennomslagskraft
- Økonomi
  - Å sikre økonomiske midler til fordeling blant medlemmene
  - Å gi råd for å styrke økonomistyring og ressursforvaltning blant medlemmene

Stiftelsen KRAFT har følgende deltakere i januar 2011:

- Agapetunet
- Bergen Kontakt Senter
- Lundevann krise- og omsorgssenter
- Maritastiftelsen
- Stiftelsen P22
- Stiftelsen Shalam
- Sørums Gård Rehabiliteringssenter

Vi har for tiden til behandling søknad om opptak i KRAFT fra ytterligere rustiltak, og forventer at Stiftelsen KRAFT i tiden fremover vil samle flere rustiltak med kristen verdigrunnlag enn det vi gjør i dag.

## **FN - NARKOTIKAKONVENSJONER**

Norge har ratifisert FNs konvensjoner om narkotika. Etter det vi forstår, så forutsetter disse konvensjonene at all bruk, besittelse, omsetning og andre former for ulovlig omgang med narkotiske stoffer og legemidler skal være forbudt. KRAFT finner ingen norske oversettelser av de aktuelle konvensjonene, men organisasjonen "Europeiske byer mot narkotika", ECAD, har publisert svenske oversettelser av de aktuelle konvensjonene:

- FN konvensjonen om narkotika fra 1961
- FN konvensjonen om narkotika fra 1971 med rettelser og tillegg fra 1972
- FN konvensjonen om narkotika fra 1988

Stoltenbergutvalgets rapport burde ha tydelige referanser til de aktuelle konvensjonene, hvilke relevante rammebetingelser som følger av disse, og hvilke diskusjoner og avklaringer disse medfører behov for i Norge dersom utvalgets anbefalinger skal gjennomføres.

Norge er f.eks kritisert av FNs internasjonale narkotikakontrollråd for innføringen av sprøyterom, uten at de konfliktlinjer som diskuteres i dette spørsmålet - og som vil bli ytterligere utløst av utvalgets anbefalinger - er synliggjort og tilrettelagt for den videre debatten om utvalgets anbefalinger.

Det er en svakhet ved rapporten om narkotika, at det ikke presenteres noen referanse til - definisjon av - eller debatt om - begrepet narkotika. Forskrift om narkotika § 3 har FN-konvensjonen er grunnlag for narkotikadefinisjonen.

## **DET ENKELTE FORSLAG**

Vi har følgende kommentarer til de enkelte forslagene fra Stoltenbergutvalget:

*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.*

Kommentar fra KRAFT:

Vi er naturligvis ikke skeptiske til at internett og skolene skal være arena for forebygging mot narkotika. Forslagene virker likevel noe løse og lite konkrete. Deltakende virksomheter i Stiftelsen KRAFT har mistet offentlige tilskudd med begrunnelse at tiltak skal være kunnskapsbaserte og evaluerbare. Samme krav må settes til utvalgets forslag.

Kunnskap om hvem som løper størst risiko for å etablere avhengighet til narkotika, antas å avdekke at disse allerede i skolealder kommer uheldig ut på flere målbare sosiale forhold. Effektiv forebygging må ikke være en skoleøvelse i flinkhet, men tiltak som effektivt inkluderer og skaper mestring for de mest sårbare elevene.

*Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika*

3. *Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret.*
4. *Etabler tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika.*

Kommentar fra KRAFT:

KRAFT slutter seg til at en meningsfull reaksjon overfor unge personer som ennå ikke er etablerte misbrukere, må være mer sammensatt enn bare å gi en strafferettslig reaksjon som en bot eller en dom. På den annen side kan nettopp den strafferettslige reaksjonen - sammen med andre typer psykososiale tiltak, være en effektiv brems mot videre ruskarriere. Vi avviser ikke at oppfølging og tverrfaglig samarbeid kan ha større effekt enn straff.

Dette er ikke nye tanker. Også med dagens regelverk kan påtalemyndigheten vurdere hensiktsmessigheten med forskjellige straffereaksjoner. Vi mener denne fleksibiliteten bør videreføres, fremfor å endre straffeloven til fordel for legalisering av narkotikabruk. Det vises til øvrige kommentar om FNs narkotikakonvensjoner.

Vår forståelse er at rusavhengighet og barn / ungdommers inntreden i og senere etablering av rusavhengighet henger sammen med dype og komplekse psykologiske, sosiale, økonomiske og muligvis genetiske strukturer og forhold som tilrettelegger for rusavhengighet. Mottiltakene mot disse strukturene må ha samme kraft og styrke for å gi effekt. Med dette perspektivet bør forslag som skal realiseres ha mye tyngre faglig forankring og begrunnelse enn det som preger utvalgets forslag.

Stiftelsen KRAFT avviser forslaget om å etablere tverrfaglige nemnder. De formål og funksjoner som utvalget vil legge til nemndene, er allerede ivaretatt ved den struktur rusfeltet har i dag. Vi sikter her til helseforetakenes vurderingsteam og utrednings- og koordineringsenheter. På kommunalt nivå bør sosialtjenestens ansvar, med tilhørende spesialkompetanse i fagteam for rus og psykiatri, understrekes. Koordineringen av tiltak ved bruk må ansvarsgrupper og individuell plan bør også understrekes og videreutvikles. Dersom dagens etablerte aktører i rusfeltet ivaretar sine oppdrag best mulig, så vil de forslag utvalget fremmer være godt ivaretatt.

I KRAFT er vi skeptiske til videre utbygging av et rusbyråkrati. Fokuset bør heller være effektivisering og evaluering av måloppnåelsen i det etablerte behandlings- og omsorgsapparatet for rusavhengige, innenfor helseforetak, NAV, kommunene, kriminalomsorgen og frivillig sektor.

*Fra sprøyterom til brukersteder*

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

*Åpne bruker- og omsetningssteder*

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

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

Kommentar fra KRAFT:

Stiftelsen KRAFT kan ikke se gode argumenter for videre utbygging av ordningen med sprøyterom. Endringen fra sprøyterom til brukersteder er lite problematisert av utvalget. Vi savner synliggjøring av diskusjonene med internasjonale organer som FN og ECAD om etableringen av sprøytrørom.

Balansepunktet mellom skadereduksjon og verdighet for den rusavhengige og en praktisk legalisering av narkotika er ikke problematisert, selv om dette åpenbart er viktige avveininger.

Slik vi forstår tilgjengelig statistikk, så øker ikke omfanget av narkotikamisbruk i Norge. Problemet er betydelig, men antakelig ikke i vekst. Vi er bekymret for hva effekten kan bli dersom det nå skal gjennomføres store og eksperimentelle reformer både i behandlingsapparatet og i lovgivningen og reguleringen av narkotika.

Vi slutter oss helt til utvalgets vurderinger knyttet til å begrense tilgjengeligheten av narkotika. Vi forstår utvalget slik at åpne bruker- og omsetningssteder ønskes avvirket. Samtidig er det uklart hvordan utvalget mener at narkotika skal gjøres tilgjengelig i kontrollerte former. Skal den norske stat etterspørre narkotika på det internasjonale markedet i konkurranse med illegale og kriminelle aktører?

Vi vurderer det som naivt å tro at det kan håndheves en grense mellom omsetning i regi av personer som selv er rusavhengige og profesjonelle selgere. Utvalgets forslag vil i praktisk legalisere narkotika. KRAFT mener at FNs narkotikakonvensjoner må være rammeverk om Norges narkotikapolitikk på dette området.

Stiftelsen KRAFT støtter utvalgets forslag 7 mot omsetning av narkotika på internett.

KRAFT vil ta opp et relevant tilleggsmoment under dette punktet. I juli 2008 skrev den amerikanske diplomaten Thomas Schweich en kronikk i NY Times der han dokumenterte hvordan den amerikanske presidentens strategier mot opiumsproduksjon i Afghanistan ble motarbeidet av den nasjonale regjeringen og av deler av den militære organisasjonen. KRAFT mener dette er viktig informasjon. Den aktuelle opiumsproduksjonen havner på det illegale markedet også i Norge. Det er uakseptabelt dersom opiumsproduksjon som anvendes av rusmiddelavhengige i Norge blir produsert og omsatt i opprinnelseslandet under beskyttelse av den militærkoalisjonen som Norge deltar i.

KRAFT skrev til regjeringen den 19. september 2008 om dette, men har ikke mottatt svar. Temaet er relevant for oppfølgingen av forslagene fra utvalget, og vi oversender derfor kopi av vårt brev.

*Behov for mer kunnskap*

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

Kommentar fra KRAFT:

Vi støtter dette forslaget fullt ut!

Som et tilleggsmoment vil vi peke på at det gis et betydelig bidrag til norsk rusbehandling og rusomsorg fra frivillig sektor. Det frivillige bidraget finansieres ved sammensatte ordninger, av statlige grunntilskudd, kommunale tilskudd, og direkte betaling for de tjenester som leveres. Innenfor helseforetakene har vi sett at det finnes midler til å gjennomføre faglig evaluering av helseforetakets tiltak og tiltakene som har avtale med helseforetaket.

Slik evaluering er kostbar å gjennomføre. Frivillige som har avtale med kommunene har ikke råd til å iverksette slik forskningsbasert evaluering av egne tiltak, og mister dermed muligheten til kunnskapsbasert dokumentasjon av eget tiltak, og evt avdekking av endringspotensiale.



Helsedirektoratet avsluttet i 2010 en evaluering av en betydelig tilskuddsordning knyttet til statsbudsjettets kap 763 post 71 - tidligere kap 761 post 70. Konklusjonen var at ordningen ga myndighetene den effekt som er intensjonen med ordningen. Vi utfordrer staten å bidra til at enkelte tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten får mulighet til å gjennomføre faglig kompetent evaluering av egne tiltak.

### *Behandling og oppfølging*

#### *Mottaks- og oppfølgingsentre*

9. *Etabler mottaks- og oppfølgingsentre 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.*
13. *Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå.*

#### Kommentar fra KRAFT:

Stiftelsen KRAFT slutter seg til de innledende kommentarene på side 24 i dette kapitlet, om fraværet av økonomiske insentiver til å sikre langsiktig og sammenhengende behandling. Dette er en utfordring som må løses. Vi mener imidlertid at løsningen bør finnes innenfor den etablerte strukturen i rusfeltet.

KRAFT avviser etablering av mottaks- og oppfølgingsentre med funksjoner og omfang som utvalget foreslår. Vi frykter at en slik ny struktur vil pulverisere ansvaret og redusere oversikten i behandlingsforløpet. Norge har uansett ikke flere fagpersoner og fagmiljøer enn de vi har. Vi kan ikke organisere oss vekk fra disse realitetene.

Etableringen av MO-sentre vil bety konkurranse mellom dagens rustiltak innen helseforetak, kommuner og frivillig sektor, om hvem som skal bli slike senter. Det er ikke behov for enda en ny aktør i dette feltet.

Etter rusreformen så er strukturen i rusfeltet godt etablert. Med lov om sosiale tjenester, spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, kommende lover på bakgrunn av samhandlingsreformen og tilhørende forskrifter, rundskriv og retningslinjer - er rusfeltet i Norge meget godt regulert.

Det kan umiddelbart synes underlig at en frivillig og ideell aktør som Stiftelsen KRAFT avviser utvalgets forslag om MO-sentre med alle de gode formålene og funksjonene som utvalget legger til MO-sentrene. Samfunnets og borgernes problemer knyttet til rusavhengighet er imidlertid et resultat av problemets natur - at narkotikabruk etablerer en meget sterk avhengighet som det ikke finnes enkle grep mot.

I stedet for nye nemnder og MO-sentre, er det behov for et kunnskaps-, kompetanse- og effektivitetsløft for hele rusfeltet. Dette bør finnes sted innenfor dagens struktur. Etablering av MO-sentre som beskrevet av utvalget vil bety en helt ny rusreform - før dagens struktur er godt implementert. Rusfeltet har nå behov for en reformpause.

Utvalget lanserer koordinatorfunksjonen som vesentlig faktor ved MO-sentrene. KRAFT mener at dette er en funksjon som allerede med dagens kommunale ansvar på rusfeltet bør legges til en dedikert person for hver enkelt bruker i hver enkelt kommune. Det anbefales allerede i dag at kommunene har en koordinator med overblikk over det samlede tjenestetilbudet til brukere innfor helse- og omsorgstjenesten. Vi forstår at dette også omfatter rusmiddelavhengige. Med samhandlingsreformen og de oppfølgende lovene som er under arbeid, har vi forstått det slik at det koordinerte tiltaket overfor brukeren skal presiseres enda tydeligere.

Ansvarsgrupper som etableres skal ha en koordinator. Etablering av MO-sentre med koordinatører, slik utvalget foreslår, vil svekke presiseringen av det ansvaret som påhviler norske kommuner. I stedet for mer samordnede, koordinerte og effektive tiltak, vil resultatet bli ansvarspulverisering og kostnadsekspløsjon til rusbyråkratiet.

Enkelte momenter som utvalget peker på kan vi slutte oss til, uten at det krever etablering av MO-sentre. Forslag nr. 12 om god informasjon og tett kontakt med pårørende er eksempel på dette. Stiftelsen KRAFT er opptatt av dette, og oppgraderer for tiden våre deltakende virksomheters kompetanse innen kontakt med pårørende, særlig barn.

Som oppfølging av forslag 12 vil vi anbefale prioritering av tiltak som "Voksne for barn", "pårørende kompetanse" og "Møteplass". Et kompetanseløft i tråd med vår anbefaling, må innebære at pårørendeperspektivet understrekes og informeres til alle fagpersoner - herunder utviklingen i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Opptrappingsplanen for rusfeltet, som videreføres til 2012, har gode resonnementer om tema pårørende.

#### *Bolig og aktivitet*

##### *14. Gjør en trygg bosituasjon til en del av behandlingen*

Kommentar fra KRAFT:

KRAFT slutter seg til vurderingene av betydningen av gode bo- og oppfølgingstilbud. Som nevnt ovenfor kan vi ikke se at dette er avhengig av etableringen av MO-sentre.

#### *Innsatte med narkotikaproblemer*

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

Kommentar fra KRAFT:

KRAFT slutter seg til vurderingene om rusavhengige som er innsatte i norske fengsler. Soning i institusjon jf soningsgjennomføringsloven § 12 kan antakelig benyttes i større utstrekning enn i dag.

KRAFT peker på at det finnes rusinstitusjoner utenfor spesialisthelsetjenesten som kan være gode alternativer for slik soning etter § 12. Noen steder benyttes dette aktivt, men det er også eksempler på at kriminalomsorgen konsekvent velger institusjoner under helseforetak av hensyn til det økonomiske insitamnet.

#### *Bruk av tvang*

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

Kommentar fra KRAFT:

Det hadde vært av stor interesse med grundigere utredning av temaet tvang. En mer inngående presentasjon av referansen til Berglund & Gerdners rapport fra 2010, ref. 52, er av interesse. KRAFT har forøvrig ikke videre kommentar til dette tema.

#### *Psykisk helse og rus*

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

Kommentar fra KRAFT:

Også på dette punkt avviser vi lanseringen av MO-sentre, fordi dette kun vil komplisere og byråkratisere den allerede etablerte strukturen for behandling av rus og psykiske sykdommer.



### *Egenandeler*

#### *18. Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet*

Kommentar fra KRAFT:

KRAFT har ikke innvendinger mot at rusmiddelavhengige fritas fra egenandeler. Vi nevner likevel at enkelte tiltak knyttet til KRAFT har erfart at brukere gjerne kan betale en liten sum for tjenester de mottar. F.eks betaler brukere ved Maritakafeen i Oslo sentrum et lite beløp for mat på kafeen. Dette understreker brukerens verdighet.

Dersom rusmiddelavhengige skal fritas for egenandeler, mens andre kronisk syke må betale egenandeler opp til egenandeltaket, kan det bli behov for en prinsippdiskusjon om hvorfor rusmiddelavhengige skal unndras samme krav til å bidra. Dette er imidlertid ikke en avsluttet vurdering fra vår siden.

### **TANNHELSE**

Tannhelse er et undervurdert helsetema. Vi kommenterer derfor dette momentet fra utvalget særlig.

Dagens regler vil antakelig oftere enn dagens praksis, åpne for stønad til tannbehandling til rusmiddelavhengige. MO-sentre er irrelevant som nødvendig tiltak for å sikre disse rettighetene bedre. Vi ser imidlertid at det antakelig kan gis bedre rådgivning til rusmiddelavhengige om hvilke muligheter de har for å motta stønad til tannbehandling.

Tannbehandling med offentlig dekning kan dette enten finne sted etter vedtak ved den kommunale sosialtjenesten, eller det kan dekkes av folketrygden, etter tannklinikkenes delegerede vurderingsmyndighet.

Vårt inntrykk er at nye regler i folketrygden ikke er godt nok kommunisert til rusfeltet. Folketrygdlovens § 5-6 hjemler folketrygdens stønad til tannbehandling. Tilhørende forskriften lister opp 14 tilstander / diagnoser som gir rett til stønad til tannbehandling. Rusavhengighet er ikke blant disse tilstandene, men tilstand 10 - *munntørrehet* - og tilstand 14 - *manglende evne til egenomsorg* - bør i mange tilfeller utløse rett til stønad.

Det er økende forståelse for tannhelsens betydning for den generelle helsesituasjonen. Dårlig tann- og munnhygiene gir risiko for et mer omfattende sykdomsbilde. KRAFT understreker derfor vår tilslutning det anliggende som Stoltenbergutvalget viser ved å ta opp tannhelseproblematikken.

En av de deltakende virksomhetene i KRAFT sier i den interne høringen i KRAFT til utvalgets rapport, at dagens regler gjør det veldig komplisert for rusavhengige som er i rehabilitering utenfor hjemkommunen sin å motta stønad til tannbehandling.

Det har også vist seg å være komplisert med tannbehandling, utover akutt behandling, for personer som soner i institusjon hjemlet i § 12 i soningsgjennomføringsloven.

Kristiansand fremheves positivt, med et eget offentlig rusteteam (tannlege og sekretær) på den fylkeskommunale klinikken, men dette forutsetter bostedsadresse i Kristiansand eller en av nabokommunene.

Problemen som påpekes begrunner vår usikkerhet på om folketrygdlovens § 5-6 med tilhørende forskrift benyttes i den utstrekning det etter vår vurdering er grunnlag for, til fordel for rusmiddelavhengiges tannhelse.

### *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*

Kommentar fra KRAFT:

KRAFT er overrasket over utvalgets anslag over kostnadene ved urinkontroller, og hadde gjerne sett referanse for anslaget på 200 - 250 millioner kroner til dette kontrolltiltaket for brukere i LAR. Dersom dette anslaget er korrekt, betyr dette en kostnad pr pasient i LAR på ca kr. 45.000,- i året til urinkontroller. Om dette stemmer så er vi enig med utvalget i at det må vurderes om dette er rett bruk av finansielle ressurser..

KRAFT er opptatt av å bevare tiltak i rusfeltet også for brukere som ønsker å være skjermet fra medikamenter benyttet i LAR. Vi vedlegger vårt brev av juni 2010 til Oslo kommune, i samarbeid med Evangeliesenteret.

Tema og argumentasjon i dette brevet er relevant som vår tilbakemelding også til Stoltenbergutvalgets forslag.

Statistikken viser at LAR er i sterk vekst:

År	Antall pasienter i LAR
1998	204
1999	719
2000	1074
2001	1503
2002	1984
2003	2431
2004	3003
2005	3614
2006	4166
2007	4542
2008	4913
2009	5383

Stiftelsen KRAFT er urolig for at den medisinskfaglige tilnærmingen skal overskygge den sosialfaglige. Vår oppfatning er at den tverrfaglige tilnærmingen er viktig både i spesialisthelsetjenesten og i det kommunale ansvarsområdet, som de fleste av oss tilhører. LAR og øvrig bruk av vanedannende medikasjon i behandlingen har en sterk økning og prioritering, mens de medikamentfrie behandlingsoalternativene er under press.

Rusfeltet må bevare et mangfold som omfatter institusjoner hvor brukerne ikke møter legemidlene i LAR eller andre vanedannende medikamenter. Dette mangfoldet har vi til nå oppfattet at har myndighetenes tilslutning. De siste årene registrerer vi likevel et press for at medikamentfrie tiltak skal åpne for LAR.

Institusjoner og tiltak som er reservert for pasienter / brukere utenfor LAR har foretatt dette valget med respekt for pasienter og brukere som får hjelp via LAR. Samtidig skjer det i respekt for rusmiddelavhengige som ønsker rehabilitering i et miljø uten metadon og / eller Subutex. Stiftelsen KRAFT vedtok i 2008 et verdidokument som presiserer at tiltak tilknyttet KRAFT ikke benytter vanedannende medikasjon. Fra vår side er dette ikke et angrep på mange gode behandlings- omsorgs- og rehabiliteringstiltak basert på LAR, men et forsvar for de pasientene og brukerne som søker seg til tiltak uten LAR. Mange rusmiddelavhengige hevder det er demotiverende å møte den type medikamenter i behandlingssituasjonen som de nettopp søker avstand til.

Hvis både helseforetakene og kommunene krever at samtlige rustiltak skal åpne for LAR, vil dette etter vår mening stride med mange gode ord forøvrig om brukermedvirkning og brukerstyring.

Stiftelsen KRAFT savner en synliggjøring av de betydelige kommersielle interessene som er engasjert for å fremme LAR. Sterke legemiddelaktører finansierer internasjonale nettverk, organisasjoner og fagkonferanser for forskning og behandling av rusmiddelavhengighet. Vi hevder ikke at dette er ulovlig eller i strid med etiske retningslinjer, men det er et moment som har vært helt fraværende i vurderingene av behandlingsstrategier.



Vi vedlegger derfor brev fra Stiftelsen KRAFT datert 27. juni 2008 til Helse- og omsorgsdepartementet om temaet. Brevet er etter det vi kan se fortsatt ubesvart.

*Overvåket inntak av heroin i LAR?*

22. *Åpne for et tidsbegrenset forsøk der behandling med heroin inkluderes i LAR. Et knapt flertall i utvalget går inn for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inngår i LAR.*

Kommentar fra KRAFT:

Stiftelsen KRAFT avviser forøk med heroinbehandling. Vi mener at det er behov for samling om vedtatte strategier, og er skeptisk til uklare strategier der forskjellige tiltak kommer i konflikt med hverandre.

Straffefrihet mot besittelse og bruk av narkotika - offentlige autoriserte brukersteder som skal erstatte dagens omsetningssteder - og heroinbehandling - vil i sum bety legalisering av narkotika i Norge.

Dette vil være et sosialt eksperiment som ingen kan forutse konsekvensene av. Vi viser igjen til vår etterlysning av referanse til FN-konvensjonene og Norges internasjonale forpliktelser - som f.eks en rekke norske byers deltakelse i ECAD. ECADs direktør Jørgen Sviden skrev følgende til KRAFT i desember 2008:

*Mycket förenklat kan ECAD:s uppgift sägas vara att förse medlemsstäderna med kunskap, med utgångspunkt i FN:s narkotikaresolutioner. ECAD har vare sig kunskap eller mandat att fördöma vissa metoder i arbetet mot narkotika, åtminstone inte så länge det finns belägg för att de gör verkan. ECAD kan ha synpunkter på metoder endast om de uppenbart strider mot FN-resolutionerna eller i övrigt mot en begränsning av illegal narkotika i samhället.*

*Injektionsrum eller legalförskrivning av heroin torde anses vara sådana metod som ECAD tar ställning emot. ECAD stöder denna uppfattning på följande omständigheter.*

*Åtskilliga auktoriteter med insikt i frågan om injektionsrum och legalförskrivning har emellertid ansett att detta strider mot FN-resolutionerna. Detta stöds av INCB, som vid ett flertal tillfällen har fördömt t.ex. injektionsrum, bl.a. då dessa strider mot FN-resolutionernas centrala princip, dvs. att användandet av droger skall begränsas till medicinska och vetenskapliga ändamål.*

*Såvitt ECAD erfar saknas evidens för att injektionsrum leder till en förbättring av narkotikaproblemet i något avseende. Inte sällan framförs argument som att det är ett sätt att mildra skadeverkningarna för en grupp som är behandlingsresistent och att kriminaliteten runt dessa begränsas. Någon evidens för detta har enligt ECAD inte presenterats. Detta sammantaget innebär att ECAD inte kan ställa sig bakom injektionsrum som ett sätt att arbeta mot narkotika. Injektionsrum synes snarare vara en kapitulation inför problemet, i brist på andra, ofta mer krävande men i längden mer effektiva metoder. Som framgår ovan strider t.ex. injektionsrum mot dess centrala principer men de återfinns likväl i några länder som undertecknat resolutionerna.*

*Ren heroin har inte alls de nedtrappande effekter som buprenorfin har. Såvitt jag känner till så är skälen till att ge heroin legalt inkl. sprutrum, inte att försöka bota en patient, utan att lindra lidande. Man har gett upp hoppet om att dessa missbrukare någonsin skall bli "bra". Man ger det för att få bort kriminalitet, minska dödlighet och alltså lindra lidande. Det jag menar med att mer krävande metoder i längden är mer effektiva är just detta; med strukturerade preventiva metoder kommer man längre. Likaså med t.ex. metadonbehandling kombinerat med andra åtgärder som terapi och ibland internering. Dessa är dock mer krävande; de är ofta dyrare på kort sikt och det kräver längre uthållighet. Effekterna kommer långt senare.*

*Vill man åstadkomma omedelbar effekt och kunna uppvisa positiva siffror snabbt kan man avkriminalisera narkotikabrotten. Då skulle politikerna i Norge kunna hävda att man faktiskt inte har någon*

*narkotikabrottslighet alls! Det är lite den vägen man är inne på när man pratar om legalförskrivning av heroin och sprutrum. Man ger upp samtidigt som man lutar sig mot utvärderingar som visar på snabba resultat i form av minskad dödlighet och lägre kriminalitet.*

KRAFT mener at synspunkter som fremkommer i det ECADs direktør her skriver, bør mane til varsomhet med eksperimentelle tiltak av den type Stoltenbergutvalget foreslår.

## **POLIKLINIKK - KORTTIDSBEHANDLING - LANGTIDSBEHANDLING**

Stiftelsen KRAFT kjenner ikke til at det foreligger noen offisiell definisjon på hva er langtidsbehandling, men regner med at det vil være døgnbasert behandling på mer enn 6 måneder.

Vårt inntrykk er at helseforetakene fjerner seg fra lange døgnbaserte behandlingsløp til kortere behandling og økt bruk av poliklinisk behandling. Det er ikke mye forskning som sammenligner korttids og langtidsbehandling, men noe finnes. Norske og internasjonale studier viser at lengre behandling gir bedre langtidseffekt.

Vi viser til Edle Ravndal (2007): "Evaluering av behandlingskollektiver i rusomsorgen: Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling?" Ravndal oppsummerte fire brukerevalueringer fra fire kollektiver de siste årene:

- Sollia (Fauske 2004)
- Hiimsmoen (Lone 2003)
- Tyrili (Frankmotunet): Rokkan & Brandsberg-Dahl 2003
- Skerfheimkollektivet (Rønningen & Øygard 2003)

Når det gjelder det å være rusfri ved oppfølgingstidspunktet viser etterundersøkelsene følgende resultat:

### **Skjerfheim-kollektivet:**

- 67 % rusfrie ved etterundersøkelsen som var fra 6 til 2 år etter behandling (Skjerfheimkollektivet)
- Jo lenge behandlingstid, desto flere som var rusfrie ved oppfølgingen
- Behov for ettervern

### **Hiimsmoen-kollektivet:**

- Henholdsvis 46 % og 37 % av elevene var rusfrie to og fem år etter behandling

### **Tyrili-kollektiver (Frankmotunet):**

- 46 % var rusfrie to år etter utskrivning
- 57 % var rusfrie fem år etter

### **Sollia-kollektivet:**

- 44 % var rusfrie fra ett til seks år etter behandling
- Det var en positiv sammenheng mellom tid i behandlingen og resultatene på sikt

Undersøkelsene viser betydelige endringer i rusbruk, arbeid og utdanning, bolig, familie og nettverk.

Sammenhengen mellom behandlingstid og utfall på sikt - tyder på at behandlingen er viktig, selv om evalueringen primært er resultatundersøkelser flere år etter, og ikke undersøkelser som måler effekt av behandlingen alene. Det er altså en relativt positiv oppsummering som viser at det er mulig å intervensere overfor sterkt mistilpasset ungdom.

En annen undersøkelse ved SIRUS og prosjektleder: Edle Ravndal omfattet 482 klienter i 20 ulike behandlingstiltak for "narkotikamisbrukere (både korttids- og langtidstilbud og polikliniske tjenester).

Hovedresultat:



- Klientene i døgntilrettelegging kunne på flere områder - blant annet reduksjon i bruk av rusmidler og kriminalitet - vise til den jevneste og beste utviklingen over tid
- Den største forbedringen fant sted hos de klientene som var lengst i behandling
- Klientene i studien tilbrakte i gjennomsnitt 408 dager i døgntilrettelegging. For noen av tiltakene er ettervern inkludert i tallet

Kort oppsummert viser både norske og internasjonale studier at jo lengre tid i behandling, desto bedre er langtidseffekten

(Bergmark et al. 1989, Hendriks 1990, Byqvist 1997, Hubbard et al 1997, Pedersen 1999, Gossop et al. 1997; 1998; 1999; 2001; 2002). Dette var også en av hovedkonklusjonene fra en omfattende gjennomgang av behandlingsstudier fra (Anglin & Hser 1990).

I stedet for at ansvaret for tiltak overfor pasienten / brukeren fordeles til forskjellige perioder av forløpet - så blir samtidighet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunenes tiltak mer vanlig. Vi er enige i Stoltenbergutvalgets poeng med stafettillustrasjonen på side 25 - at behandlingsforløpet må være godt koordinert, slik at det ene tiltaket avløser det andre uten brudd med risiko for tilbakefall. Samhandlingen krever imidlertid ikke bare gode overganger i forløpet mellom forskjellige tiltak langs en tidslinje. Tiltakene vil i fremtiden i større grad sammenfalle i tid. Denne samtidigheten må være et viktig element i samhandlingen og koordineringen.

For Stiftelsen KRAFT betyr dette at våre deltakende virksomheter gjennomfører egne programmer - deltar i ansvarsgruppen og gjennomføringen av tiltak som er nedfelt i individuell plan - og samtidig støtter brukeren i oppfølging av tiltak i regi av helseforetaket, f.eks støtte brukerens oppfølging poliklinikk ved DPS.

## KVALITET OG NASJONALE RETNINGSLINJER

Stiftelsen KRAFT mener at Norge har et meget godt utviklet lov- og forskriftsgrunnlag for forebygging, behandling, rehabilitering, omsorg og ettervern for rusmiddelavhengige. Den beste strategien for å oppnå bedre resultater er etter vår oppfatning ikke nye reformer, men bedre kunnskapsforankring og effektivisering innenfor dagens struktur.

Formålsbestemmelsene i aktuelle lover viser høye idealer som vi setter stor pris på. Et kunnskapsløft bør innebære en bred oppdatering og kompetanseheving innenfor disse lovene - med tilhørende forskrifter og veiledere - for alle ansatte i rusfeltet, Fylkesmannsembetets rusrådgivere, de regionale kompetansesentrene innen forebygging, og helseforetakenes kompetansemiljøer kan være viktige aktører i et slike kunnskaps- og kompetanseløft for rusfeltet.

Kvalitet er i søkelyset for helsetjenesten, og det er utarbeidet kvalitetsindikatorer på flere områder for å overvåke og dokumentere kvaliteten i tjenestene. I Norge ble kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten innført i 2003.

Nå arbeides det med et system for kvalitetsindikatorer som skal omfatte hele helsetjenesten, men KRAFT har ikke sett at det foreløpig er utarbeidet slike indikatorer for rusbehandling.

Vi savner tydelige nasjonale retningslinjer for hva som egentlig er rusbehandling, og som dermed er sykehusansvar, og hva som er rusomsorg - og som dermed er kommunalt ansvar.

Spørsmål om hva som er tverrfaglig spesialisert rusbehandling, besvares ikke med termer som medisinsk ekspertise, personaldekning etc. Det mest presise vi har oppfattet er at avdelinger som hører inn under helseforetak - eller som har avtale med et helseforetak - er definert som spesialisthelsetjeneste. Tiltak som står utenfor - uavhengig av kompetanse- og kvalitetsnivå - er tilsvarende utenfor spesialisthelsetjenesten.

Denne klarheten innebærer at det antakelig finnes kommunale rustiltak - og private / frivillige rustiltak utenfor spesialisthelsetjenesten - som likevel er på høyde med spesialisthelsetjenestens kvalitet og kompetanse.

Det bør etableres mer presis beskrivelse av faglig kompetanse, bemanning, antall konsultasjoner med lege, psykiatrisk sakkyndig, rusmiddelkonsulent etc, for de forskjellige tiltak i den samlede rusomsorgen.

I dag beskrives denne type kriterier best i anbudsdokumenter fra helseforetak og kommuner.

Når departementet skal vurdere den videre oppfølging av Stoltenbergutvalgets rapport, vil vi anbefale at dette behovet for tydelige og konkrete nasjonale retningslinjer for rusbehandling blir prioritert.

### SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen peker på at det er en manglende helhet i tjenester til pasienter og brukere med behov for langvarig oppfølging, herunder personer med rusmiddelproblemer. Samhandlingsreformen skal sikre at fremtidig helse- og omsorgstjeneste svarer på pasientenes behov for sammenhengende tjenester, og møter utfordringene knyttet til demografiske og epidemiologiske endringer. Etter at Stortinget behandlet innledningen til samhandlingsreformen i april 2010, har regjeringen v/ Helse og omsorgsdepartementet nå utarbeidet to lovforslag:

- Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Ny folkehelselov

Stiftelsen KRAFT mener at det er en risiko for uryddighet og uklarhet dersom Stoltenbergutvalgets rapport skal lede til en stortingsmelding i løpet av 2011 om rusfeltet - slik det varsles i statsbudsjettet for 2011 - samtidig som de to lovforslagene i samhandlingsreformen blir behandlet i departementet og senere i Stortinget.

Det naturlige vil være at Stoltenbergutvalgets rapport og den kommende stortingsmeldingen blir samordnet med den videre prosessen knyttet til samhandlingsreformens lovforslag.

Som det vil fremgå også av våre kommende høringsuttalelser til de to lovforslagene, er vårt hovedbudskap at det nå er behov for reformpause i rusfeltet.

Med vennlig hilsen  
STIFTELSEN KRAFT



Jan Harsem, informasjonsansvarlig og styreleder  
Tlf.: 95 771199

Torbjørn Matre, nestleder og daglig leder av P22  
(sign)

Vedlegg:

- Brev fra Stiftelsen KRAFT og Evangeliesenteret til Oslo kommune vedr. LAR-frie tjenestetilbydere
- Brev fra Stiftelsen KRAFT til regjeringen datert 19. september 2008 vedr. Afghanistan
- Brev fra Stiftelsen KRAFT til Helse- og omsorgsdepartementet datert 27. juni 2008 vedr. LAR

ADRESSE: Stiftelsen KRAFT - Holsts gate 6 - 0473 Oslo / Epost: [info@stiftelsenkraft.no](mailto:info@stiftelsenkraft.no)



Likelydende brev til:

- Politiske partier i Oslo bystyre v/ gruppeledere
- Oslo kommunes byråd for sosiale tjenester og rusomsorg Anniken Hauglie
- Rusmiddelstaten v/ direktør Lilleba Fauske
- Fylkesmannen i Oslo & Akershus / Helsetilsynet - Rusrådgiver - Juridisk avdeling
- Helse- og sosialombudet i Oslo
- Fagrådet innen rusfeltet i Norge
- Actis, rusfeltets samarbeidsorgan
- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon RIO

Oslo, 11. juni 2010

## Utelukkelse av LAR-frie tjenestetilbydere ved Oslo kommunes kjøp av tjenester til rusmiddelmissbrukere i 2010

Det presiseres at tema for dette brevet gjelder det politiske grunnlaget for Rusmiddelstatens kjøp av tjenester til rusmiddelmissbrukere for kontraktperioden 1. juli 2011 - 30. juni 2016. Vår henvendelse her berører altså ikke forhold som reguleres av prosedyrekravene til dialog mellom oppdragsgiver og mulige tjenesteytere, slik dette er regulert i lov om offentlige anskaffelser.

Rusmiddelstaten har presisert i konkurransegrunnlaget at samtlige tjenestekategorier som det skal foretas anskaffelse i må omfatte brukere med legemiddelassistert rehabilitering, og at tjenesteyter må kunne ivareta praktisk håndtering, oppbevaring og utdeling av legemidler (metadon / Subutex eller lignende).

I et utfyllende svar som er publisert på Rusmiddelstatens hjemmesider, understrekes det at tjenesteyter til enhver tid må kunne tilby plasser til brukere med legemiddelassistert rehabilitering innenfor det tilbudte volumet. Det er ikke mulig for tjenesteyter å avgrense tilbudet til kun å omfatte brukere uten legemiddelassistert rehabilitering.

Vi kjenner ikke til at de statlige helseforetakene lenger har behandlingstilbud som er reservert for pasienter utenfor LAR. I den del av frivillig sektor som leverer tjenester med kommunene som oppdragsgiver, finnes det fortsatt omsorgs- og rehabiliteringstiltak som bevisst har definert seg utenfor LAR.

Dette valget er foretatt med respekt for pasienter og brukere som har fått hjelp via LAR. Samtidig skjer det i respekt for rusmiddelavhengige som ønsker rehabilitering i et miljø uten metadon og / eller Subutex. Stiftelsen KRAFT har således i 2008 vedtatt et verdidokument som presiserer at tiltak tilknyttet denne paraplyorganisasjonen ikke benytter vanedannende medikasjon. Tiltak i regi av Evangeliesenteret har samme grunnlag.

Dersom både spesialisthelsetjenesten og kommunene krever at samtlige rustiltak de finansierer skal være åpne for LAR-brukere, så vil dette være en alvorlig og grunnleggende neglisjering av brukernes egne behov.

Fra vår side er dette ikke et angrep på mange gode behandlings- omsorgs- og rehabiliteringstiltak basert på LAR, men et forsvar for de pasientene og brukerne som søker seg til tiltak uten LAR.

Rusmiddelstatens beslutning om å kreve at hele det etterspurte volumet skal være åpen for LAR, er etter vår mening en nedvurdering av brukernes integritet og rett til selv å trekke opp premisser for sin videre utvikling. Vi finner dette i strid med mange gode ord forøvrig om brukermedvirkning og brukerstyring.

Dersom dette ikke endres, vil resultatet kunne bli en ulykke for enkeltpersoner. Det offentliges lovregulerte ansvar i spesialisthelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven vil bli undergravet, fordi tiltak og brukere som opprettholder LAR-frihet, vil måtte finansieres via personlige gaver, innsamlede midler, familie og pårørende.

Her er noen uttalelser vi har mottatt fra brukere og rustiltak i går og i dag, i forbindelse med denne henvendelsen:

Oddvar, tidligere heroinavhengig nå i 50-års alderen:

*- Jeg kjempet sterkt med abstinenser da jeg kom inn til behandling for heroinavhengighet. Det var godt å være i et stoffritt miljø. Dersom det hadde kommet en person til samme sted, som fikk metadon eller Subutex under sitt opphold, ville det blitt for sterkt, og en kjempefristelse til å dra ut og få seg stoff. Med andre ord hadde sjansen for sprekk vært overhengende.*

Gunnar, i 50- års alderen:

*- Jeg var avhengig av morfin og søkte meg til rusfri behandling. Hadde de samtidig hatt tilbud til andre om metadonbehandling på samme sted, tror jeg fristelsen hadde blitt så stor at jeg hadde brutt behandlingen. En narkoman er en narkoman, og skal man bli stoffri, ser jeg det som uheldig å ha personer som går på metadon eller Subutex på samme sted som den som søker rusfrihet.*

Susanna (29):

*- Da jeg kom inn på et behandlingssted på Østlandet veide jeg 38 kilo. Jeg var avhengig av metadon, som jeg fikk kjøpt på gata av LAR-folk som solgte kvoten sin for å kjøpe heroin. Hadde det vært personer på dette behandlingsstedet som fikk metadon / Subutex utdelt, hadde jeg garantert ikke greid å bli kvitt problemet mitt. Fristelsen hadde blitt for stor. For fire-fem år siden var jeg på et statlig behandlingssted hvor man sidestilte rusfri behandling og medikamentbehandling. Jeg sa fra at dette gikk ikke, men ingen brydde seg om det. Jeg sprakk så det sang.*

John (48):

*Jeg var i sin tid heroinavhengig, men fikk hjelp. Hadde jeg kommet til et behandlingssted hvor personen på naborommet hadde blitt behandlet med metadon, ville det blitt så tøft at jeg sannsynligvis hadde avbrutt hele greia.*

Kommentar fra et norsk rustiltak:

*En periode hadde vi inne 8-9 brukere, og av dem var det tre som gikk med sub-sug. De hadde aldri vært i LAR, men brukt mye subutex kjøpt på gata. De var selv veldig overraska over at suget etter sub'en satt i så lenge. To av dem hadde sprekk på sub. Mange av brukerne har drevet mye med selvmedisinering på blant annet div benzo prep, og vi kan jo ikke lenger kalle tiltaket rusfritt hvis vi skal dele ut Subutex og metadon på annenhvert rom bortover i ganga... NEI*





Rusmiddelstaten legger opp til at ingen som kan være sikret et opphold uten LAR på samme sted. Vi mener at Oslo kommune burde tenke like mye på de som ønsker et metadonfritt miljø, som hensynet til å sikre tilbud for pasienter innefor LAR. LAR pasienter har fått diagnostisert en kronisk sykdomstilstand som krever en kontinuerlig og vedvarende medikamentell behandling. De fleste ønsker å bli friske. Vi mener at brukernes mulighet til å bli frisk ved å ta et selvstendig valg ikke tas på alvor med de valg som nå er tatt av Rusmiddelstaten. Rusmiddelavhengighet med LAR bør ikke vurderes som en uhelbredelig sykdomstilstand. Ved riktig oppfølging er det mulig å bli frisk.

Stiftelsen KRAFT og Evangeliesenteret står sammen om denne henvendelsen til den politiske ledelsen i Oslo kommune. Vi sender samtidig dette til en rekke øvrige adressater, som vi mener har selvstendig ansvar for å vurdere det vi mener er graverende innskrenkninger av rusmiddelavhengiges rettigheter.

Vi imøteser respons fra mottakerne av denne henvendelsen, og følger gjerne opp temaet i videre dialog, f.eks ved møte der disse problemstillingene kan diskuteres videre. Undertegnede informasjonsleder Bjørn Gjellum ved Evangeliesenteret og informasjonsansvarlig Jan Harsem i Stiftelsen KRAFT er kontaktpersoner.

Hva angår det konkrete konkurransegrunnlaget, så er det vårt håp at politiske myndigheter i Oslo kommune umiddelbart kan ta opp til vurdering om deler av kommunens tilbud til rusmiddelmissbrukere bør kunne være LAR-frie. Dette er et standpunkt som ikke berører hvilke tjenestetilbydere oppdragsgiveren velger å foretrekke.

### Oppsummering:

1. Evangeliesenteret og Stiftelsen KRAFT reagerer på at hele volumet som beskrives i konkurransegrunnlaget for kjøp av tjenester til rusmiddelmissbrukere 2010 skal være tilgjengelig for LAR. Vi anmoder Oslo kommune om å revurdere denne delen av konkurransegrunnlaget, slik at det kan finnes tilbud for brukere som ønsker LAR-frie tiltak
2. Evangeliesenteret og Stiftelsen KRAFT ønsker informasjon om hvilket nivå i Oslo kommune som har besluttet at hele volumet som etterspørres i konkurransegrunnlaget for kjøp av tjenester til rusmiddelmissbrukere 2010 skal være tilgjengelig for LAR. Er dette konkrete temaet politisk fokusert og klarert? I så fall på hvilket nivå / av hvilken instans?
3. Evangeliesenteret og Stiftelsen KRAFT imøteser oppfølgende dialog med mottakerne av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Jan Halvor Harsem (sign)  
Informasjonsansvarlig i Stiftelsen KRAFT  
Tlf.: 95 77 11 99  
Epost: jan@stiftelsenkraft.no

Bjørn Gjellum (sign)  
Informasjonsleder i Evangeliesenteret  
Tlf.: 92 01 24 20  
Epost: bjorn.gjellum@ev-s.no



Kopi til:

- Helsedirektoratet, avdeling rusmidler
- Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingets helse- og omsorgskomite
- European Cities Against Drugs, ECAD
- Media

**POSTADRESSER TIL AVSENDER:**

Stiftelsen KRAFT  
Holsts gate 6  
0473 Oslo

Evangeliesenteret  
Postboks 2120 Grünerløkka  
0505 Oslo



Statsministerens kontor  
Postboks 8001 Dep  
0030 Oslo

Oslo, 19. september 2008

## **Norges militære engasjement i Afghanistan jf narkotikabekjempelse i Afghanistan og rusbehandling i Norge**

Stiftelsen KRAFT viser til vedlagte kopi av kronikk i The New York Times datert 27. juli i år. Kronikkens forfatter er Thomas Schweich som i flere år var ansvarlig for USAs strategier mot narkotika i Afghanistan.

Kronikken er oppsiktsvekkende. Schweich dokumenterer med stor troverdighet at vedtatte og effektive strategier for å bekjempe opiumsproduksjonen i Afghanistan systematisk motarbeides av både afghanske autoriteter og sentrale kretser i det amerikanske forsvarsdepartementet. Det hevdes at President Karzai trenerer tiltak for å destruere areal som benyttes til opiumsproduksjon. Myter om negative konsekvenser ved å bekjempe opiumsproduksjonen benyttes mot bedre vitende. President Karzai motarbeider personlig tiltak mot narkotikaproduksjonen.

Thomas Schweich beskriver hvordan et strateginotat for effektiv narkotikabekjempelse i Afghanistan i mai 2007 ble motarbeidet av krefter i Pentagon som lekket notatet til Storbritannia, som med støtte av Sverige kontaktet President Karzai og krevde at han skulle avvise den amerikanske planen. Stiftelsen KRAFT vil anmode svenske aktører i rusfeltet om at dette følges opp i forhold til svenske myndigheter.

Thomas Schweich skriver at opiumsavlingene i 2008 forventes å være på rekordnivå. Han oppsummerer sin kronikk med fem punkter i strategien for å bekjempe narkotikaproduksjonen. Et av punktene er at USA anmoder sine allierte om støtte til strategien, eventuelt å la USA gjøre jobben alene. Underforstått: Ikke bidra til å sabotere og trenere tiltakene slik Sverige og Storbritannia åpenbart gjorde i 2007. I dette ligger en utfordring også til norske myndigheter, som Stiftelsen KRAFT med dette vil påpeke.

Det er et anerkjent faktum at Afghanistan er det sentrale opprinnelseslandet for heroin globalt. Opium foredles til heroin både i Afghanistan, i nabolandene, og ved produksjonssteder langs transportveiene til markedene hvor sluttbrukerne befinner seg. I følge The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) har den mest utbredte varianten av brun heroin sitt opphav i Afghanistan:

*- Heroin consumed in Europe is predominantly manufactured in Afghanistan, which remains the world leader in illicit opium supply, followed by Myanmar. It is estimated that about 6 610 tonnes of opium was produced in 2006, 92 % of which in Afghanistan. This represents a 43 % increase compared to the 2005 estimate, due to a substantial increase in the area under cultivation.*

*Global potential production of heroin was estimated at 606 tonnes in 2006, up from 472 tonnes in 2005 (UNODC, 2007). Opioid seizures and laboratories dismantled seem to indicate that opium produced in Afghanistan is increasingly being converted into morphine or heroin before being exported (CND, 2007).*

**- hentet fra hjemmesidene til EMCDDA**

I Norge opplyser politiet at heroinbeslaget var på et lavt nivå i 2007. Også Tollvesenets beslag av heroin var på svært lavt nivå i 2007. I løpet av første halvår 2008 har beslaget økt til ny topp. Norske tollmyndighetene legger til grunn at over 90 prosent av heroinproduksjonen har sitt opphav i Afghanistan.

Stiftelsen KRAFT viser til forsvarsminister Anne-Grete Strøm-Erichsens tale ved forswarets Afghanistanseminar i Oslo Militære Samfund den 25. februar 2008.

Statsråden bekrefter at norske militære styrkers tilstedeværelse i Afghanistan i uoverskuelig fremtid vil være en svært viktig utenlandsoperasjon for Forsvaret. Samtidig presiserte hun betydningen av samfunnsdebatt, som en forutsetning for demokratiet. Hun formidlet sin overbevisning om at fordi Norge er i Afghanistan av de riktige årsakene, så vil en diskusjon om hvorfor Norge er i Afghanistan fører til økt legitimitet og økt oppslutning om de norske styrkene i Afghanistan. Vi siterer fra talen:

- *Vi er i Afghanistan fordi vi er invitert av verdenssamfunnet gjennom FN*
- *Vi er i Afghanistan fordi vi er invitert inn av den folkevalgte afghanske regjeringen for å bidra til å skape fred og stabilitet for det afghanske folk*
- *Vi er i Afghanistan fordi vi stiller oss solidarisk med våre allierte i NATO*
- *Vi er i Afghanistan fordi alternativet er at afghanerne kastes ut i en ny langvarig runde med blodig borgerkrig som kan destabilisere store deler av regionen*
- *Vi er i Afghanistan fordi vi gjennom å skape stabilitet ute bidrar til å skape trygghet her hjemme*
- *Vi er altså i Afghanistan både av idealpolitiske og realpolitiske årsaker*

Ingen av de nevnte begrunnelser oppfattes å være i strid med at effektiv narkotikabekjempelse blir implementert i den militære tilstedeværelsen. Det vises til at Schweich dokumenterer at både makthaverne og opprørerne er involvert i opiumsproduksjon. For Taliban sitt vedkommende betyr dette at militæranslag mot myndighetene, det sivile samfunn og ISAF-styrkene finansieres med narkotikaproduksjon. Vi kan derfor ikke forstå annet enn at iverksettelse av de strategier som til nå er motarbeidet og trenert, vil være effektive tiltak for å eliminere finansiering av den militære motstanden.

Stiftelsen KRAFT representerer 6 selvstendige virksomheter på rusfeltet. Våre deltakende virksomheter tilbyr rusbehandling, avrusning, rehabilitering, rusomsorg, rusforebygging, arbeidstrening, ettervern og soning i institusjon. Dette gir våre deltakere en bred kontaktflate til kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorgen, NAV, politiske beslutningstakere og naturligvis den enkelte rusmiddelavhengige og rusmiljøene.

Vårt eneste anliggende med denne henvendelsen er å forebygge rusmiddelavhengighet i Norge og bidra til best mulig rammebetingelser for forebygging, avrusning, behandling, rehabilitering, omsorg og ettervern.

Vi reagerer på de opplysninger som fremmes med stor troverdighet av en av verdens fremste diplomater med ansvar for narkotikabekjempelse. Det er uakseptabelt at Afghanistan kan være den betydeligste opiumsprodusenten globalt samtidig som NATO-styrker kontrollerer landet militært. Enda mer rystende er saken når det dokumenteres at President Karzai personlig beskytter opiumsproduksjonen.



Stiftelsen KRAFT har verken mandat eller kompetanse til å vurdere norsk utenrikspolitikk, og heller ikke begrunnelsen i Pentagon, Storbritannia og Sverige for å trenere strategier mot opiumsproduksjonen.

Våre deltakende virksomheter møter imidlertid de personlige tragediene i den andre enden av verdikjeden fra valmueproduksjonen til sluttbrukeren som injiserer heroin. Stiftelsen KRAFT slutter seg til meldinger som kommer fra hele rusfeltet i Norge om underdimensjonert behandlingstilbud, nedbygging av viktig kapasitet og uavklart ansvarsgrense mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale ansvaret.

Thomas Schweich beskriver en virkelighet i stor kontrast til hverdagen for aktørene i det rusfaglige feltet i Norge, de rusmiddelavhengige og deres familier.

Det er et paradoks dersom Norge deltar i en militær allianse som unnlater å benytte tilgjengelige verktøy for å stanse en opiumsproduksjon som i sluttledet havner i Norge som illegale rusmidler.

Stiftelsen KRAFT oppsummerer følgende:

1. Hvordan responderer den norske regjeringen på kronikken av Thomas Schweich?
2. Norges engasjement i Afghanistan må samordnes med hvordan rusfeltet prioriteres
3. De strategier Thomas Schweich angir for å bekjempe opiumsproduksjon i Afghanistan må ikke treneres men iverksettes koordinert med ISAF-styrkene

Det er anerkjent og erfaringsbasert kunnskap at økt tilgjengelighet av rusmidler bidrar til økt misbruk og avhengighet. De forhold som Thomas Schweich beskriver kan derfor umulig fortsette.

Med vennlig hilsen  
STIFTELSEN KRAFT

Øyvind Bedringås, styreleder

Jan Harsem, informasjonsansvarlig

Kopi:  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Forsvarsdepartementet  
Postboks 8126 Dep.  
0032 Oslo

Utenriksdepartementet  
Postboks 8114 Dep  
0032 Oslo

Fagrådet innen rusfeltet i Norge  
Nedre Slottsgate 7  
0157 Oslo

Vedlegg: Utskrift av kronikk av Thomas Schweich i NY Times 27. juli 2008  
Adresse: Stiftelsen KRAFT - Holsts gate 6 - 0473 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Att: Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Oslo, 27. juni 2008

## Sak: Kommersielle legemiddelaktører og LAR

Stiftelsen KRAFT er en paraplyorganisasjon for lokale og regionale rustiltak med kristent verdigrunnlag. Tiltak innenfor Stiftelsen KRAFT leverer i all hovedsak tjenester innenfor det kommunale ansvarsområdet, men har også erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Virksomheter i Stiftelsen KRAFT legger til grunn at strategier for behandling, rehabilitering, omsorg og annen oppfølging av våre brukere, skjer uten bruk av vanedannende medikasjon. Våre tiltak deltar derfor ikke i behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for brukere som omfattes av LAR.

Vi presiserer at Stiftelsen KRAFT ikke angriper LAR, men det rusfaglige feltet må også omfatte behandlings- og rehabiliteringstilbud uten bruk av vanedannende medikamenter. Brukerne gir tilbakemelding om behov også for tilbud som ikke baseres på bruk av vanedannende medikasjon. Likevel erfarer vi press fra kommuner, helseforetak og andre bestillerinstanser. Stadig flere bestillere forutsetter at tjenesteleverandøren ivaretar brukere av LAR.

Det er en svært relevant problemstilling at ingen instans koordinerer det samlede rusfaglige behandlings- og omsorgsfeltet, og slik påser at også medikamentfrie tiltak opprettholdes. Dagens situasjon er etter vår oppfatning i strid med målsettinger som uttrykker at det skal være et mangfold i tilbudet til brukerne, slik det er et mangfold blant de rusavhengige selv.

### Gjennomgang av forskning

Stiftelsen KRAFT registrerer at regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst-Norge har vedtatt å gjennomgå alle prosjekter der heroinavhengige har deltatt fra 2000 og frem til i dag. I Aftenposten uttaler fylkeslege Kristian Hagestad, som er leder for REK Sør-Øst A, at komiteen vil se om arbeidet som er gjort tidligere, har vært grundig nok, og om det er etiske problemstillinger som ble oversett og som komiteen burde ha reagert på.

Stiftelsen KRAFT kjenner ikke regelverket som er referanse for nevnte gjennomgang, og har ikke grunnlag for å hevde at aktuelle forhold er i samsvar med eller i strid med gjeldene regelverk eller selvpålagte etiske retningslinjer.

Tallene viser en kraftig økning i kapasiteten ved landets LAR-sentre siden LAR ble landsdekkende i 1998:

År	Antall pasienter i LAR
1998	204
1999	719
2000	1074
2001	1503
2002	1984
2003	2431
2004	3003
2006	4166 (ref. statsbudsjettet for 2008)
2007	4542 (SERAF rapport 1/2008 LAR I NORGE)
pr. 30.4.2008:	4657 (Aker Universitetssykehus HF)

Som det fremgår er prioriteringen av LAR sterk. Som kontaktpunkter for rusmiddelavhengige fra hele landet, stiller vi oss kritiske til den ensidige prioriteringen av LAR.



## EUROPAD og legemiddelaktører

Vi savner fokus på den rolle aktører i norsk og internasjonal legemiddelbransje spiller som premissleverandører for den kunnskapsbase som ligger til grunn for den politiske prioriteringen av LAR.

Stiftelsen KRAFT har ikke grunnlag for å trekke tilgjengelig kunnskap i tvil, men etterlyser informasjon og åpenhet om aktører med kommersielle interesser i myndighetenes politikktutforming.

Vi reagerer på at det er et globalt legemiddelfirma som står bak den europeiske foreningen for rusforskere og behandlere (EUROPAD) med penger til kurs, konferanser og foredragsholdere. Foreningens webside - [www.europad.org](http://www.europad.org) - betales og driftes av et PR-byrå i regi av det multinasjonale milliardkonsernet Reckitt Benkiser.

EUROPAD opplyste i 2006 at organisasjonen har 800 medlemmer blant forskere og behandlere. Visjonen er å hjelpe opiatavhengige og deres pårørende, og å redusere ulovlig bruk av narkotika i Europa. EUROPAD ønsker å utbre kunnskap om rusbehandling. En oppgave er å fremme legemiddelassistert behandling (LAR).

President i EUROPAD, Italienske Icro Maremmani, opplyste i 2006 at EUROPAD er en vitenskapelig komite med styre og kontaktnett i både europeiske og andre land.

Hvert annet år arrangerer EUROPAD sin europeiske konferanse. I 2002 ble denne avholdt i Oslo og i 2006 gikk konferansen av stabelen i Bratislava i Slovakia. I slutten av mai i år ble europakonferansen arrangert i Sofia i Bulgaria, med flere norske foredragsholdere.

Kostnadene ved konferansen i Bratislava beløp seg samlet til ca 100.000 Euro. Maremammani opplyste i 2006 at selskapene Schering-Plough og Reckitt Benkiser sponset både denne og andre konferanser. Oppfølgende spørsmål til Maremammani om omfanget av legemiddelselskapenes sponing, hvilke former for sponing som benyttes og hvem som er kontaktpersoner i legemiddelselskapene, ble ved epost datert 24. oktober 2006 besvart med følgende av Maremammani:

*- I cannot answer to your questions. Sorry*

Reckitt Benkiser er verdensledende innen rengjørings- og husholdningsprodukter. Konsernet, som også har en avdeling for helse, omsetter for over 50 milliarder kroner i året. Selskapet er lokalisert i mer enn 60 land, og omsetter sine produkter i 180 land. Reckitt Benkiser er notert på London-børsen.

I Reckitt Benkisers avdeling for helse og personlig pleie ligger rettighetene til legemidlene Subutex og Suboxone, som benyttes i LAR. I sin årsrapport for 2007 til finansmarkedene og sine aksjonærer skriver Reckitt Benkiser at salget av Suboxone har økt kraftig i USA, godt hjulpet av endringer i lovverket som har gitt legene anledning til å ta flere pasienter inn til slik behandling. Den sterke økningen i salget av Suboxone forklares som en av hovedårsakene til økt lønnsomhet for hele konsernet i 2007.

Rettighetene til varemerkene Subutex og Suboxone er i Norge lisensiert til Schering-Plough AS, et heleiet datterselskap av det sveitsiske legemiddelkonsernet Scherico Ltd, som er blant Sveits top-500 selskaper.

Websidene til EUROPAD driftes av PR-selskapet Agenda. Spørsmål til Agenda i 2006 ble videresendt til legemiddelselskapene Schering-Plough og Reckitt Benckiser. Chris Chapleo i Reckitt Benckiser skrev følgende i en epost den 26. oktober 2006, til undertegnede, som tidligere har sjekket ut disse forholdene som informasjonsansvarlig i Maritastiftelsen og som frilansjournalist:

*Dear Jan,*

*I understand that you recently contacted the company Agenda asking a number of questions relating to the Europad Organisation.*



*The Pharmaceutical Industry routinely provides unrestricted educational grants to many learned Societies and Organisations which enables them to bring together key opinion leaders and experts from various scientific areas for the benefit of those attending their conferences. In this way the delegates benefit from hearing the top experts in their field which assists the education of those delegates - ultimately this benefits their patients and importantly can stimulate further research into key areas of medical treatment. As a leader in the field of medical treatment for opioid dependence Reckitt Benckiser provides modest unrestricted educational grants to various agencies, including Europad, whose objectives are to build an understanding of addictions in general and opioid dependence in particular.*

Vi er ikke sikker på om Chapleo fortsatt er tilknyttet Reckitt Benckiser eller er rette person til å besvare spørsmål. Hjemmesidene til Reckitt Benckiser i juni 2008 henviser spørsmål til konsernet om legemiddelet buprenorfin, som virkestoff i Subutex og Suboxone (Suboxone inneholder også nalokson mot intravenøst misbruk), til det globale PR-selskapet Edelman. Vi har ikke brukt tid på ny kontakt med Reckitt Benckiser nå, utover å lese konsernets årsberetning for 2007.

Ved kontakt til EUROPAD i mars 2003, svarte Chris Chapleo i Reckitt Benckiser følgende:

*- Reckitt Benckiser oppdaget buprenorfin i 1966 og utviklet Subutex til behandling av heroinavhengige. EUROPAD var opprinnelig en liten organisasjon drevet av Marc Reisinger og Icro Maremmanni (president og visepresident i EUROPAD). Marc og Icro var ivrige etter å etablere en europeisk organisasjon som en frontlinjeorganisasjon i rusfeltet. Vi stilte derfor opp med ressurser for å hjelpe dem, primært med tilskudd til utdanning og konsulentbistand.*

(vår oversettelse - se vedlegg)

Chris Chapleo skriver videre i 2003 at det var Reckitt Benckiser som etablerte websidene til EUROPAD, og at de sponser den europeiske EUROPAD-konferansen. Han opplyste at EUROPAD og Reckitt Benckiser i 2003 i fellesskap utredet hvordan medlemstallet og organisasjonens innflytelse kunne økes.

I mange land, bla. Norge, markedsføres som sagt Subutex, og senere også Suboxone, av Schering-Plough. Vårt inntrykk er at selskapets strategi er å informere forskere og behandlere fremfor selv å føre en kampanje for LAR og Subutex direkte mot opinionen og politiske beslutningstakere.

Schering-Plough sponset EUROPADs konferanse i Bratislava for to år siden. Dette skjedde åpent og fremkommer av konferanseprogrammet. Spørsmål om detaljer ved denne støtten inngår i spørsmålene til EUROPAD v/ president Icro Maremmanni, som han i 2006 avviste å besvare. Norske Schering-Plough AS opplyste i oktober 2006 at 17 norske deltakere fikk reise, opphold og konferanseavgift konferansen i Bratislava 6 - 8. oktober 2006. Støtten til de norske deltakerne utgjorde dermed ca. kr. 233.000,- totalt. Vi presiserer at dette ble opplyst helt uten problemer.

I mai 2002 avholdt EUROPAD sin europeiske konferanse i Oslo. Praktisk arrangør var det daværende metadonsenteret MARIO, som var en del av Rusmiddeletaten i Oslo kommune. I følge Egil Bakke i Rusmiddeletaten var totalbudsjettet for arrangementet på 1,7 millioner kroner. Schering-Plough og metadonprodusenten Martindale ble invitert til å dekke reise og oppholdskostnadene for en foredragsholder hver. Foredragsholderne ble utpekt av arrangørene. Som motytelse fikk selskapene utstillingsplass.

EUROPAD har i flere år opplyst på sine hjemmesider at Helge Waal, som er professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo og sentral i det norske LAR-miljøet, er styremedlem i organisasjonen. Dette avvises imidlertid av Helge Waal selv, som høsten 2006 opplyste at han ikke er styremedlem i EUROPAD, men vitenskaplig rådgiver/konsulent for kongressen - delvis et reklameskiltfenomen. Videre opplyste Waal at han ikke kjenner så godt til organiseringen ut over det som står på hjemmesiden, og at det dreier seg om en "interesseorganisasjon" startet etter modell av den amerikanske foreningen hvor bla Vincent Dole som en kjent pioner var med. Helge Waal sa videre at tyngdepunktet i EUROPAD fra starten av har vært i Italia og at tanken har vært å fremme medisinsk behandling av opiatavhengighet, både i form av kongresser og annen faglig aktivitet, ved et tidsskrift og antakeligvis ved å kunne



fungere som støtteorganisasjon, særlig for behandlere i Italia som slet mye i oppoverbakke en tid. Hovedaktiviteten er kongressene. Professor Icro Marmmani er sentral person. Det brede "board" innkalles ikke og er i realiteten en kjernegruppe rundt Icro Marmmani og den belgiske visepresidenten som er bærekraften. Waal kjenner ikke til at det er noen medlemskontingent og arrangementene er selvbærende eller arbeider med støtte fra ulike sponsorer.

Ved ny kontakt svarer Helge Waal følgende den 25. juni 2008 som kommentar til det han opplyste i 2006:

*- Så vidt jeg vet, er dette i hovedsak riktig. Jeg tror, uten å vite, at Reckitt/Schering Plough subsidierer/finansierer foreseminar før kongressene og dessuten antakelig noe av bespisningen/kulturelt innslag. Italiensk metadonleverandør er muligens med i bildet.*

*- Det er fortsatt riktig at foreningens hovedengasjement er kongressene - og tidsskriftet "Heroin Addiction and Related Clinical Problems". Dette sendes ut uten eller med sterkt subsidiert pris som et medlemsblad for Europad - som imidlertid ikke har noe medlemsordning. Dette vil si at det må være ekstern finansiering.*

### **Kommentarer**

Stiftelsen KRAFT har ikke tidligere fremhevet den koplingen vi med dette peker på mellom forsker- og behandlarmiljøet og legemiddelindustrien som åpenbart har interesser av hvilke strategier nasjonale myndigheter velger. Vi har heller ikke registrert at medier eller andre organisasjoner har pekt på disse koplingene. Det er heller ikke opplyst om dette som moment i noen narkotikapolitiske strategidokumenter fra norske helseforetak eller politiske myndigheter, så langt vi har kunnet registrere.

Det er en mangel i utredninger, lovforslag og stortingsmeldinger og budsjetter, at de økonomiske interessene ved valg av behandlingsstrategier ikke beskrives. Legemiddelfirmaene velger en lav offentlig profil, men er likevel sterkt til stede i informasjonskjeden som leder frem til nasjonale helsepolitiske beslutninger. I stedet for selv å være aktive i mediene og overfor politikerne - prioriteres det å pleie strategiske relasjoner med fagfolk og nettverk innen forskning og behandling - fagmiljøer som er sentrale premissleverandører når folkevalgte i Norge og andre land vurderer LAR kontra andre behandlingsstrategier.

Selv om de aktørene vi her peker på har sine direkte interesser knyttet til buprenorfinpreparatene Subutex og Suboxone, så er det vår oppfatning at en generell satsing på LAR også øker markedet for buprenorfin.

Det er forøvrig et faktum at metadon, som etter det vi forstår ikke er underlagt lisensbegrensninger på samme måte som buprenorfinpreparater, også medfører kommersielle interesser i produsent- og distribusjonsleddene. Avansen ved apoteklevert metadon er etter det vi forstår svært høy. Den kraftige økningen av antall pasienter i LAR øker lønnsomheten både for interessentene knyttet til både buprenorfin og metadon. I følge notat fra Helsedirektoratet datert 10. januar 2008 er andelen LAR-pasienter på buprenorfin økende, og var i 2006 på 36,1 % på landsbasis. Det er store forskjeller mellom fylkene på valg av preparat.

Stiftelsen KRAFT etterlyser åpenhet omkring de sterke økonomiske båndene mellom den europeiske organisasjonen EUROPAD og kommersielle aktører. Stiftelsen KRAFT hevder ikke at noe er i strid med lover eller regler. Vi mener likevel at det må bli full åpenhet omkring finansiering og øvrige støttefunksjoner til det informasjons- og påvirkningsarbeidet som skjer i regi av EUROPAD.

Vi er ikke kjent med at forskningsprosjekter i Norge eller utlandet direkte eller indirekte er finansiert eller på annen måte driftet med støttefunksjoner som f.eks drift av websider. Det er uansett et problem, slik vi vurderer det, at den etterfølgende informasjonen og presentasjonen av forskningsresultatene, skjer via kanaler som er finansiert av legemiddelindustrien.

Sentral godkjenning av legemidler i EU fører etter det vi forstår til automatisk godkjenning også i Norge. Åpenhet som vi her etterlyser, er dermed viktig ikke bare i Norge, men internasjonalt. Det er derfor viktig at virksomheten til

internasjonale lobbygrupper og strukturen bak faglige nettverk som EUROPAD, er åpent kjent for opinionen og våre helsefaglige og helsepolitiske beslutningstakere.

Stiftelsen KRAFT understreker at søkelyset på kommersielle aktører og forskning på og politisk prioritering av LAR, ikke er noe argument mot LAR. Vi oppfordrer rusmiddelavhengige og deres behandlere til å velge den behandlingen som er best egnet i hvert enkelt tilfelle. Det er likevel kritikkverdig at behandlings-, rehabiliterings-, og omsorgstilbud som drives uten bruk av vanedannende medikasjon bygges ned.

### **Oppsummering**

Stiftelsen KRAFT anmoder de helsefaglige og helsepolitiske beslutningstakerne i Norge om å sikre et langt mer offensivt søkelys på og åpenhet omkring den rolle kommersielle legemiddelaktører innen LAR eventuelt har i forberedelse, gjennomføring og/eller etterfølgende presentasjon av forskningsresultater. Dette er vesentlig med hensyn til den innflytelse de helsefaglige kompetansemiljøene har på nasjonale prioriteringer av strategier for behandling, rehabilitering og omsorg for rusmiddelavhengige.

Denne henvendelsen går Helse- og omsorgsdepartementet og en rekke andre sentrale aktører ved utforming av helsefaglige og helsepolitiske strategier for behandling av rusmiddelavhengige. Stiftelsen KRAFT henvender seg i dag også til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør med tilsvarende informasjon.

Med vennlig hilsen  
STIFTELSEN KRAFT

Øyvind Bedringås, styreleder (sign) Tlf.: 922 35 773    Jan Harsem, informasjonsansvarlig - Tlf.: 95 77 11 99  
Adresse: Stiftelsen KRAFT - Holsts gt. 6 - 0473 Oslo

### **Vedlegg:**

- Epostkontakt med president i EUROPAD, Icro Maremmani
- Epostkontakt med Chris Chapleo i Reckitt Benckiser

### **Kopi til:**

Helse- og omsorgskomiteen  
Stortinget  
0026 Oslo

Helsedirektoratet  
Postboks 7000, St. Olavs plass  
0130 Oslo

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge  
Nedre Slottsgate 7  
0157 Oslo

Kontaktforum for spesialisthelsetjeneste rus v/ leder Frode Bie  
Helse Sør-Øst RHF  
Postboks 404  
2303 Hamar

Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, RIO  
Postboks 6609, St. Olavs plass  
0129 Oslo