

RAPPORT OM NARKOTIKA

Stoltenbergutvalget





*Denne rapporten er illustrert av brukere av Aktivitetshuset Prindsen
– et sted for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i bydel Grünerløkka.
Aktivitetshuset Prindsen skal inspirere og legge til rette for meningsfulle aktiviteter og et godt felleskap.
Huset er åpent alle hverdager og noen helligdager.*

Illustratører:

| | |
|-------------|----------------------|
| Forside | Tina Johansen-Dahl |
| Side 2, 12 | Ole Kaaland |
| Side 4 | Wenche G.N. |
| Side 8 | Anne Karin Halvorsen |
| Side 23, 56 | Liv Bull-Andersen |
| Side 49 | Alex |

www.prindsen.org

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Regjeringen oppnevnte 6. mars 2009 et utvalg for å gi forslag til hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp.

Utvalget avgir med dette sin rapport.

Oslo 16, juni 2010

Thorvald Stoltenberg
utvalgsleder

Roger Andresen

Ellen Katrine Hætta

Sigurd Osberg

Åslaug Haga

Erling Lae

Inger Lise Skog Hansen

Carl Ivar Hagen

Marit Myklebust

Anne Bergh

Kari Grette



HÅP

«Kanskje er det når det bare er livet igjen å miste, og døden ikke skremmer deg lenger, når rusen ikke lenger gir deg fri, men blir mer fiende enn venn – kanskje er det da tankene begynner å lete etter en vei som kan gi deg fri fra det som en gang ga ro og frihet.»

Slik skrev en kvinne om sin situasjon.

Det er trangen vi vil bidra til å hjelpe mennesker ut av. Her gjelder det giftens tyranni. Aller helst må vi kunne bidra til at et menneske ikke kommer under slik tvang. Derfor har vi også viet forebygging plass i rapporten vår. Endelig er det mennesker som neppe vil makte å komme ut av giftens grep over dem. Her foreslår vi bidrag til å gi disse menneskene et etter beste evne verdig liv.

Hver narkoman har, som alle andre mennesker, sin personlighet. For å se resultater av våre forslag er det viktig at vi greier å tilpasse behandlingen til hvert enkelt menneske.

Det er krevende, men nødvendig for å bringe den enkelte bruker ut av tvangen og tilbake til vårt vanlige samfunn. Dette er ikke bare viktig for den syke, men også for familie, venner og samfunnet for øvrig.

Alle kan vi bidra til å redusere – helst fjerne – den trussel narkotika er for enkeltmennesker og for samfunnet, i det minste ved å vise respekt for menneskets verdighet. Det er viktigere enn du tror.

Rapporten vår handler om håp.

Håpet er nesten like viktig som livet – uten håpet når vi aldri våre mål.

Thorvald Stoltenberg
utvalgsleder

VÅRE FORSLAG

Forebygging

Bred internettmobilisering mot narkotika

- 1 Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika. *(side 14)*
- 2 Knytt internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen. *(side 14)*

Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika

- 3 Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret. *(side 15)*
- 4 Etabler tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. *(side 16)*

Fra sprøyterom til brukersteder

- 5 Videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli lavterskel brukersteder med helsetilbud og oppfølging. *(side 17)*

Åpne bruker- og omsetningssteder

- 6 Øremerk midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika. *(side 20)*
- 7 Intensiver kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett. *(side 22)*

Behov for mer kunnskap

- 8 Prioriter midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater. *(side 22)*

Behandling- og oppfølging

Mottaks- og oppfølgingsentre

- 9 Etabler mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet (MO-sentre). *(side 26)*
- 10 Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene. *(side 27)*
- 11 Åpne egne ungdomsmottak som del av MO-sentrene. *(side 28)*
- 12 Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende. *(side 28)*
- 13 Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå. *(side 29)*

Bolig og aktivitet

- 14 Gjør en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen. *(side 30)*

Innsatte med narkotikaproblemer

- 15 Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold. *(side 31)*

Bruk av tvang

- 16 Harmoniser regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene. *(side 32)*

Psykisk helse og rus

- 17 Sikre tydelig ansvars- og arbeidsdeling mellom psykisk helse og rusfeltet. *(side 34)*

Egenandeler

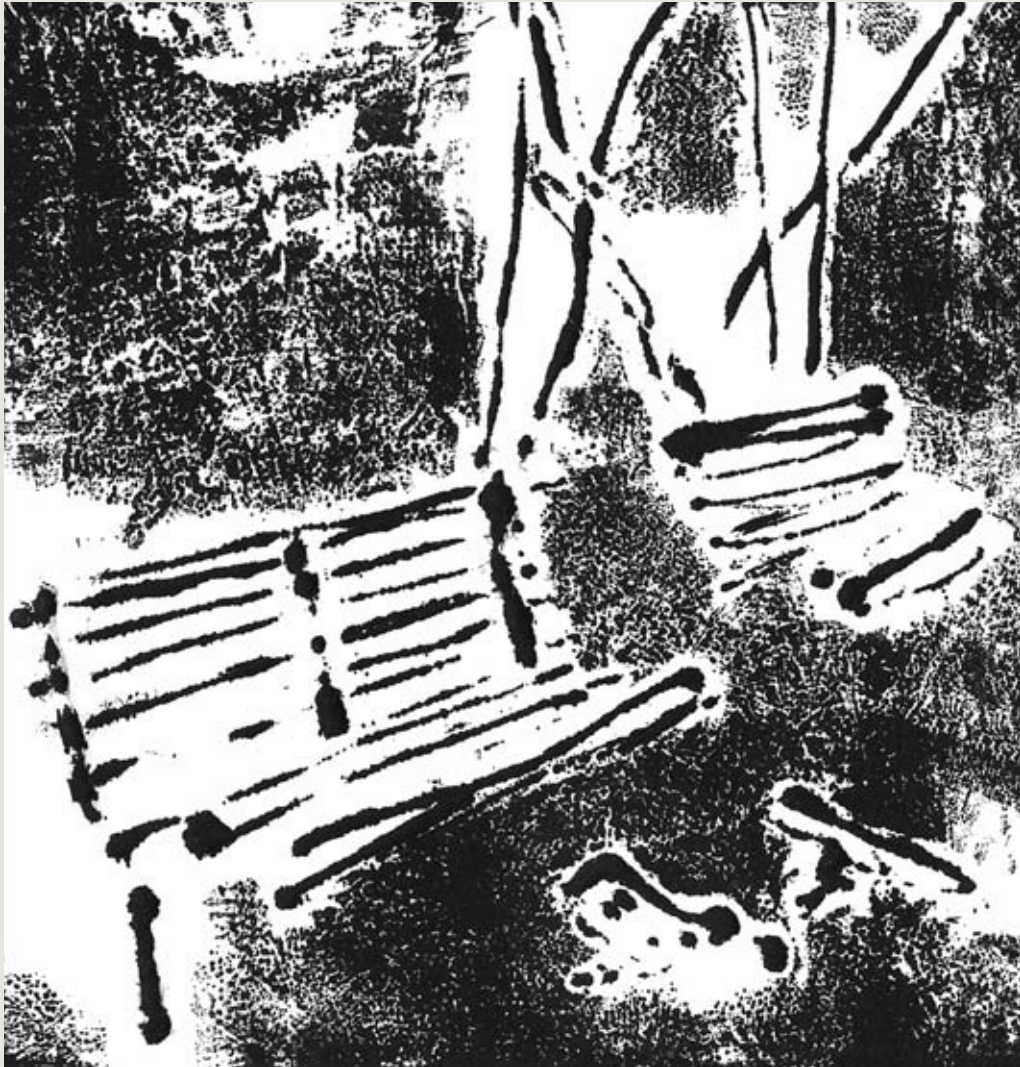
- 18 Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet. *(side 35)*

Behandling med legemidler (LAR)

- 19 Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det. *(side 38)*
- 20 Legg behandling og oppfølging til kvalifiserte fagmiljøer i MO-sentrene. *(side 39)*
- 21 Baser behandling på tillit fremfor kontroll; reduser bruken av urinkontroller. *(side 40)*

Overvåket inntak av heroin i LAR?

- 22 Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR (forslag fra Andresen, Haga, Hagen, Skog Hansen og Stoltenberg). *(side 47)*



INNLEDNING

Mandat

Tusenvis av mennesker i Norge er avhengige av narkotika. Ingen vet nøyaktig hvor mange. Rundt hver eneste narkotikaavhengige person er det mange berørte: barn, foreldre, søsken, venner og bekjente. Beregninger antyder at rundt 8000 personer injiserer heroin i Norge.¹ Bruken av sprøyter utgjør en stor risiko for liv og helse, og det er mange overdosedødsfall hvert eneste år. Alle narkotikaavhengige har sin historie, og hver av historiene er et vitnesbyrd om at vi som fellesskap må gjøre mer for at riktig hjelp skal komme i rett tid.

Gateomsetningen av narkotika skjøt fart i Norge fra slutten av 1960-tallet.² Norge har dermed mer enn førti års erfaring med behandling av narkotikaavhengige. Likevel er det mange som ikke får den hjelpen de trenger. Våren 2009 oppnevnte Regjeringen et offentlig utvalg og ba utvalget utarbeide forslag til «*hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses den aktuelle målgruppen*». Dette er utgangspunktet for forslagene i denne rapporten.

¹ Amundsen & Bretteville-Jensen (2009): *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*.

² Hauge (2009): *Rus og rusmidler gjennom tidene*.

Målgruppe

Narkotikaavhengige er som andre mennesker, de er forskjellige. De er unge og eldre, de er oftest menn, men også kvinner. Noen er utslått, andre klarer seg relativt bra. *Alle* rusavhengige har rett til et verdig liv og til nødvendig helsehjelp, uavhengig av hvilke stoffer man bruker. Selv om narkotika er fokus i denne rapporten, er det ikke skarpe skiller mellom misbruk av narkotika og misbruk av alkohol. De fleste narkotikaavhengige har et blandingsmisbruk med illegale stoffer, alkohol og piller. Alkohol er Norges mest utbredte rusmiddel, men det er et lovlig rusmiddel. Samfunnet har dermed andre virkemidler for å kontrollere omsetning og redusere skadevirkningene av misbruk av alkohol. Rapporten diskuterer ikke tiltak som retter seg spesifikt mot alkoholmisbruk.

Utfordringene

Hva er god hjelp for en som er avhengig av narkotika? Kan sykdommen «avhengighet» forebygges? Kan den kureres? Både i Norge og i andre land leter forskere og behandlingsinstanser etter gode svar på disse spørsmålene.

Narkotikaavhengighet er forbundet med mange følelser: skam og skyld, selvforakt og fornedrelse.

Mange lever i fattigdom, under uverdige forhold og sliter med psykiske og fysiske plager i tillegg til selve avhengigheten. Narkotikaavhengighet er medisinsk og psykososialt komplisert å behandle. Man skal behandle avhengigheten, men den enkelte skal også få hjelp til å ta tak i selve *livet*: forholdet til familien og venner, et sted å bo, komme i utdanning, jobb eller annen aktivitet, ta tak i gjeldsproblemer, få orden på kosthold og ødelagte tenner – kort sagt, behandling av rusavhengighet er å få orden på *et helt liv*.

Ingen vet hva rusavhengighet koster samfunnet. I 2010 bruker staten og kommunene til sammen rundt 5 milliarder kroner direkte til rusfeltet. Da er ikke sosiale stønader, trygdeytelser eller kostnader som følge av kriminalitet tatt med. Penger er likevel bare en liten del av omkostningene med rusavhengighet. De menneskelige belastningene kan ikke beregnes i kroner og øre.

For å kunne danne oss et bilde av hvordan behovene oppfattes og oppleves, ba vi høsten 2009 brukerorganisasjoner og pårørende, fagmiljøer og etater om råd. Utvalget fikk nærmere 200 innspill, og rådene er et viktig grunnlag for forslagene våre.

Bildet som tegnes, er entydig: narkotikaavhengighet er en kompleks lidelse som krever individuelle løsninger. Det må være enkelt å få hjelp, og hjelpen må være tilgjengelig når den narkotikaavhengige selv trenger den. Narkotikaavhengige må bli møtt med

medmenneskelighet og respekt. Skal man lykkes, trengs det tid og raushet. Det må være flere sjanser, og forventningene til endring må være realistiske. Gode behandlings- og rehabiliteringsopplegg henger sammen, uten avbrudd eller lange ventetider mellom avrusing, behandling og oppfølging.

Flere innspill peker på at det i dag mangler kapasitet til å behandle alle som trenger hjelp. Det nevnes behov for flere avrusingsplasser og tilgang til psykologer, behov for bedre oppfølging og flere og bedre bo-tilbud. Mange ønsker mer fokus på kvalitet, for kvaliteten i behandlingstilbudene varierer. Dette bekreftes også i en undersøkelse foretatt av Riksrevisjonen.³

Tjenestetilbudet er i dag oppsplittet, med mange instanser og uoversiktlige ansvarslinjer. Hvem som har ansvaret til enhver tid, er ikke alltid tydelig. Noen beskriver hvordan oppgavefordelingen mellom stat og kommune gjør narkotikaavhengige til utgiftsposter som kan flyttes mellom ulike budsjetter. Det mangler dermed koordinering på individnivå, og det mangler en helhetlig og felles strategi på systemnivå.

Det er mye å ta tak i på rusfeltet, men det er også flere positive trekk. Undersøkelser blant ungdom viser at antallet som har forsøkt narkotiske stoffer

³ Riksrevisjonen, Dokument 3:7 (2009-2010): *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tværfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

som cannabis, amfetaminer og LSD, har sunket de siste ti årene.⁴ Antallet unge som har forsøkt kokain, viser også en svak nedgang de siste fem årene, mens omfanget av unge som har prøvd heroin ligger stabilt. De siste årene har innsatsen på rusfeltet blitt styrket gjennom en egen opptrappingsplan fra 2006, og budsjettene for rusfeltet har også økt fra år til år. Det har resultert i flere nye tiltak og større fokus på feltet. Utvalget har besøkt ulike tiltak rundt i landet. Der har vi møtt engasjerte og dyktige fagfolk, sett velfungerende lokale behandlingstilbud og snakket med pårørende og organisasjoner som gjør en utrettelig innsats for narkotikaavhengige.

Utvalgets innfallsvinkel

Utvalget har tatt utgangspunkt i at narkotikamisbruk handler om enkeltmennesker som trenger hjelp. Narkotikamisbruk forårsaker mange dødsfall, og tusenvis av mennesker får sine liv ødelagt. Avhengigheten gir også organiserte kriminelle miljøer et fotfeste i Norge og koster samfunnet store summer hvert år. Disse utfordringene kan ikke løses ved å styrke enkelttiltak. Situasjonen vi står overfor på narkotikafeltet krever et *samfunnsloft*.

Vår tilnærming er at den enkeltes behov for sammenheng i behandling og oppfølging må speiles i en helhetlig innsats fra etater og sektorer: fore-

bygging, mottak, behandling og oppfølging må ses under ett. Dette vil forandre langsiktighet og ressurser og vil forandre politisk vilje og samhandling på tvers av departementer og fagmiljøer. Vi har ikke som ambisjon å klargjøre hele det institusjonelle bildet på rusfeltet, men har som mål å adressere noen fundamentale veivalg for rusfeltet fremover.

Vi har lagt vekt på å lage en kort rapport, som alle skal kunne lese. I hovedsak tar vi for oss områder og tjenester der vi har forslag til endringer. Pasientdataene på rusfeltet er foreløpig mangelfulle.⁵ Det gjør det vanskelig å beregne hva forslagene i tilknytning til behandling og oppfølging vil koste.

Narkotikapolitikk handler om å få forskjellige tiltak og instanser til å spille sammen. Helhetstenkning er en nøkkel for å lykkes på rusfeltet. Forslagene i denne rapporten er elementer som sammen med justissektorens innsats kan inngå i en helhetlig narkotikapolitikk som tar opptrappingsplanen et steg videre.⁶

⁴ Vedøy & Skretting: *Ungdom og rusmidler, resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968–2008*.

⁵ For 2009 samles det for første gang inn pasientdata fra rusbehandlingsenhetene i spesialisthelsetjenesten, og ifølge Norsk pasientregister tar det dermed noe tid før komplettheten er på plass. Utover anslag over antall misbrukere av heroin (SIRUS) finnes det ingen samlede data over antall rusmisbrukere i Norge.

⁶ Helse- og omsrogsdepartementet (2008): *Opptrappingsplan for rusfeltet*.



FOREBYGGING

Forebygging – ingen innsats gir større gevinst

Forebygging av narkotikaproblemer er nært knyttet til forebygging av adferdsproblemer, psykiske lidelser, sosial ekskludering og fattigdom. Forebyggingsinnsatsen på de forskjellige områdene må ses i sammenheng. Det dreier seg om å påvirke holdninger, og det handler om konkrete tiltak for enkeltpersoner og familier. I Norge har vi i mange år vært opptatt av tidlig å oppdage barn og unge med problemer. Arbeidet har blitt styrket gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet, og Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder, *Fra bekymring til handling*, som tar for seg hvordan man kan komme inn med hjelp så tidlig som mulig, enten det er barna som har problemer, eller det er foreldrene deres som har et rusproblem.

Debutalderen for eksperimentering med rus ligger lavt. Mange narkotikaavhengige hadde sine første

erfaringer med rusmidler allerede i ungdomsskolealderen. De fleste unge som eksperimenterer med stoff, vil teste cannabis, bare noen få vil forsøke tyngre stoffer.⁷ Noen vil prøve narkotiske stoffer 2–3 ganger og deretter aldri mer bruke dem. Andre vil fortsette med sporadisk bruk, og noen vil utvikle et avhengighetsforhold til narkotika. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) anslår at rundt 1400 personer i aldersgruppen 15–20 år eksperimenterte eller brukte heroin sporadisk i 2008.⁸ Hvordan kan vi hindre at ungdom som eksperimenterer med narkotika fortsetter inn i et misbruk med økte doser og sterkere stoffer, som igjen gir dårligere helse og dypere sosial elendighet? I denne delen av rapporten vil vi foreslå generelle og spesifikke tiltak som kan bidra til å forebygge narkotikamisbruk og skadevirkninger. Tiltak som kan styrke familier og oppvekstmiljø, og bidra til at ungdom fullfører utdanning og kommer i jobb, er viktige, men faller utenfor denne rapportens område.

7 Skretting, Vedøy, Finne (2009): *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968–2008*.

8 Amundsen & Bretteville-Jensen (2009): *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. SIRUS definerer eksperimentbrukere som personer som har brukt heroin 1–4 ganger, mens de som har brukt stoffet hyppigere defineres som sporadiske brukere.

Bred internettmobilisering mot narkotika

Forslag 1:

Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika.

Ifølge Medietilsynets undersøkelser har 99 prosent av ungdom i aldersgruppen 9–16 år tilgang til internett.⁹ Ungdom bruker internett til mange formål. 57 prosent i aldersgruppen 9–16 år oppgir at de har deltatt i såkalte nettsamfunn i løpet av siste uke, og enkelte tenåringsbloggere i Norge har flere lesere enn mange av landets aviser. Blogger og nettsamfunn er relativt nye fenomener.¹⁰ Kanskje har vi ikke helt tatt innover oss hvilken betydning disse har for unge mennesker, eller hvilke muligheter de representerer for byggingen av meninger og kulturer i ungdomsmiljøene.

Formålet med en bred mobilisering på internett er å bidra til at ungdom får faktakunnskap om skadevirkningene av narkotikabruk, og utvikler holdninger og motstandskraft i forhold til eksperimentbruk. I dag finnes flere norske hjemmesider som gir opplysninger om narkotika og narkotika-

bruk.¹¹ For å treffe ungdom må informasjonen være tilgjengelig på de nettsidene ungdom flest oppsøker. Å påvirke holdninger og adferd er krevende, og det tar tid. Tradisjonelle holdningskampanjer synes ofte å ha liten effekt, men enkelte forskere tar til orde for å styrke den faktaorienterte forebyggingsinnsatsen.¹² En bred mobilisering bør invitere både eksisterende nettsider, bloggere og nettsamfunn til et løft mot narkotika.

Forslag 2:

Knytt internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen.

Tradisjonelt har skolen spilt en viktig rolle i holdningsskapende arbeid. Forebyggende rusarbeid i skolen, i form av for eksempel enkeltstående foredrag, er mye brukt i europeiske land.¹³ Forskning tyder på at denne formen for forebygging har liten effekt, og det er også et spørsmål om generelle rusforebyggende programmer i skolen gir de resultatene vi ønsker.¹⁴ Vi må se etter nye metoder i forebygging. Internett er et virkemiddel for

9 Medietilsynet (2010): *Barn og digitale medier 2010*.

10 I denne aldersgruppen er Facebook og Nettpy de mest brukte. Facebook ble etablert i 2004, Nettpy i 2006.

11 For eksempel Nasjonalt folkehelseinstituttets faktasider: www.fhi.no og «Rustelefonen», www.rustelefonen.no. «Rustelefonen» er en nasjonal telefon (telefonnummer 08588) som drives av Rusmiddeletaten i Oslo med støtte fra Helsedirektoratet.

12 Pape (2009): *Skoletiltak som synes å gi effekt: Fruktbar forskning om rusforebygging eller suspekterte historier om suksess?*

13 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: *Annual report 2009. The state of the drugs problem in Europe*.

14 Pape (2009): *Skoletiltak som synes å gi effekt: Fruktbar forskning om rusforebygging eller suspekterte historier om suksess?*

kommunikasjon som ungdom oppsøker, og hvor ungdom deltar. En bred internettbasert mobilisering mot narkotika bør kunne kobles sammen med opplegg i skolene for å forsterke den samlede effekten.

Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika

Hvilke reaksjoner er mest hensiktsmessige når ungdom tas for bruk eller besittelse av narkotika? Vil en bot eller en dom hjelpe en ungdom ut av eksperimentbruket, eller tvert imot bidra til at vedkommende knytter seg tettere til et rusmiljø? Hvilke skader påfører det et ungt liv å komme i strafferegisteret? Det er ikke entydige svar på disse spørsmålene. Målet må være å *hindre* at rusbrukere utvikler eller forblir i avhengighet. Samfunnet må ha adgang til et bredt register av reaksjonsformer når personer tas for bruk eller besittelse av narkotiske stoffer til eget bruk. Fokus må hele tiden være på forebygging og hjelp. Forslagene i dette avsnittet retter seg mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika, uavhengig av hvilken type stoff den enkelte er i besittelse av. Vi diskuterer ikke legalisering eller avkriminalisering, men praktiske løsninger i forbindelse med utøvelsen av narkotikapolitikken.

Forslag 3:

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

For noen er eksperimentering og bruk av narkotika forbundet med spenning og fest. For mange er rusen et uttrykk for problemer og dyp elendighet. I en slik situasjon vil en bot eller en fengselsdom være en ekstra belastning og ikke en vei ut. Disse personene trenger et alternativ der det tas tak i *årsakene* til at man har begynt å eksperimentere med narkotika, et alternativ som innebærer oppfølging snarere enn straff.

Politiet har enkelte steder i landet utviklet modeller for å kunne tilby unge som eksperimenterer med narkotika, alternativer til straffereaksjoner. Flere steder har politiet og kommunen etablert et samarbeid for å forebygge barne- og ungdomskriminalitet, og det er gode erfaringer med å ha barnevernskonsulenter på politistasjonene. Det er også gode erfaringer med tverrfaglig samarbeid som kan fange opp unge som begår narkotikelatert kriminalitet. Gjennom denne typen samarbeid kan pågripelse for bruk eller besittelse av brukerdoser med narkotiske stoffer få ulike reaksjoner. Rusbrukeren kan, som alternativ til straff, få en avtale om oppfølging, der rusbrukeren samtykker i et behandlingsopplegg eller godtar andre former for kontroll og oppfølging. Denne formen for «ruskontrakter» som reaksjonsform bør videreutvikles

og tilbys rusbrukere over hele landet, som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret. Ordningen bør kunne utvikles som et verktøy under en nemndordning.¹⁵

Forslag 4:

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

Hvilke reaksjonsformer man velger når noen pågripes for bruk og besittelse av narkotika, varierer fra land til land. Generelt synes straffeforfølging og soning å være lite egnede virkemidler for å stoppe at rusmisbruk utvikler seg. Flere land har derfor innført ordninger hvor man forsøker ulike alternativer til straff.

Portugal er et av landene som har etablert en slik ordning. Portugal har opprettet en nemndordning som følger opp personer som pågripes av politiet for besittelse av narkotika *til eget bruk*. Nemndene er tverrfaglige og vurderer den enkeltes rusproblematikk og hvilken form for hjelp eller oppfølging hver og en har behov for. De som *ikke har* et avhengighetsproblem, men som er tatt for bruk og eksperimentering med narkotika, gis først og fremst informasjon om helseskader ved bruk og kan få advarsler. Ved gjentatte pågripelser har nemnden mulighet til å ta i bruk ulike sanksjoner som bøter, meldeplikt eller samfunnsstraff. Personer

som har et avhengighetsproblem, oppfordres til å gå inn i behandling, men tvinges ikke. Nemndene motiverer og hjelper de narkotikaavhengige til å få etablert kontakt med behandlingsapparatet. Ifølge myndighetene og de regionale nemndene er vanlig ventetid på behandling 1–2 uker. Personer som ivaretas gjennom nemndordningen, vil slippe påtale og videre straffeforfølging dersom de følger opp anbefalinger og beslutninger som tas av nemnden. De som tas for kjøp og salg av narkotika, sendes ikke til nemndene, men straffeforfølges av politi og rettsapparat.

Reformen i Portugal har endret fokuset fra straffeforfølging til behandling og oppfølging – både av dem med begynnende narkotikaproblemer og de narkotikaavhengige. Med nemndordningen har man flyttet ansvaret for personer som tas for besittelse av narkotika til eget bruk, fra justissektor til helsesektor. Justismyndighetene kan dermed konsentrere seg om de større narkotikasakene, samtidig som helsesektoren involveres tidlig og kan forhindre en mulig ruskarriere. Nemndordningen i Portugal er ett av flere elementer i en helhetlig satsing på rusfeltet. Samtidig som man startet med tverrfaglige nemnder, styrket man også forebygging, behandling og skadereuserende tiltak for personer med narkotika-problemer. Selv om man ikke kan dokumentere at nemndordningen isolert sett har hatt en effekt, har utviklingen de siste årene gått i riktig retning. Ifølge det europeiske overvåkingscenteret har det vært en stor nedgang i narkotikarelaterte dødsfall

¹⁵ Se forslag 4.

og HIV og en klar reduksjon i antall innsatte med narkotikaproblemer i Portugal.¹⁶ Man har også sett en reduksjon i rusbruk blant unge, og ordningen ser ut til å ha hatt en viktig og god forebyggende effekt overfor unge og andre som eksperimenterer med narkotika.

Modellen i Portugal er interessant, og erfaringene derfra blir viktige ved innføring av en lignende modell i Norge. En nemndordning i Norge kan bety at personer med et rusproblem som tas av politiet, kan starte med behandling og oppfølging tidlig. Unge og andre som eksperimenterer med narkotika, vil i stedet for straff, få informasjon om farene ved narkotikabruk og vil få en strukturert oppfølging av helse- og sosialfaglig personell. En slik ordning vil kunne avlaste politiet og bidra til at politiet kan konsentrere seg om de større narkotikasakene. Helsepersonell vil komme tidligere inn og kan i større grad forebygge at narkotikaproblemer utvikler seg. De positive erfaringene i Portugal med å legge nemndordningen administrativt under helsesektoren bør tas i betraktning ved etablering av en slik ordning også i Norge.

Ordnningen med Narkotikaprogram med domstols-

kontroll (ND)¹⁷, som prøves ut i Norge, er beslektet med ordningen i Portugal. Mens ND i Norge er avgrenset til personer med et rusproblem, omfatter den portugisiske ordningen alle brukere av narkotika som pågripes av politiet. En viktig forskjell er at de narkotikaavhengige i den portugisiske ordningen ikke håndteres av en domstol, men av helse- og sosialmyndighetene. De gode erfaringene man har høstet i Portugal og gjennom ND-ordningen, vil være verdifulle ved utviklingen av en nemndmodell i Norge.

Fra sprøyterom til brukersteder

Forslag 5:

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

I Norge kan kommuner etter nærmere godkjenning etablere sprøyterom. Det er i dag bare ett sprøyte-

¹⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*.

¹⁷ Gjennom en prøveordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll i Bergen og Oslo kan rusavhengige som ellers ville ha blitt dømt til ubetinget fengselsstraff, følge et rehabiliteringsprogram som vilkår for betinget dom. Ideen er hentet fra erfaringer med Drug Courts i Irland, Skottland og USA. Domfelte får et individuelt tilpasset behandlings- og rehabiliteringstilbud og følges opp av et tverrfaglig team med representanter fra kriminalomsorg, sosialtjeneste, spesialisthelsetjeneste og utdanningssektor.

rom, som ligger i Oslo sentrum. Sprøyterommet åpnet i 2005. Her er brukerne trygge i sin misbrukersituasjon. Det er tilgang til helsekompetanse, og det er straff-frihet for injisering av en brukerdose heroin. En evaluering i 2007 konkluderte med at straff-frihetsbestemmelsen har fungert godt, og at stedet har bidratt til økt verdighet for brukerne.¹⁸ Sprøyterommet er beregnet for brukere som setter sprøyter med heroin. Det er ikke lagt til rette for egne steder hvor man kan røyke heroin, selv om det medfører langt mindre risiko for overdoser og infeksjoner.

Sprøyterom kan forebygge smittespredning, infeksjoner og overdoser. Sprøyterommet i Oslo har likevel ikke medført noen stor endring i rusmiljøene i Oslo, noe som kan henge sammen med at tilbudet har korte åpningstider¹⁹ og få brukere, selv om antallet er økende. De første to driftsårene var det 383 registrerte brukere som benyttet rommet en eller flere ganger. I gjennomsnitt ble det satt 24 injeksjoner pr. dag i sprøyterommet i 2005/2006. I perioden fra juni 2007 til januar 2009 var antallet brukere steget til 1052, og det ble satt gjennomsnittlig 47 injeksjoner i sprøyterommet daglig.²⁰

18 Olsen & Skretting (2007): *Evaluering av prøveordning med sprøyterom*.

19 Ifølge Rusmiddeletaten i Oslo (www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no) er sprøyterommet åpent fra mandag til fredag, kl. 09.00–15.00.

20 SIRUS: *The Drug Situation in Norway 2009, Annual report to the EMCDDA*.

Dette utgjør antagelig under 1 prosent av rusinjeksjonene som settes i Oslo hver dag.²¹

Sprøyterom er ett av elementene i forebyggingskjeden, og kan være et sted der narkotikaavhengige fanges opp og får tilbud om hjelp. Sprøyterom kan også gi den enkelte tilgang til veiledning i injeksjonsteknikk og informasjon om hygiene knyttet til sprøytebruk. Oppfølgingsdelen er helt sentral for at sprøyterommet skal bli et skritt på vei mot bedre helse og et bedre liv. Evalueringen av sprøyterommet (2009) påpekte at bare 14 prosent av brukerne av sprøyterommet i undersøkelsen fikk helse- og sosialfaglig oppfølging. I stor grad synes dette å handle om mangel på kapasitet.

Innretningen av sprøyterom bør endres til å bli *brukersteder* der ansatte jobber for å knytte kontakt mellom brukerne og det øvrige hjelpeapparatet (MO-sentre, se forslag 9). Brukerstedene bør ha tett samarbeid eller samlokaliseres med lavterskel helse tiltak²² og sørge for at det er tilgang til sikkert brukerstyr, som sprøyter, askorbinsyre mv. Brukere bør kunne røyke heroin som et alternativ til å sette sprøyter. Målet med brukerstedene må være å forebygge infeksjoner og helseskader og motivere brukerne til å starte i behandling. Brukerstedene må holde

21 Olsen & Skretting (2009): *Nye lokaler – andre resultater?*

22 Lavterskel helsetiltak (også kalt væresteder og feltpleie) gir tilbud til rusavhengige som sprøyteutdeling, hjelp med helsetilstand som sårstell, tannhelse, ernæring og samtale- og omsorgstilbud. (Ådnanes mfl. (2008): *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige – Skadereuserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat*.

åpent fra morgen til kveld og ha kapasitet til å følge opp den enkelte i større grad enn hva sprøyterommet i Oslo har i dag.

Det å sette sprøyter med narkotika på åpen gate er uverdigg. Brukersteder må være et godt alternativ til «gata». I tillegg til å fremme større grad av verdighet må brukerstedene også ha som mål å bidra til at avhengige kommer raskt i kontakt med behandlingsapparatet.

Åpne bruker- og omsetningssteder

Forebygging handler også om å begrense tilgjengeligheten av narkotika. Det er relativt få åpne bruker- og omsetningssteder i Norge. Det er først og fremst de større byene som opplever at narkotikaavhengige samler seg i sentrum eller i parker. Utbredelsen er størst i Oslo, men også Bergen og Trondheim kan nevnes som eksempler på byer med åpne bruker- og omsetningssteder.²³

I Oslo opplever folk flest rusmiljøet i sentrum som mer ubehagelig enn truende.²⁴ Brukerne opplever

stedene som utrygge, uverdige og stigmatiserende.²⁵ Sprøytespisser, søppel og uhygieniske forhold utgjør et folkehelseproblem både for brukerne og for allmennheten. Næringslivet i berørte områder opplever åpen rusbruk som negativt. Det er bare én gruppe som ser ut til å ha nytte av åpne bruker- og omsetningssteder: bakmenn, langere og selgere.

Åpne bruker- og omsetningssteder gir organiserte kriminelle miljøer tilgang til et åpent marked. Narkotika er verdens tredje største illegale handelsvare, etter våpen og mennesker.²⁶ Produksjon, transport, omsetning og misbruk krever hundretusenvise av liv hvert år.²⁷ Det er en hard og kynisk virksomhet. Narkotikaomsetningen i Norge er i stor grad basert på illegal import. Narkotikahandel knytter den globale organiserte narkotikamafiaen sammen med lokale bruker- og omsetningssteder i Norge. Aggressiv markedsføring gir nye brukere, og narkotikabrukere opprettholder livsgrunnlaget for narkotikakartellene rundt i verden. Det er dermed en direkte sammenheng mellom narkotikakriger i produksjonsland og narkotikabrukere i Norge. I 2009 ble det beslaglagt en større mengde heroin i Norge enn noe tidligere år.²⁸ Det ble også gjort 11 782 beslag av cannabisprodukter og 2402

23 I en kort ringerunde til politiet i de fem største byene i Norge (januar 2010) oppgis det at åpne omsetningssteder finnes i flere byer.

24 Politiet, Oslo kommune (2007): *Trygghet for alle i Skippergata og nærliggende områder*.

25 Politiet, Oslo kommune (2007): *Trygghet for alle i Skippergata og nærliggende områder*.

26 Egeland: «Den globale narkotikaindustrien». Foredrag.

27 Egeland: «Den globale narkotikaindustrien». Foredrag.

28 Beslagene utgjorde totalt 129,6 kg heroin (KRIPOS: *Narkotika- og dopingstatistikk 2009*).

kg hasjissj. KRIPOS mener beslagene av cannabis kan indikere at det er større spredning av produktene enn noen gang.²⁹

Å bekjempe åpen omsetning er en sammensatt og komplisert oppgave, som omfatter å forebygge misbruk, redusere antallet kjøpere ved å gi behandlingstilbud til den enkelte narkotikabruker, slå ned på åpent salg, forhindre illegal import og jobbe gjennom internasjonale kanaler for å bekjempe narkotikamafiaen globalt. I denne rapporten tar vi opp bare en del av dette. Vi har ikke vurdert tiltak som handler om tollvesenets innsats, eller internasjonalt politisamarbeid. Dette er likevel sentrale deler i en helhetlig narkotikakontroll.

Forslag 6:

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

Åpne russcener gir organiserte kriminelle miljøer et lett tilgjengelig marked. I norske byer finnes i hovedsak to kategorier selgere. Den ene kategorien består av personer som selv er avhengige av narkotika, og som selger små kvanta for å finansiere eget misbruk. Den andre kategorien består av personer som ikke selv er avhengige av narkotika, men som selger narkotika på vegne av organiserte kriminelle miljøer eller selger narkotika de selv har smuglet inn i landet.

For den første gruppen synes bøter og fengsel å ha begrenset eller ingen virkning. Jaget etter rus overstyrer frykten for straff. Politiet pågriper gjentatte ganger tungt narkotikaavhengige for salg. Dette er ikke hensiktsmessig bruk av politiresurser. For denne gruppen må vi lete etter andre mulige reaksjonsformer. Ressurser må derimot settes inn for å intensivere innsatsen mot den andre gruppen, som er profesjonelle selgere, og for å avvikle åpne bruker- og omsetningssteder.

Situasjonen i byer som Oslo og Bergen med åpne russcener er ikke enestående i europeisk sammenheng. Flere europeiske land har og har hatt lignende situasjoner.³⁰ Som Norge har også andre land forsøkt vekselvis med økt kontroll og straff og styrket behandling og oppfølging for å avvikle de åpne rusmiljøene. Den ene eller andre metoden har ikke alene ført frem. Først når man har iverksatt en sektorovergripende innsats innen både helse-, sosial- og justisfeltet, rapporteres det om suksess. Sveits er ett av landene som ikke lenger har åpne bruker- og omsetningssteder. Modellen Sveits valgte for å løse problemene, var en helhetlig tilnærming som kombinerer streng kontroll med pragmatiske løsninger og vidtrekkende hjelpetiltak. Strategien bygger på fire «søyler»: forebygging, behandling, skadereduksjon og narkotikakontroll. Strategien kan beskrives som en helhetlig kjede av kontroll og hjelpetiltak som politi-, helse- og sosialmyndig-

²⁹ KRIPOS: *Narkotika- og dopingstatistikk 2009*.

³⁰ Blant annet Christiania i København i Danmark, sprøyteparken i Zurich i Sveits og Karlplatz i Wien i Østerrike.

hetene samarbeider tett om å levere. Etatene beskriver samarbeidet som noe av selve grunnlaget for suksessen som er oppnådd.

Å avvikle åpne bruker- og omsetningssteder er tidkrevende og kostbart. I Oslo har politiet flere ganger forsøkt å avvikle de åpne russcenene, uten å lykkes helt. Oslo har hatt åpne russcener siden hippie-miljøets dager i Slottsparken på slutten av 1960-tallet. I dag har byen et åpent rusmiljø i området rundt Christian Frederiks plass (Plata) ved Oslo sentralstasjon. Plata-miljøet etablerte seg tidlig på 2000-tallet, og politiet har flere ganger forsøkt å splitte miljøet. Våren 2002 arresterte politiet rundt 300 personer på Plata. Av dem var 130 selgere, hvorav de fleste var rusavhengige.³¹ Til tross for arrestasjonene forsvant ikke miljøet. I 2004 etablerte Grønland politistasjon, Oslo kommune og frivillige organisasjoner innen rusomsorgen «Plata-aksjonen». Målet var tredelt: For det første skulle man redusere rekrutteringen av barn og unge til rusmiljøet, for det andre skulle aksjonen begrense bruk og omsetning av narkotika, og for det tredje var målet å øke trygghetsfølelsen for alle som ferdes i området. Innsatsen ble definert i en egen tiltaksplan.

³¹ Olsen & Skretting (2006): *Ingen enkle løsninger. Evaluering av tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum.*

Forskningsinstituttet SIRUS fikk i oppdrag å evaluere planen.³² Rapporten fra SIRUS konkluderte med at Plata-aksjonen bare delvis lyktes. Deler av miljøet reetablerte seg etter kort tid i Skippergaten og omliggende områder, bare noen kvartaler unna «Plata». Rapporten påpekte at politiet hadde begrensede muligheter til å hjelpe den enkelte rusavhengige videre til behandling. Også erfaringer fra andre land viser at åpne russcener først forsvinner når man har fått på plass alternativer til «gata». Det må være lavterskel brukersteder og tilgang til behandling for de narkotikaavhengige. Når denne gruppen har et tilbud, kan politiet konsentrere sin innsats mot de profesjonelle selgerne.

Politiets innsats mot gateomsetning av narkotika må dermed forsterkes parallelt med at brukersteder og behandlingstilbud bygges ut. Å avvikle åpne omsetningssteder er en sentral faktor i narkotikaforebyggingen og for å bekjempe organisert kriminalitet, men det er en ressurskrevende oppgave. Innsatsen må ses som en del av et samfunnsloft mot narkotika, og politiet i de aktuelle byene må tilføres øremerkede midler for å sikre nødvendig kapasitet. Målet er de profesjonelle selgerne, ikke de narkotikaavhengige.

³² Olsen & Skretting (2006): *Ingen enkle løsninger. Evaluering av tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum.*

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

Internett er en kanal for informasjon og meningsdannelse, men det er også en markeds plass. Det dukker stadig opp nye rusmidler og narkotiske stoffer, flere av dem tilbys via internett. I sin årsrapport for 2009 skriver Det europeiske overvåkings senteret for narkotika og narkotikamisbruk: «Internett har blitt en ny markeds plass for psykoaktive stoffer³³, der detaljistene har mulighet for å tilby alternativer til kontrollerte stoffer for salg til et stort publikum. Dette har betydning for potensialet for spredning av nye psykoaktive stoffer, og overvåking av denne salgskanalen blir stadig viktigere i arbeidet med å identifisere nye narkotikatrender».³⁴

Nye stoffer kan ha alvorlige konsekvenser for liv og helse, og internett som omsetningssted for nye narkotiske stoffer må overvåkes og følges. I Norge skjer slik overvåking gjennom et samarbeid mellom tollvesenet, KRIPOS og SIRUS, der sistnevnte også har ansvaret for å rapportere videre til Det europeiske overvåkings senteret. Intensivert innsats for å overvåke omsetning av narkotika på internett er en viktig brikke i en helhetlig forebyggingsinnsats.

33 Et psykoaktivt eller psykotropisk stoff et kjemisk stoff som i hovedsak virker på sentralnervesystemet, der det forandrer hjernens funksjon og fører til midlertidige endringer i persepsjon, humør, bevissthet eller adferd. Narkotiske stoffer, nikotin og koffein er eksempler på slike stoffer. www.no.wikipedia.org.

34 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: *Annual report 2009. The state of the drugs problem in Europe.*

Behov for mer kunnskap

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

Tidlig intervensjon er ett av fem prioriterte områder under Norges Forskningsråds Program for rusmiddelforskning 2007–2011. Det er åpenbart at den beste måten å avhjelpe narkotikaproblemer på er å forhindre at mennesker blir avhengige. Men det er usikkerhet rundt hvilke tiltak som er mest effektive. Forebygging er et bredt felt, og vi trenger mer kunnskap om hvilke tiltak som virker, om hvilke strategier som gir best effekt, og om hvordan rusforebyggende aktiviteter bør legges opp. Vi trenger også mer kunnskap om årsakene til at noen utvikler avhengighetsproblemer og andre ikke. Bedre kunnskap er nødvendig for å forstå hva vi bør gjøre, og det trengs flere midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater.



BEHANDLING OG OPPFØLGING

Rask hjelp og langsiktig oppfølging

Helhet og koordinering er hovedlinjer i Rusreformen³⁵ så vel som i Opptrappingsplanen for rusfeltet³⁶ og Samhandlingsreformen.³⁷ Likevel fremstår rusfeltet som fragmentert, og tilbudet til den enkelte bruker mangler samordning. I Norge i dag er ansvaret for behandling av narkotikaavhengige delt mellom to forvaltningsnivåer. Kommunene har ansvaret for å ta imot brukerne, gi lavterskel hjelp og henvise til behandling. Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for å tilby behandling, mens den sosial- og helsefaglige oppfølgingen, som skal skje før, parallelt med og etter behandlingen, er det kommunene som har ansvaret for. Økonomisk sett betyr dette at når kommunen *henviser en rusavhengig til behandling i spesialist-*

helsetjenesten, vil staten dekke kostnadene. Dersom spesialisthelsetjenesten *skriver ut* en rusavhengig til videre oppfølging, er det faglige og økonomiske ansvaret kommunalt. Tjenestene har ingen økonomiske insentiver for å sikre at den enkelte får et langsiktig, sammenhengende behandlingsopplegg. Sektorrapporten for rusbehandling 2008 beskriver utfordringen slik: «*Avgrensning og oppsplitting av pasientforløpet i forhold til om tilbudet er spesialisthelsetjeneste eller kommunehelsetjeneste, kan hindre den kontinuitet som kanskje er særlig viktig for ruspasientene.*»³⁸

I Norge er det lange ventetider for å komme inn i rusbehandling. Ventetider og avbrudd koster, både menneskelig sett og økonomisk, noe som er godt beskrevet i forarbeidene til Samhandlingsreformen.³⁹ Det er ventelister til rusbehandling i alle helseregionene. I 2007 var gjennomsnittlig ventetid fra henvisning ble sendt til behandlingen startet, 67 dager.⁴⁰ I 2009 hadde ventetiden økt til 80 dager. Ventetider henger sammen med mangel på kapasitet, men det handler også om hvordan

35 Ansvaret for rusbehandling (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk) ble med Rusreformen fra 2004 overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Målet med reformen var at rusavhengige skulle få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud.

36 Opptrappingsplanen som ble lagt fram i 2007 har 147 tiltak og som overordnet mål: «Å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet.» Planen skal virke tom 2010.

37 St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.

38 SINTEF (2009): SAMDATA. Sektorrapport for rusbehandling 2008.

39 Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *Forløpsgruppe Rus*.

40 Helsedirektoratet (2010): *Ventetider og pasientrettigheter 2009. Norsk Pasientregister*.

tjenestene organiseres og benyttes. I dag er det ikke uvanlig at en rusavhengig på 40 år har vært inne til avrusning og poliklinisk behandling for både rus og psykiske lidelser gjentatte ganger og har hatt flere behandlingsopphold i døgninstitusjoner. Mellom hvert opphold har det vært vurderinger, søknader, saksbehandlere, ventetider.

Oppbyggingen av tilbudene i tiltakskjeden har skjedd med ulik styrke. Vi ser dette for eksempel når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering. Mens den medisinske behandlingen har blitt bygget ut i løpet av de senere årene, har tilbudet om langsiktig oppfølging og rehabilitering i kommunene ikke fulgt samme progresjon. Kapasitetsutviklingen når det gjelder avrusning, psykologtjenester og behandlingsopplegg uten bruk av legemidler, har heller ikke skjedd i takt med etterspørselen. Ubalanse i utbyggingen er en av faktorene som bidrar til ventetider og avbrudd i behandlingsskjeden.

God rusbehandling stiller store krav til flyt: *at utskrivning* fra ett tiltak umiddelbart følges av *innskriving* i videre oppfølging. Ideelt sett burde behandlingsforløpet være som en stafett: litt før veksling begynner den neste å løpe ved siden av for å overta stafettspinnen og hjelpe den narkotika-avhengige videre. Løpet må utgjøre en helhet, der man sammen tar ansvar for å vinne. Oppsplittingen i rusfeltet gjør dette vanskelig. Det mangler en helhetlig ansvarslinje, og det er behov for et helhetlig mottaks-, behandlings- og oppfølgings-

apparat som kan ivareta de narkotikaavhengige fra første dag de ønsker hjelp, og gjennom mange år. Det må være enkelt å få hjelp, og hjelpen må være tilgjengelig umiddelbart. Dagens manglende samordning handler ikke om uvilje eller mangel på engasjerte fagmiljøer – det er et strukturelt problem som må løses ved bruk av politiske virkemidler.

En annen utfordring knytter seg til kvaliteten i behandlings- og oppfølgingstilbudene. Det er stor variasjon i kvaliteten på ulike behandlingsopplegg. Helsedirektoratet arbeider med å få på plass nasjonale retningslinjer og veiledere for tverrfaglig spesialisert behandling. Dette er en tidkrevende prosess. Helsedirektoratet forventer at retningslinjene ferdigstilles innen 2015.⁴¹

Mottaks- og oppfølgingscentre

Vi har i dag en situasjon der flere utfordringer må takles samtidig. For det første må det bli enklere å få rask hjelp og lettere å finne frem i behandlings- og oppfølgingsapparatet. For det andre må tilbudet som gis, henge sammen, fra første gang en avhengig kommer til behandling og til den enkelte har fått kontroll med sitt narkotikaproblem og kommet i bolig, arbeid eller annen aktivitet. For det tredje er det behov for å bygge ut et mottaks- og behandlingsapparat som kan ta imot og gi individuell oppfølging og poliklinisk behandling.

⁴¹ Riksrevisjonen, dokument 3:7 (2009–2010): *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

For å møte behovene foreslår vi at det investeres i en utbygging av egne mottaks- og oppfølgings-sentre (MO-sentre), der ansvaret for langsiktig oppfølging og koordinering av behandling for den enkelte samles på ett sted, under én budsjettlinje.

Forslag 9:

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

Formålet med MO-sentre skal være å sikre rask tilgang til hjelp og samle mottak, behandling og langsiktig individuell oppfølging i *ett* kompetent tverrfaglig miljø. Sentrene skal

- 1) ta imot og følge opp den avhengige så lenge det er nødvendig,
- 2) ha ansvaret for å samordne tjenestene den enkelte har behov for, og
- 3) fungere som en bro mellom ulike tiltak ved å tilby polikliniske tjenester, medisiner og oppfølging, også i perioder der brukeren venter på plass ved ruspoliklinikker og døgninstitusjoner.

MO-sentre samler dermed 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. For at dette skal være mulig, må MO-sentre ha høy rusfaglig kompetanse med leger, psykologer, sosialarbeidere og sykepleiere blant sine ansatte. MO-sentrene kan også være base for ambulante team.

Vårt forslag er at mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) skal være fysiske steder der narkotikaavhengige kan komme alene, sammen med pårørende, innbringes av oppsøkende tjenester, av politiet eller komme via fastlegen eller kriminalomsorgen. MO-sentrene må, på samme måte som en legevakt, være døgnåpne eller ha døgnvakt, og ta imot uten noen form for henvisning. Her skal den narkotikaavhengige alltid være velkommen, og ingen skal bli avvist. Her er det omsorg, mat, dusj og en seng, om nødvendig. Her er det samtidig tilgang til spesialisert medisinsk ruskompetanse, nødvendige medisiner og en å snakke med. Her er det fleksibilitet og raushet.

De fleste narkotikaavhengige har behov for individuell oppfølging og har krav på en individuell plan. Erfaring har vist at tett individuell oppfølging har stor betydning for den enkelte bruker.⁴² Narkotikaavhengige som kommer til MO-sentrene, må få tildelt *en koordinator*⁴³. Koordinatoren blir en helt sentral person for den avhengige. Koordinatoren er kontaktperson og har en nøkkelrolle i å samordne de tjenester den enkelte til enhver tid har behov for. Koordinatoren må ha tilstrekkelig tid til å følge opp den enkelte, og skal sammen med annet

42 Rambøll management Consulting (2008): *Evaluering av programmet tettere individuell oppfølging* og Rambøll Management Consulting (2009): *Følgeevaluering av tillitspersonforsøket, Delrapport 1*.

43 Regjeringen har i St.meld. nr. 47 (2008–200) Samhandlingsreformen foreslått å etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at personer med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.

personale på senteret følge den narkotikaavhengige over *flere år* eller så lenge det er behov for det. Koordinatoren og den avhengige vil sammen inngå i en ansvarsgruppe der man kan diskutere, dele informasjon og planlegge hvordan den enkelte best kommer videre i sin helingsprosess. Den avhengige og koordinatoren bør sammen være ansvarlige for utformingen av en individuell plan. I rådspørningen kom det frem at individuell plan er et verktøy som bør brukes mer, og enkelte foreslår at individuelle planer bør bli juridisk forpliktende.

MO-sentre må ha tilgang til akutte overnattingsplasser, kunne tilby poliklinisk behandling og gi LAR-medisiner. Senteret må bidra til å skaffe et egnet bosted og gjøre avtaler med NAV om oppfølging i forhold til økonomi, jobb eller kvalifiseringstiltak. MO-sentrene og koordinatorene skal samarbeide tett med en rekke instanser som vil ha ulike roller i behandlings- og rehabiliteringsløpet: spesialisthelsetjenesten, allmennleger, barnevernet, oppsøkende tjenester, NAV, lavterskel helse tiltak i kommunen, politiet og kriminalomsorgen. Mange overdoser skjer rett etter at en rusavhengig kommer ut fra fengsel eller en behandlingstiltak.⁴⁴ Her vil MO-sentrene kunne spille en viktig rolle ved å sørge for at bolig, videre behandling og arbeidsopplegg står klart den dagen løslatelse eller utskrivning skjer.

⁴⁴ Amundsen & Ravndal (2010): *Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study.*

Forslag 10:

Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene.

Etter Rusreformen kan både allmennlegen og sosialtjenesten henvise pasienter til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Henvisningene sendes i dag til vurderingsenheter i spesialisthelsetjenesten, hvor fagpersonell vurderer om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og hvilken behandling den enkelte skal få tilbud om. Vurderingsenhetene tildeler pasienten (venteliste)plass til LAR, til døgnbehandling eller til poliklinisk behandling. MO-sentrene vil dekke ansvarsområder som i dag ligger både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Sentrene vil ha nødvendig ekspertise til å vurdere om en pasient har «rett til nødvendig helsehjelp» etter loven.⁴⁵ Å legge vurderingsoppgaven til MO-sentrene vil redusere den omfattende, tidkrevende og byråkratiske henvisnings- og søknadsprosessen som vi har i dag: MO-sentrene vil ta imot pasienten, gjøre en vurdering og ved behov henvise direkte til andre deler av spesialisthelsetjenesten, slik som til avrusing, rusbehandling, psykiatrisk behandling og/eller til behandling i somatisk sykehus. Dermed vil mye dobbeltarbeid med søknader og henvisninger som i dag skjer på kommunalt og statlig nivå, bli avskaffet.

⁴⁵ I pasientrettighetsloven defineres helsehjelp slik: «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell».

Forslag 11:

Åpne egne ungdomsmottak som del av MO-sentrene.

Ungdom med narkotikaproblemer har ofte mange utfordringer. Det kan handle om adferdsproblemer, psykiske lidelser, brutte relasjoner, behov for omsorg og venner, lavt selvbilde og behov for aksept og mestringsfølelse. Det kan også handle om gjeld og vinningsforbrytelser. Det er ikke alltid lett å vite hvor en ungdom med narkotikaproblemer skal henvende seg for å få hjelp.

I Stockholm har man opprettet et eget lavterskel ungdomsmottak, «Maria Ungdom». Tilbudet er en del av helsetjenesten, men det er nært samarbeid med lokal sosialtjeneste. Her kan ungdom opp til 20 år og deres familier henvende seg for å få hjelp, og de kan komme rett inn uten henvisning, døgnet rundt og få akutt og mer langsiktig behandling. «Maria Ungdom» har psykologer, barnepsykiater, familieterapeut. Hele familien skal få et godt tilbud. «Maria Ungdom» driver også lokale mottak i samarbeid med enkelte kommuner (MiniMaria). «Maria Ungdom»s særegenhet ligger i at man kombinerer et bredt sammensatt og spesialisert tilbud med en lav terskel for å komme inn.

Norge har ikke noe landsdekkende tilbud med mottakssentre for ungdom som bruker narkotika, men mye taler for at behovene i Norge ikke er mindre enn behovene i Sverige. Vi kan lære av den

svenske modellen. I Norge vil MO-sentrene kunne etablere egne tilbud for ungdom. Ungdomstilbudet bør kunne trekke på MO-sentrenes kompetanse og personell og ligge som en administrativt integrert, men fysisk separat del av MO-sentrene.

Forslag 12:

Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende.

Når en nærstående strever med rusproblemer, preges ofte livet av konstant bekymring og en redsel for at liv og helse kan gå tapt. Ofte er dette påkjenninger man bærer med seg i hemmelighet.

MO-sentrene skal også være et tilbud for pårørende og må kunne gi råd og veiledning. Bekymring, fortvilelse og behov for hjelp har ingen kontortid. Det må derfor være mulig for pårørende å komme i kontakt med MO-senteret døgnet rundt, eventuelt via døgnåpen telefon. Vissheten om slik tilgjengelighet kan noen ganger være en hjelp i seg selv.

Pårørende er opptatt av hvordan ens egne har det. Her kan taushetsplikten oppleves som et hinder, men det er mange måter å formidle informasjon på. Noen ganger kan det være nok for en pårørende å få et generelt svar, uten at taushetsplikten brytes. En mor har nevnt for utvalget som et eksempel, hvordan én enkel tilbakemelding noen ganger kan gi ro og dempe bekymring om eget barn: «I natt

kan du sove godt.»

MO-sentrene må ta pårørendes behov på alvor. Sentrene og koordinatorene bør ha tett kontakt og samarbeid med pårørende-organisasjoner og med kompetansemiljøer som pårørende kan dra nytte av.

Forslag 13:

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

MO-sentrene skal ta et helhetlig ansvar for ruspasientene og levere tjenester som i dag ligger delvis på kommunalt nivå og delvis på statlig nivå. Skal samhandlingen lykkes, må begge forvaltningsnivåer være tjent med samarbeidet, og ingen må kunne skyve verken ansvar eller utgifter over til et annet forvaltningsnivå.

MO-sentrene skal først og fremst være utøvende fagmiljøer som har fokus på pasienten og de pårørende. Tidligere narkotikaavhengige og samarbeid med brukerorganisasjonene og frivillige organisasjoner kan være viktige ressurser for MO-sentrene. Sentrene bør kunne etableres ved å bygge på gode, eksisterende behandlingsmiljøer, det være seg i ruspoliklinikker, lokal rusomsorg, LAR-sentre eller andre egnede miljøer. I enkelte byer kan det være behov for flere sentre, mens i kommuner med færre narkotikaavhengige vil ett

senter kunne dekke behovet for tjenester på tvers av kommunegrensene.

Alle sentre bør ha strengt definerte mål og suksesskriterier. Kvalitetskrav, mål og suksesskriterier bør være tilnærmet like over hele landet for å sikre et enhetlig tjenestetilbud.

Utvalget har diskutert flere modeller for hvordan ansvarslinjene for MO-sentrene og øvrig rusbehandling kan være. Vår konklusjon er at faglig og økonomisk ansvar for all rusbehandling og oppfølging bør samles på *ett* forvaltningsnivå. Vurderingen er at en statlig ansvarsmodell best vil kunne sikre narkotikaavhengige et helhetlig og tverrfaglig behandlingsløp. Rusavhengighet er en kompleks sykdom som fordrer høy kompetanse og tilgang til mange deler av spesialisthelsetjenesten. Statlig helhetlig ansvar har som formål å forenkle overgangene i tiltaks-kjeden og redusere dagens fragmentering. En statlig modell vil legge til rette for et likeverdig behandlings- og oppfølgings-tilbud rundt i landet, uavhengig av den enkelte kommunes økonomi. Modellen vil også bidra til en videreutvikling av kompetansemiljøene som er bygget opp, og samle ulike virkemidler under en felles budsjettlinje. Med et helhetlig statlig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging vil rusfeltet få en enhetlig organisering. Rusfeltet vil i større grad samles og ha én ansvars- og rapporteringslinje til helseministeren.

Ansvar må følges av råderett over virkemidler. Ved at staten tar det økonomiske ansvaret for all rusbehandling og oppfølging, vil både spesialisert rusbehandling og lokale oppfølgingstiltak dekkes av staten. Staten vil dermed dekke utgiftene, enten en pasient får døgnbehandling eller oppfølging lokalt. Midler til MO-sentrene må øremerkes de første årene.

Kjøp og drift av behandlingsplasser utgjør en stor andel av utgiftene på rusfeltet. Omtrent 50 prosent av døgnplassene for rusbehandling drives av private. Ansvaret for og administrasjonen av anbud, drifts-avtaler og kjøp av plasser vil ikke endres med MO-sentrene. Dette er oppgaver vi mener fortsatt bør administreres fra regionalt nivå.

Kommunene har etter lov om sosiale tjenester ansvar for å tilby grunnleggende sosiale tjenester til dem som oppholder seg i kommunen. Dette ansvaret bortfaller ikke med et utvidet statlig ansvar for rusfeltet. Kommunen vil fremdeles ha ansvar for generelle tjenester som å sørge for økonomiske stønader og bolig. Staten bør imidlertid ta et særskilt økonomisk ansvar for narkotika-avhengige som har behov for oppfølging i bolig. Slik oppfølging må ses som en del av den behandlingen man får på grunn av narkotikaproblemer. Det samme gjelder for økonomisk støtte til sosial oppfølging og aktiviteter.

Bolig og aktivitet

Forslag 14:

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

Et godt bo- og oppfølgingstilbud kan være starten på et bedre liv for mange som er avhengige av narkotika. Et varig bo-tilbud gir trygghet og må være et selvstendig mål også for personer som har hatt et tungt rusmisbruk i mange år. Å være oppmerksom på hvilket behov den enkelte har, er helt avgjørende for at personer skal klare å bo i boligen sin og beholde den over tid.⁴⁶ Hvilken oppfølging den enkelte har behov for, varierer. Det kan være behov for en å ta kontakt med når man føler seg utrygg, behov for støtte når det kommer uønsket besøk og man mister kontrollen, behov for praktisk hjelp til å holde orden, hjelp til å handle og huske å spise og til å betale husleie.

Koordinatorerne ved MO-sentrene må ha mulighet til å tilby midlertidig overnatting når behovet er akutt, men primært hjelpe den enkelte med å finne en fast bolig. Nær 60 prosent av de om lag 6100 som er bostedsløse i Norge, er avhengige av rusmidler.⁴⁷ Flere kommuner har mangel på boliger, og ikke sjelden vil narkotikaavhengige som er i be-

⁴⁶ Yterhus mfl. 2008, Hansen mfl. 2007, Hansen og Øverås 2007.

⁴⁷ Dyb & Johannessen (2009): *Bostedsløse i Norge 2008 – en kartlegging.*

handling, måtte bo i hybelhus eller bolig 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. Bosted med oppfølging må defineres som en del av behandlingsopplegget og legges inn i individuell plan. Kostnadene for oppfølging i bolig, som er definert under individuell plan, må dekkes av MO-sentrene slik at det økonomiske grunnlaget for boliger med oppfølging sikres.

Aktivitet, arbeid og sosial kontakt

På samme måte som et sted å bo er også jobb eller faste aktiviteter på dagtid sentralt for at narkotikaavhengige og tidligere avhengige skal komme inn i et nytt miljø. Dagene må fylles av noe annet enn rusen, og aktivitet gir dagliglivet struktur. Vi mener sysselsetting og aktivitet for avhengige i aktiv rus bør være en del av behandlingen. Aktivitet og jobb handler ikke bare om å kunne tjene egne penger, det handler like mye om verdien av å bli sett av noen utenfor rusmiljøet, om sosial støtte og livsinnhold. Evalueringer har vist at for noen kan dette representere starten på en prosess mot et liv med økt livskvalitet.⁴⁸ Arbeid kan være et virkemiddel for etablering av sosiale nettverk, og det kan gi opplevelse av mening. Det samme kan andre aktiviteter som deltakelse i frivillige organisasjoner eller i frivillig arbeid.

⁴⁸ Skårberg & Fløtten (2008): *Et trappetrinn opp i livet. Evaluering av aktiviserings- og arbeidstreningstiltak i regi av frivillige organisasjoner.*

Å komme ut av et rusmisbruk kan være billetten til et bedre liv, men det er ingen garanti. Ensomhet og problemer med å etablere et nytt liv utenom rusmiljøet kan være vanskelig, og faren for tilbakefall til rus stiger med lav sosial integrasjon og ensomhet. Koordinatorene ved MO-sentrene blir viktige bindeledd når den enkelte skal etablere nye sosiale nettverk. Koordinatorene vil ha kontakt med relevante etater og aktører som kan sikre at den enkelte har et tilbud om aktivitet eller jobb, også når den enkelte har avsluttet selve rusbehandlingen.

Innsatte med narkotika-problemer

Forslag 15:

Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold.

Mange narkotikaavhengige begår vinningsforbrytelser eller annen form for kriminalitet som medfører dom og soning i fengsel. Om lag 60 prosent av alle innsatte har narkotikaproblemer. De fleste er blandingsmisbrukere. Innsatte som har narkotika-problemer, strever ofte med flere problemer samtidig. Mange har store sosiale problemer, dårlig fysisk og psykisk helse, økonomiske problemer og gjeld, og mange mangler et sted å bo etter løslatelse og har et dårlig sosialt nettverk.⁴⁹

⁴⁹ Friestad & Hansen (2004): *Levekår blant innsatte.*

Fengselsoppholdet kan utvikles til et vendepunkt, for i fengslene er det mulig å komme i posisjon til å hjelpe mange av dem som det ellers kan være vanskelig å nå. En målrettet og god oppfølging i fengslene kan ha stor betydning for den enkelte og samfunnet for øvrig. Det er nettopp blant dem som siktes for brudd på legemiddeloven, at tilbakefallsprosenten er høyest, opp mot 70 prosent.⁵⁰

Behandling og rehabilitering må starte under soning, i samarbeid med hjelpeinstansene utenfor. I dag finnes det forskjellige tiltak, for eksempel rusmestringsenheter og §12-soning.⁵¹ Sammen med det generelle tilbudet innenfor rus og psykiatri til innsatte er slike tiltak viktige for at en ond sirkel med rus og kriminalitet skal bli brutt.

Innsatte med narkotikaproblemer kan motiveres til endring. Dette krever kompetanse og ressurser, men er en innsats som vil betale seg med tanke på forebygging av tilbakefall til kriminalitet og økte muligheter for integrasjon i samfunnet for den enkelte. For dem som klarer å starte en endringsprosess i fengsel, er det ofte et problem at de ikke får tilstrekkelig oppfølging etter soning. Når ansvaret for oppfølging legges til MO-sentrene, vil det gi en tydeligere plassering av ansvar. Målet må være

⁵⁰ Justis- og politidepartementet: *St.meld. 37 (2007–2008), Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn.*

⁵¹ Straffegjennomføringsloven § 12 åpner for at innsatte kan sone deler av staffen, normalt inntil 12 måneder, i institusjon, blant annet rusinstitusjon. En forutsetning er at kriminalomsorgen ikke har tilbudet som dekker den enkeltes behov.

bedre oppfølging av den enkelte og at den prosessen som skjer i fengslene, videreføres i MO-sentrene etter endt soning, i samarbeid med kriminalomsorgen.

Det etableres nå service-torg i flere fengsler. Det skal være en møteplass for innsatte og ulike instanser, for eksempel NAV og boligkontor, som skal hjelpe den enkelte etter soning. Gjennom service-torgene kan innsatte komme i kontakt med MO-sentrene og få en koordinator. MO-sentrene blir også et bindeledd til organisasjoner som kan hjelpe den enkelte med å etablere et nytt liv etter endt soning.

Bruk av tvang

Forslag 16:

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

«Bør det åpnes for større bruk av tvang i rusomsorgen?» Vi stilte dette spørsmålet i rådspørringen. Svarene viste at det er ulike syn på bruk av tvang. De fleste er enige om at tvang bør benyttes når liv og helse står i fare. Flere pårørende har opplevd makteløsheten når ens barn bruker narkotika og ingen tilbud synes å virke. Tanken om at rusbruken tar kontroll over den unges liv og at tvang dermed vil være en mulighet til å bryte en ond sirkel,

får støtte fra noen. Andre mener tvang kan være nødvendig i tilfeller der den narkotikaavhengige sliter med flere problemer samtidig, slik som adferdsproblemer, psykiske lidelser og rus. De fleste beskriver langtidseffekten av behandling under tvang som usikker.

Bruk av tvang kan være nødvendig av helsemessige årsaker og som en start på et liv uten skadelig rusbruk. Ifølge en svensk kunnskapsoppsummering om tvang ved rusmisbruk finnes behandling med tvang i en eller annen form i om lag 80 prosent av verdens land⁵². Sverige skiller seg fra de andre nordiske landene ved at landet har et høyere antall narkotikaavhengige som tas hånd om ved tvang. Den svenske kunnskapsoppsummeringen nevner flere undersøkelser internasjonalt som kan vise til gode resultater av tvang. Kvalitet i behandling, innhold og oppfølging etter tvang har betydning for resultatene.

Enkelte tar til orde for at det bør utformes et felles lovverk for bruk av tvang innen psykisk helse, rusfeltet og barnevernet. Etter sosialtjenesteloven er det anledning til å iverksette tvangstiltak overfor en rusavhengig som utsetter sin helse for fare ved

omfattende og vedvarende rusmisbruk⁵³. Personer kan tas inn i institusjon i opptil tre måneder eller holdes tilbake i behandling i opptil tre uker. Formålet er å *motivere* den enkelte til frivillig behandling. Det er ikke anledning til *tvangsbehandling*. Gravide kan holdes i behandling under hele svangerskapet. Her er formålet å unngå at barnet fødes med skade. Sosialtjenesten har også en plikt til å vurdere tvang når den får melding fra pårørende, og de pårørende har krav på å få tilbakemelding om resultatet. Det er sosialtjenesten i kommunen som fremmer sak for *fylkesnemnden for barnevern og sosiale saker* om bruk av tvang. Ansvar for å starte tvangssak overfor barn og unge ligger til barnevernet. Etter barnevernsloven kan barn og unge som har vist alvorlige adferdsvansker, blant annet vedvarende misbruk av rusmidler, uten eget samtykke plasseres i institusjon for behandling. Tvangstiltak for personer med en alvorlig sinnslidelse kan iverksettes etter regler i psykisk helsevernlov. Rusavhengige med samtidig psykisk lidelse innlegges også på tvang etter denne loven. Vi har dermed en situasjon der tre ulike lovverk kan brukes for å innlegge rusavhengige personer med tvang.

52 Berglund & Gerdner (2010): *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet.*

53 Sosialtjenesteloven har tre bestemmelser om tvang: § 6-2 som gjelder alle rusavhengige, § 6-2a som gjelder gravide og § 6-3 som gir institusjonen anledning til å holde en rusavhengig igjen i behandling etter å ha samtykket til det før oppstart av behandling («avtalt tvang»). § 6-1a gir sosialtjenesten plikt til å utrede om tvang skal brukes når pårørende ber om det. De pårørende har krav på tilbakemelding om utfallet.

Det må ikke være tvil om hvem som har ansvaret når en ung rusavhengig eller en rusavhengig med både rus og psykiske problemer trenger rask hjelp og et tvangstiltak. Det er behov for et tydeligere regelverk og en klarere ansvars plassering ved bruk av tvang.

Ifølge en evaluering av tvangsbruken i Norge har det vært en klar økning i bruk over tid, samtidig som tvang fortsatt brukes i beskjeden grad.⁵⁴ Ifølge en pasienttelling fra SINTEF, hadde 33 prosent av dem som ble tvangsinnlagt i psykiatrien, et kjent rusmiddelproblem.

Rokkansenteret har avdekket at det er store forskjeller i bruken av tvang mellom kommuner, mellom de enkelte sosialkontor/NAV og mellom saksbehandlere.⁵⁵ Det er også et spørsmål om de mest vanskeligstilte – personer med samtidig rus og psykiske problemer – får et godt nok tilbud. Det er ikke uvanlig at disse pasientene sendes frem og tilbake mellom rus og psykiatriske institusjoner. Skal tvang ha noen mening, må pasientene også få et tilbud etter tvangsinnleggelsen – noe som ikke alltid skjer.

Ulik praktisering av tvangsbestemmelsene gir grunn

⁵⁴ Ifølge Rokkansenteret ble det i 2009 fattet ca. 98 vedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2, mot 39 i 2001. Det ble fattet 26 vedtak etter § 6-2a, mot 12 i 2001.

⁵⁵ Lundeberg I & Mjåland K (2009): *Grenser for tvang. Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere.*

til bekymring. Særlig siden resultatet kan være at personer med de største hjelpebehovene ikke får et nødvendig hjelpetilbud. Det bør derfor være klare retningslinjer for tjenestene for å sikre en bedre og mer enhetlig praksis. Ansvaret for en planmessig oppfølging etter tvangsopphold for en narkotikaavhengig, vil det etter utvalgets forslag være naturlig å legge til MO-sentrene.

Rus og psykiske lidelser

Forslag 17:

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

Mange narkotikaavhengige har psykiske lidelser, og flere mennesker med psykiske problemer strever med rusmisbruk. Flere har kommentert at personer med samtidige problemer (dobbeldiagnoser) blir skjøvet frem og tilbake mellom tjenester innen rus og psykisk helse uten å få tilstrekkelig hjelp. Dette er en gruppe med store behov for behandling og oppfølging. Viktigheten av at denne gruppen får hjelp, understrekes også i Olsenuutvalgets rapport, som ble lagt frem i mai 2010.⁵⁶ Syke pasienter må ikke kunne avvise. Ansvaret for å behandle personer med samtidig tung rus og alvorlige psykiske lidelser ligger i psykiatrien, uavhengig av om den psykiske lidelsen er utløst av rusmisbruk eller av andre årsaker. MO-sentrene skal ikke avvise

⁵⁶ NOU 2010: 3 *Drap i Norge i perioden 2004–2009.*

pasienter med psykiske problemer, men må kunne henvise svært syke pasienter til akutt behandling i psykiatrien, uten at pasienter avvises der fordi de har et rusproblem. Innspill til utvalget tyder på at det er behov en klarere oppgavefordeling mellom rusfeltet og psykisk helse. Verken rus eller psykiske lidelser kan være grunnlag for at pasienter ikke får et behandlingstilbud. Kriteriene for oppgavefordeling må være klare, og det må arbeides frem en felles forståelse på rusfeltet og psykisk helse om hvordan pasientene kan sikres best mulig behandling.

Egenandeler

Forslag 18:

Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.

All behandling ved MO-sentrene må være gratis, også legekonsultasjoner og den polikliniske behandlingen senteret gir i påvente av andre behandlingstiltak. All spesialisert rusbehandling, med unntak av poliklinisk behandling, er i dag gratis. Før 2005 var det ingen egenandel for poliklinisk rusbehandling. Egenandeler kom som en konsekvens av at rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten, og av at man ønsket å harmonisere praksis for ruspoliklinikkene med det som var praksis for de psykiatriske poliklinikkene. Selv om intensjonen om likhet for pasienter innen rus og psykisk helse er forståelig ut fra administrative

hensyn, bidrar ordningen med egenandeler til å gjøre det vanskeligere å få narkotikaavhengige til å komme til behandling. At narkotikaavhengige oppsøker behandling sparer lidelse, og det sparer samfunnet for kostnader. Bruk av egenandeler for poliklinisk behandling og for legekonsultasjoner synes å virke motsatt av denne hensikten. Når tilbudene på MO-sentrene gis gratis, bør egenandeler for behandling av narkotikaproblemer også fjernes i tjenesteapparatet forøvrig.

Tannhelse

MO-sentrene må sikre at narkotikaavhengige får nødvendig og gratis tannbehandling som en del av rehabiliteringen. Siden 2005 har narkotikaavhengige som er i døgntilrettelagt behandling, kommunal rusomsorg, legemiddelassistert rehabilitering eller som soner i fengsel, hatt rett til gratis tannbehandling.⁵⁷ Mange av de narkotikaavhengige er fornøyde med tilbudet, men vi vet ikke om tilbudet når alle som trenger det.⁵⁸ Enkelte grupper av narkotikaavhengige faller utenfor ordningen med refusjon. Dette gjelder blant annet personer som er i medikamentfri poliklinisk behandling utover tre måneder. Arbeidet med å styrke tannhelsetilbudet vurderes av departementet som å være godt i gang. Helse- og omsorgsministeren har uttalt at hun vil se på

⁵⁷ Ulike grupper av ruspasienter har rett til vederlagsfri tannbehandling. (Helse- og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-4/2008.)

⁵⁸ Edland-Gryt & Skretting (2010): *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere. En kartlegging.*

mulighetene til å utvide tilbudet om gratis tannbehandling for denne gruppen i forbindelse med revisjon av lov om tannhelsetjeneste.⁵⁹

Behandling med legemidler (LAR)

Avhengighet av heroin er en alvorlig, livstruende og kronisk lidelse.⁶⁰ Årlig dør om lag 200 personer i Norge på grunn av bruk av narkotika. Internasjonal forskning viser at behandling av heroinavhengige med legemidler⁶¹ kan redde liv og gi bedre livskvalitet. En norsk undersøkelse viser at dødeligheten reduseres betydelig for pasienter i slik behandling, sammenlignet med dem på venteliste og dem som har avbrutt behandlingen.⁶²

Behandling med legemidler har gradvis vokst frem til å bli den dominerende behandlingsform for heroinavhengige på verdensbasis. Behandlingen er tilgjengelig i de fleste europeiske land, men andelen opioidavhengige som mottar slik behandling, varierer sterkt, fra 5 til 50 prosent. Det europeiske gjennomsnittet er i overkant av 40 prosent. Selv om dekningsgraden i Norge i dag er fullt på høyde

med et europeisk gjennomsnitt, beregnes det at vi har et stykke igjen til full behovsdekning.⁶³ Beregninger viser at det er om lag 9500 som er avhengige av heroin i Norge. Omtrent 8000 av dem bruker sprøyter. Helsedirektoratet anslår at om lag 7000 kan ha nytte av behandling med legemidler som metadon og buprenorfin.⁶⁴ Ved inngangen til 2010 fikk rundt 5400 personer i Norge slik behandling.

I Europa gis behandling med legemidler vanligvis ved spesialiserte polikliniske sentre. Tretten europeiske land tilbyr slik behandling gjennom allmennpraktiserende leger, blant annet Frankrike, Storbritannia og Nederland⁶⁵. Flere land i Europa rapporterer om at man har oppnådd økt tilgjengelighet til disse behandlingstilbudene ved bruk av allmennpraktiserende leger.

I Norge hadde vi på 1990-tallet en stor debatt om hvorvidt det skulle åpnes for substitusjonsbehandling av opioidavhengige. Etter mye diskusjon ble behandling med metadon tilgjengelig i Norge, tretti år etter at Nederland og Storbritannia hadde startet sine metadonprogrammer. Behandling med legemidler – legemiddelassistert rehabilitering – har siden 1998 vært et nasjonalt behandlingstilbud for heroinavhengige i Norge. Behandlingen

59 Pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet. April 2010.

60 SIRUS: *Rusmidler i Norge 2009*.

61 I Norge såkalt legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med bruk av legemidler som metadon og buprenorfin.

62 Clausen mfl. (2009): *Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death*.

63 Clausen mfl. (2009): *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008*.

64 Helsedirektoratet (2010): *Nasjonalt retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*.

65 EMCDDA: *Årsrapport 2009*.

sker ved bruk av metadon og buprenorfin⁶⁶, som fjerner «suget» etter heroin. Legemidlene tar ikke bort selve avhengigheten, men gjør det mulig å forbedre livskvaliteten og psykososial fungering. Formålet er ikke total rusfrihet, men å unngå bruk av illegale rusmidler og redusere skader for den enkelte og samfunnet, for eksempel helseplager og kriminalitet.⁶⁷ Noen narkotikaavhengige vil, tilsvarende enkelte andre kronisk syke pasienter, være avhengige av medisin livet ut. Samtidig er rusavhengigheten så kompleks at det er nødvendig med betydelig oppfølging ved siden av for å oppnå bedring.⁶⁸ Legemiddelet er ofte helt nødvendig for å lykkes med terapi og sosial fungering.

For å få et LAR-tilbud i dag må man først undersøkes av og henvises fra fastlege eller sosialtjeneste. Henvisningen sendes til en vurderingsenhet i spesialisthelsetjenesten. Når vurderingsenheten etter nærmere undersøkelse har konkludert med at man har rett til behandling med legemidler, settes

man på venteliste. Pasientrettighetene gjelder også for LAR-pasienter, men med noen begrensninger som går frem av en egen LAR-forskrift⁶⁹. Selve behandlingen gis i regi av statlig finansierte LAR-sentre, som har ansvaret for å bestemme oppstart og avslutning av behandlingen. LAR-senteret skal også iverksette et individuelt oppfølgingstilbud for den enkelte i samarbeid med sosialtjeneste, kommunehelsetjeneste mfl.

Medikamentutvalget i LAR

Det er strenge regler for godkjenning og bruk av legemidler i rusbehandling. Årsaken til det er blant annet at legemidlene er avhengighetsdannende. Norge følger EU-regelverket ved godkjenning av legemidler. I Norge er det Statens legemiddelverk som godkjenner legemidler, og det er Helse- og omsorgsdepartementet som gir anbefalinger om hvilke legemidler som bør brukes til ulike formål. Nye legemidler kan først tas i alminnelig bruk når det er gitt en markedsføringstillatelse fra Statens legemiddelverk. Utstedelse av en slik tillatelse forutsetter at kravene til dokumentasjon for kvalitet, sikkerhet og effekt av det enkelte legemiddel er oppfylt. Dette innebærer blant annet en vurdering av kliniske studier. Prosessen med godkjenning av et nytt legemiddel kan ta tid. Ved behandling av

66 Metadon, heroin, morfin, kodein og oksykodon er opioider, som er et fellesnavn på stoffer som binder seg til bestemte seter (opioidreseptorer) på celleoverflatene i kroppen. Opioidene er utvunnet fra opiumsvalmuen eller kunstig fremstilt i laboratorier. Opioider som morfin er hyppig brukt i medisinsk behandling av smerter. I rehabiliteringen av heroinmisbrukere blir opioider (særlig metadon og buprenorfin) i økende grad tatt i bruk i behandlingen. (Fra Faktaark: Heroin, morfin – fakta om opioider, Folkehelseinstituttet.) Buprenorfinpreparater som brukes i LAR er Subutex og Suboxone.

67 Bramness mfl. (2010): *The pharmacological treatment of opioid addiction – a clinical perspective*.

68 Helse- og omsorgsdepartementet (2010): *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*.

69 Helse- og omsorgsdepartementet, FOR 2009-12-18 nr. 1641: *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. Forskriften gir blant annet hjemmel for kontrolltiltak (overvåket inntak av legemidler, urinprøvekontroll med mer), ansvar for oppstart og avslutning, at LAR som hovedregel ikke skal være første behandlingsalternativ.

opioidavhengighet anbefaler i dag Helsedirektoratet bruk av buprenorfin og metadon, med buprenorfin som førstevalg⁷⁰. WHO anbefaler metadon som førstevalg. Disse legemidlene er også blant de mest brukte i andre europeiske land, der det blir gitt metadon til 70 prosent av dem som er i substitusjonsbehandling. Buprenorfin er også tilgjengelig i de fleste europeiske land, og i enkelte land, blant annet i Østerrike, er morfinpreparatet substitol i utstrakt bruk.

Utvalget har ikke vurdert hvilke konkrete legemidler som bør brukes i behandling av narkotikaavhengige, med unntak av spørsmålet om heroin (se forslag 22). Utvalget har fått innspill fra fagpersoner som ønsker at LAR åpner opp for bruk av flere legemidler, blant annet substitol.

Gjennom et forskningsarbeid ved Senter for rus- og avhengighetsforskning har man oppnådd gode resultater for heroinavhengige etter innoperering av kapsler med virkestoffet naltrekson.⁷¹ Forskningsresultater viser at heroinavhengige som fikk innsydd denne kapselen, reduserte sitt heroinbruk.

Utvalget er opptatt av at legemidler som gjennom nasjonal og internasjonal forskning viser å ha en

⁷⁰ Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for legemiddellassisert rehabilitering ved opioidavhengighet*.

⁷¹ Kunoe mfl. (2009): *Naltrexone implants after inpatient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial*. Naltrekson er et syntetisk opioid som forhindrer effekt av heroinbruk.

god effekt, så raskt som mulig tas i bruk og gjøres tilgjengelige for narkotikaavhengige. Generelt bør derfor alle aktuelle legemidler eller stoffer som etter faglige anbefalinger og gode erfaringer har effekt, raskest mulig vurderes innenfor et helhetlig behandlingstilbud.

Tilgjengelighet og rehabilitering i LAR

To problemstillinger har vært fokusert i norsk LAR-debatt. Den ene handler om *tilgjengelighet til LAR*. Mange har opplevd det svært vanskelig å få LAR, og for mange har det tatt uforholdsmessig lang tid. Liv kunne antagelig vært spart med lettere tilgang. Den andre handler om *R-en i LAR – rehabilitering*. Det er mange enkelthistorier om at pasienter gjerne får legemiddelet, men at rehabiliteringen uteblir. Det er derfor behov for å styrke det samlede behandlingstilbudet, som del av en helhetlig narkotikapolitikk. Flere områder må tas tak i: inntaksprosedyrer og ventetider, oppfølging rundt den enkelte og bruken av kontrolltiltak.

Forslag 19:

Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det.

Antallet i LAR har økt hvert år, og antallet på venteliste er nedadgående. I dag er det rundt 300 personer som venter på slik behandling. Ventetiden går også gradvis nedover, og de fleste får vurdert sitt hjelpebehov innen 30 dager, slik pasientrettighetsloven

forutsetter. Men deretter kan det ta fra noen uker til noen måneder før behandling starter, i de fleste tilfeller tar det under 6 måneder.⁷² Det nye LAR-regelverket åpner i større grad for raskere oppstart med legemidler, men først og fremst som et unntak. En fastlege har for eksempel anledning til å forskrive LAR-legemidler i inntil 12 måneder.⁷³

Medisiner skal ikke gis uten at man samtidig får god oppfølging. Noen heroinbrukere har opplevd at intensjonen bak dette resonnementet blir snudd på hodet: har du ikke et sted å bo, får du heller ikke LAR-medisiner. God oppfølging sammen med legemidler, er viktig, men det kan se ut til at vektleggingen av å ha en «full rehabiliteringspakke» på plass før oppstart i LAR medfører en farlig ventetid.

I Norge er veien til behandling med legemidler komplisert. I 2006 etablerte Rusmiddeletaten i Oslo kommune et treårig prosjekt kalt Klinikk Motivasjon for å nå fram med et hjelpetilbud til heroinavhengige som ikke hadde lyktes å komme inn i LAR-systemet⁷⁴. Pasienter kunne komme uten henvisning og få et raskt behandlingstilbud med buprenorfin. En viktig erfaring fra Klinikk Motivasjon var at man nådde frem til en pasientgruppe som ellers ikke ville fått behandling, og at inntakskriteriene måtte være enkle. I en evaluerings-

rapport anbefales det at slike lavterskel behandlingstilbud videreføres: «Etter at Klinikk Motivasjon ble lagt ned, har ikke opiatavhengige som tilhører «hard-to-reach» gruppen lenger et reelt behandlingstilbud i Norge.»⁷⁵

LAR i Norge har basert seg på krav om full avrusning. Det gjøres av medisinske grunner og fordi det ses på som en viktig start på rehabiliteringen. Det finnes i forskning lite grunnlag for en klar anbefaling om avrusning før oppstart.⁷⁶

Oppstart av behandling med legemidler må kunne skje raskt når pasienten har behov for det. I utvalgets foreslåtte modell bør det skje umiddelbart etter en vurdering av kvalifisert lege ved et MO-senter og raskest mulig etter avrusning dersom det er nødvendig. Dette vil forenkle dagens inntakssystem og gi mulighet for direkte oppstart med behandling med legemidler uten venteperioder. Behandling med legemidler må også være tilgjengelig for heroinavhengige som er vanskelige å nå. De positive erfaringene fra forsøk som Klinikk Motivasjon må videreføres og integreres i MO-sentrenes arbeid.

Forslag 20:

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

72 Clausen mfl.: *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008*.

73 Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek.

74 Clausen mfl. (2009): *Evaluering av Klinikk Motivasjon*.

75 Clausen mfl. (2009): *Evaluering av Klinikk Motivasjon*.

76 Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for legemiddellassert rehabilitering ved opioidavhengighet*.

Oppfølging av pasientene ligger i dag til LAR-sentrene, i samarbeid med kommunalt hjelpeapparat. I praksis betyr dette at pasientene skal ha kontakt med konsulenter ved LAR-sentre, med sosialkonsulent i kommunal rusomsorg og med fastlege. Det varierer hvor mye kontakt pasientene har med de ulike delene av hjelpeapparatet. Om lag halvparten av pasientene har kontakt med LAR-senteret minimum en gang i måneden.⁷⁷ Pasientene har noe hyppigere kontakt med sosialtjeneste og fastlege, mens en svært lav andel, rundt 10 prosent, har kontakt med annen spesialisert tjeneste, som psykisk helsevern. Bildet som tegnes, er at mange LAR-pasienter ikke får tilstrekkelig oppfølging, og i en statusrapport om LAR i Norge⁷⁸ sies det at LAR-sentrene i dag ikke har tilstrekkelige muligheter til å skape kontinuerlig og sammenhengende oppfølging for den enkelte.

Når pasienten er godt i gang med behandling ved et LAR-senter, overføres oppfølgingsansvaret til pasientens fastlege og sosialtjenesten/NAV. Det helhetlige behandlingsansvaret ligger fortsatt i LAR-sentrene. Hvor lenge en pasient blir fulgt opp av et senter, varierer sterkt. I dag får omtrent 60 prosent av pasientene forskrevet LAR-medisiner av sin fastlege. Noe under halvparten av pasientene henter medisinene sine på apoteket, og fastlegene og lokale apotek er viktige aktører og tjenesteytere for ruspasientene.

77 Clausen mfl. (2009): *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008*.

78 Clausen mfl. (2009): *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008*.

Med utvalgets forslag til helhetlig modell vil all pasientaktivitet i dagens LAR-sentre integreres i MO-sentre. Sentrene vil ha helhetlig fokus på den narkotikaavhengiges situasjon – avhengighet, helse, relasjoner, bolig, økonomi, familie, aktivitet. Individuelle koordinatorene på MO-sentrene blir sentrale aktører som, i samarbeid med brukerne, legene og ansvarsgruppene, sikrer et helhetlig og godt behandlings- og oppfølgingstilbud for den enkelte. Fastlegene og apotekene vil også ha et ansvar for disse pasientene når den enkelte ikke lenger har behov for oppfølging fra MO-sentrene.

Forslag 21:

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

I LAR er det tradisjon for jevnlig bruk av kontrolltiltak som urinprøver. Urinprøver kan være et konkret hjelpemiddel for å følge utviklingen i bruk av rusmidler hos den enkelte. Et eksempel er at et slikt kontrolltiltak er et viktig grunnlag for å tillate bilkjøring. Slike prøver brukes også for å hindre skadelig blanding av legale legemidler og illegale rusmidler. Helsedirektoratet anbefaler at det avlegges urinprøver to ganger i uken de første tre månedene i behandling, så etter individuell vurdering. WHO er mer moderat: «*Where available and affordable, urine (or other biological sample), should be routinely conducted at the start of treatment, and should indicate recent opioid use if*

the person is to be eligible for treatment.»⁷⁹ Danskene bruker også urinprøver i sitt behandlingstilbud, men legger stor vekt på frivillighet.⁸⁰ Det understrekes i de danske retningslinjene at pasienten skal få informasjon om formålet med urinprøver, og at resultatene ikke kan medføre utskriving av behandling.

LAR er kostnadskreven. Statusrapporten uttrykker det slik: «*Kostnadene er i nokså stor grad knyttet til kontrolltiltak slik som overvåket utlevering og urinprøver. Særlig det siste er uvanlig i internasjonal sammenheng.*»⁸¹ Urinprøver ble i 2007 anslått til å utgjøre ca. 1/3 av kostnadene i LAR.⁸² Et grovt anslag tilsier at Norge bruker om lag 200–250 millioner kroner årlig til kontroller i LAR. Statusrapporten viser at antallet urinprøvekontroller er redusert de siste årene, men samtidig påpeker forskerne at det fortsatt er grunn til å vurdere nytteeffekten i forhold til kostnadene. Det finnes ikke dokumentasjon på at urinprøvekontroller har bedre effekt eller nytte enn andre tiltak.⁸³

79 World Health Organization (2009): *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence.*

80 Sundhedsstyrelsen (2008): *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.*

81 Clausen mfl. (2009): *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008.*

82 PriceWaterHouseCoopers (2007): *Økonomiske konsekvenser av nye retningslinjer for LAR.*

83 Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for legemiddel-assistert rehabilitering ved opioidavhengighet.*

Urinprøver, og særlig overvåkede urinprøver, er et sterkt kontrolltiltak som kan oppfattes som svært integritetskrenkende og kan signalisere mistillit overfor pasienten. God behandling bygger på et tillitsforhold mellom pasient og behandler. Når det ikke foreligger entydig dokumentasjon for at kontrollene har god effekt, mener utvalget at praksis med rutinemessig, overvåket urinprøvekontroll bør gjennomgås og vurderes. Andre metoder for å oppnå det samme, for eksempel samtaler med pasientene, bør tas i bruk i større grad. Mindre inngripende tiltak, som bruk av spytt, kan også være et alternativ når slik kontroll er helt nødvendig og til pasientens beste. Ved bruk av kontrolltiltak er det viktig at det tydeliggjøres for pasienten hva som er hensikten med tiltaket, og hvordan det vil bli fulgt opp. Avdekking av sidemisbruk i en urinprøvekontroll må for eksempel ikke automatisk føre til en sanksjon, men heller til et tilbud om *forsterket* individuell oppfølging.

Overvåket inntak av heroin i LAR

De fleste som får substitusjonsbehandling, har god hjelp av legemidlene metadon og buprenorfin. Forskning fra andre land viser at behandling med heroin kan være et alternativ for enkelte som ikke har effekt av de nåværende medikamentene

i LAR.⁸⁴ Dette er bakgrunnen for at utvalget har vurdert om det bør åpnes for at også heroin inkluderes blant medikamentene det skal være tillatt å bruke i behandling av opioidavhengige.

Metadon og buprenorfin er førstevalget i substitusjonsbehandling over hele Europa. Heroin som opiat skiller seg ikke avgjørende fra opiatene metadon og buprenorfin. Det er slik sett ikke prinsipielt noe i veien for å bruke heroin som substitusjonsmedikament, men metadon og buprenorfin er enklere og sikrere å administrere.⁸⁵ I land der heroin gis som substitusjonsmedisin, gis slik behandling bare i tilfeller der den avhengige til tross for annen langvarig behandling fortsatt har et massivt intravenøst misbruk av illegale stoffer og er truet av alvorlige helsemessige komplikasjoner.

Syv land i Europa bruker heroin som legemiddel i behandlingen av tungt belastede opioidavhengige.⁸⁶ Effekten måles i forhold til om pasienter avbryter eller forblir i behandling, om inntak av illegale stoffer reduseres, om behandlingen bidrar til å

84 Strang mfl.: *Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (ROITT): a randomised trial*. Se også oversikt over studier av heroinforsøk i Litteraturgennomgang til redegørelse om heroinordination av Gottlieb mfl., Statens Institutt for Folkesundhed.

85 Nasjonalt folkehelseinstitutt: *Uttalelse fra Nasjonalt folkehelseinstituts utvalg om folkehelsekonsekvenser av heroinbehandling og avkriminalisering av cannabis*.

86 Belgia, Danmark, Nederland, Spania, Storbritannia, Sveits, Tyskland.

reduere kriminalitet, og om pasientene får bedre helse og livskvalitet.

Metadon, buprenorfin og heroin er alle avhengighetsdannende stoffer. De kurerer ikke avhengighet, men setter den enkelte bedre i stand til å kunne ta tak i sine problemer. Flere miljøer rundt i verden forsker på nye legemidler som kan brukes til å behandle avhengighet, men foreløpig finnes det ingen kur eller vaksine. Legemidler alene er ikke tilstrekkelig for at behandlingen av opioidavhengige skal lykkes.⁸⁷ Substitusjonsbehandling må derfor skje i sammenheng med psykososial oppfølging og annen behandling.

Hvordan foregår behandlingen med heroin i andre land?

Behandling med heroin kan høres ut som en attraktiv behandling og som en enkel måte å få tak i gratis heroin. Slik er det imidlertid ikke. Dette er et strengt kontrollert og krevende behandlingsopplegg. I Tyskland viste det seg at behandlingen var langt mindre ettertraktet enn det man hadde antatt. I hvilken grad tungt avhengige i Norge vil forplikte seg til å gå inn i behandlingsopplegg med heroin, vet vi ikke.

Heroin gis alltid under overvåking, og ingen får ta med seg heroin hjem. Dette skal sikre den avhengige

87 Bramnes mfl. (2010): *The pharmacological treatment of opioid addiction – a clinical perspective*.

mot overdoser og forhindre lekkasje til gatemarkedet. Å gi heroin intravenøst er mer komplekst og risikofyllt enn behandling med oral metadon eller buprenorfin. Heroin er et preparat som har kort virkningstid, og det betyr at den som er i behandling, må komme og få preparatet to-tre ganger pr. dag, 7 dager i uken. Behandling med heroin følges opp med tette kontrollrutiner for å overvåke side-misbruk.

Mange avhengige som får behandling med heroin i andre land, ser ut til å oppnå gradvis bedre helse, bedre evne til å bo og økt sosial kontakt. En tysk studie viste at blant deltagere som ble bedømt som «i stand til å arbeide», steg andelen i betalt arbeid fra 25 prosent til 43 prosent i løpet av to år i behandling med heroin,⁸⁸ dette til tross for et stramt arbeidsmarked. Men ikke alle forhold bedres i løpet av to år. Å komme ut av ensomhet og finne venner utenfor rusmiljøet er en lang prosess.⁸⁹

Hvem kan ha nytte av behandling med heroin?

Mennesker som får behandling med heroin, har et langvarig opioidmisbruk bak seg og er fysisk

og psykisk nedkjørte. De har forsøkt flere andre former for behandling, men har ikke lyktes med å mestre sin russituasjon. I forarbeidene til innføring av behandling med heroin i Danmark ble målgruppen for behandling med heroin anslått å være 300–400 personer. Dette tallet beregnet man ved følgende regnestykke: Av 1500 opioidmisbrukere som ikke har effekt av oral substitusjonsbehandling, antas det at:

- 400 vil utgjøre målgruppen for behandling med heroin,
- 900 faller ut av målgruppen for behandling med heroin på grunn av massivt blandingsmisbruk av ikke-opioider eller fordi de ikke ønsker å motta behandling med heroin,
- i tillegg vil 200 falle ut av målgruppen for behandling med heroin på grunn av omfattende psykiske, fysiske eller sosiale problemer som gjør at de ikke er i stand til å følge behandlingsopplegget.

I Danmark er det ca. 20 000 opioidavhengige, og ca. 6000 er i substitusjonsbehandling med oral metadon eller buprenorfin.⁹⁰ SIRUS har anslått at det er ca. 9500 heroinavhengige i Norge.⁹¹ Antallet i LAR er rundt 5400. Dersom de danske estimatene er overførbare til norske forhold, tilsier det at noen få hundre personer kan antas å ha nytte av behandling

88 The German Modell project for heroin assisted treatment of opioid dependent patients – a multi-centre, randomised, controlled trial. Summary of Study reports of the first and second study phase. Notat oversendt til utvalget fra Prof Dr Christian Haasen, Centre for Interdisciplinary Addiction Research of Hamburg University.

89 The German Modell project for heroin assisted treatment of opioid dependent patients – a multi-centre, randomised, controlled trial. Summary of Study reports of the first and second study phase.

90 Sundhedsstyrelsen (2007): *Ordination af injicerbar heroin til stofmisbrukere.*

91 Tallet er et estimat av såkalte «problembrukere», hvorav 8000 anslås å injisere heroin, mens 1450 anslås å røyke heroin. SIRUS rapport 8/2009.

med heroin. Det er ikke foretatt beregninger av det reelle behovet i Norge.

De tyngst belastede heroinavhengige betegnes ofte som «vanskelige å behandle» (hard to treat). Dette er personer som fortsetter nesten daglig med gate-heroin samtidig som de deltar i metadonbehandling. I Danmark har man beregnet at denne gruppen utgjør 2–3 prosent av dem som er i metadonbehandling. Kjennetegnene ved denne gruppen er at de fungerer dårlig og har store medisinske, psykiske og sosiale problemer. I Danmark antar man at denne gruppen antagelig ikke vil klare å overholde de kravene som behandling med heroin innebærer.

En annen mindre gruppe avhengige går under betegnelsen «vanskelige å nå» (hard to reach). Disse menneskene er ikke inne i LAR eller i andre deler av behandlingsapparatet. Personene det er snakk om, er tungt avhengige, med dårlig helse og svært kaotiske liv. Det er vanskelig å gi systematisk behandling til en person som i perioder ikke vil, eller ikke evner, å holde kontakt med behandlingsapparatet. Dette gjelder alle typer behandling, også behandling med heroin. Å tilhøre gruppen «hard to reach» er ikke en permanent tilstand, for enkelte vil kunne fanges opp av lavterskeltiltak. Andre vil i perioder ha fengselsopphold eller akuttinnleggelse. På disse tidspunktene er hjelpeapparatet i posisjon til å få kontakt og starte opp motivasjonsarbeid for også å få disse personene inn i relevant

behandling. Dette tilsier ikke nødvendigvis at behandling med heroin er riktig behandlingsmåte for disse personene.

Kostnader og besparelser ved å behandle med heroin

Behandling med heroin er en relativt kostbar behandlingsform. Behandlingen innebærer at helsepersonell må være tilgjengelig morgen og ettermiddag/kveld, syv dager i uken. Behandling med heroin krever kontrollrutiner i forhold til den enkelte pasient, og man må også vurdere behovet for sikkerhetstiltak. Behandling med heroin blir dermed langt dyrere enn behandling med metadon.⁹² I Danmark er bruttoutgiftene for behandling med heroin antatt å ligge på 100 000–150 000 danske kroner pr. pasient pr. år (2007). Også Nederland og Tyskland anslår kostnadene til å ligge rundt dette nivået.⁹³ I Norge er bruttokostnadene for en pasient i LAR 120 000 kroner pr. pasient pr. år (2007).⁹⁴ Det er ikke foretatt beregninger av merutgiftene ved å tilby behandling med heroin i tillegg til metadon.

92 Dijkgraaf mfl. (2005): *Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials.*

93 Nederland anslår utgiftene til 16000 euro pr. pasient pr. år, og i Tyskland er utgiftene beregnet til 18000 euro pr. pasient pr. år. Tallene er oppgitt i *Ordination av injicerbar heroin til stofmisbrugere, Sundhetsstyrelsen.*

94 PriceWaterHouseCoopers (2007): *Økonomiske konsekvenser av nye retningslinjer for LAR.*

Flere studier har sett på substitusjonsbehandling med henblikk på kriminalitet. Generelt synes behandling med heroin å redusere kriminalitet mer enn behandling med metadon, mens behandling med metadon reduserer kriminalitet vesentlig i forhold til om man ikke gir noen form for behandling. Når det gjelder behandling med buprenorfin, er dataene mer usikre, men tendensene anses lovende.⁹⁵

En nederlandsk studie har beregnet at lovbrudd blant personer i metadonbehandling gjennomsnittelig utgjorde ca. kr 393 000 kroner pr. år.⁹⁶ For personer som ble behandlet med både heroin og metadon, var tallet ca. 151 000 kroner pr. år.⁹⁷ Selv om behandlingen med heroin/metadon var dyrere enn behandlingen med bare metadon, viste totalregnskapet likevel at samfunnskostnadene ved å gi behandling med heroin/metadon var lavere pr. pasient pr. år enn samfunnskostnadene ved å gi metadon alene. Det skyldes at kostnadene for

skadeverk var høyere for gruppen i metadonbehandling enn for gruppen som fikk behandling med heroin og metadon.

Behandling med substitusjonsmedisiner synes samfunnsøkonomisk lønnsomt. Regnestykket er enkelt. Reduseres kriminaliteten, sparer man utgifter i mange ledd. Men den største gevinsten er ikke av økonomisk karakter, den handler om de menneskelige aspektene: om muligheten for at behandling med legemidler kan spare liv og gi en bedre hverdag for de avhengige selv, for deres barn og for deres pårørende. Hva dette betyr, kan ikke vurderes i penger.

Utvalgets innstilling

Vil behandling med heroin gi de tyngst belastede et bedre liv, eller er det først og fremst bedre behandling og oppfølging som skal til? Trenger vi flere medisiner, eller bør all innsats rettes mot å styrke behandlings- og oppfølgingstiltakene?

Utvalget tar følgende utgangspunkt:

- Samfunnet må legge til rette for at narkotikaavhengige, som andre pasientgrupper, tilbys behandlingsopplegg og legemidler som kunnskapsmessig har vist å gi gode resultater.
- Studier viser at behandling med heroin bare vil være til hjelp for en liten gruppe mennesker. For disse menneskene kan behandling med heroin bety bedre rusmestring, bedre helse, mindre

95 Campbell Systematic Reviews (2009): *Effects of Drug Substitution Programs on Offending among Drug-Addicts*.

96 Dijkgraaf mfl. (2005): *Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials*. Beløpet fremkommer ved ca. 106 000 kr (12 885 euro) pr. år i politi- og justiskostnader og 287 000 kroner (34 991 euro) pr. år i skadeverkskostnader for fornærmede.

97 Dijkgraaf mfl. (2005): *Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials*. Beløpet fremkommer ved at gjennomsnittelig kostnad var 72 000 kroner (8756 euro) pr. år i politi- og justiskostnader, samt skadeverkskostnader for fornærmede som utgjorde rundt 79 000 kroner (9617 euro) pr. år.

kriminalitet og mulighet for langsiktig oppfølging. At en pasientgruppe er liten, betyr ikke at storsamfunnet kan nedprioritere deres rett til behandling. Det knytter seg imidlertid usikkerhet til om gruppen ville kunne oppnå like gode behandlingsresultater gjennom andre tiltak enn behandling med heroin.

- Samfunnet har begrensede ressurser og må prioritere. Innføring av behandling med heroin synes ikke samfunnsøkonomisk sett å medføre ekstra kostnader. Selv om utgiftene pr. pasient er relativt høye, viser studier at dette spares inn ved at kostnadene knyttet til kriminalitet synker. Store reduksjoner i kriminalitet ses også ved bruk av metadon.
- Norge må tilby opioidavhengige, som andre pasientgrupper, den beste behandling og de beste medisiner. Hvorvidt et legemiddel anses å gi gode resultater, er et forskningsspørsmål, ikke et moralsk eller politisk spørsmål. *Prioriteringen* mellom ulike kostnadskrevende behandlingsformer og avveiningen av behandlingsresultater sett i forhold til bivirkninger er derimot politiske – og i noen tilfeller moralske – anliggender. Spørsmålet er i hvilken grad ulike virkemidler kan føre til samme mål. Utvalgets medlemmer har forskjellig syn når det gjelder hvorvidt behandling med heroin skal tillates i tillegg til andre tiltak, som optimalisert bruk av metadon og buprenorfin, bedre oppfølgingsopplegg og bedre behandlingstilbud generelt.
- Alle utvalgets medlemmer mener Norge bør styrke behandlingstilbudet til de tungt narkotikaavhengige gjennom optimalisert legemiddelassistert behandling og bedre oppfølging av pasientene både i og utenfor LAR. Alle medlemmer understreker at rusbehandling krever en samlet tverrfaglig innsats med helhetlig behandling og tett og langsiktig individuell oppfølging.

Fem av utvalgets medlemmer (Andresen, Haga, Hagen, Skog Hansen og Stoltenberg) vurderer det eksisterende forskningsmaterialet og erfaringene fra andre land som interessante, men mener det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag, relatert til norske forhold, før endelig beslutning om å åpne for bruk av heroin i LAR kan tas. Utvalgsmedlemmene foreslår derfor at det åpnes for et tidsbegrenset forsøksprosjekt, der behandling med heroin inkluderes i LAR og tilbys et mindre antall pasienter som ikke har hatt nytte av ordinær substitusjonsbehandling. Gjennom forsøket vil forsknings- og behandlingsmiljøene få et bedre grunnlag til å vurdere i hvilken grad denne formen for behandling *når* pasientene i Norge, og om behandlingsresultatene sannsynliggjør at heroin i LAR gir et bedre resultat enn tilsvarende investering i annen behandling. Gjennom forsøksprosjektet vil behandlingsmiljøene i tillegg høste verdifulle erfaringer om så vel praktiske som faglige utfordringer ved bruk av heroin i behandling. Medlemmene legger til grunn at bruk av heroin i forsøksprosjektet vil følge strenge inntakskriterier.

Behandling med heroin i prøveprosjektet må skje ved overvåket inntak og under meget streng kontroll og oppfølging. Pasientene må gis tett oppfølging i tillegg til medisinerings. Medlemmene understreker at forsøket ikke må gjennomføres isolert, og forutsetter at øvrige tiltak som er foreslått i utvalgets innstilling, bygges opp og styrkes parallelt gjennom blant annet MO-sentre og ved optimalisert substitusjonsbehandling med eksisterende LAR-medikamenter. Spørsmålet om hvorvidt heroin skal inkluderes blant legemidlene i LAR, bør tas opp til ny vurdering ved forsøksperiodens avslutning.

Forslag 22

(fra Andresen, Haga, Hagen, Skog Hansen og Stoltenberg):

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

Fire av utvalgets medlemmer (Hætta, Lae, Myklebust, Osberg) legger vekt på at tungt opiat-avhengige ikke trenger et nytt medikament i tillegg til de tilgjengelige, men en tettere oppfølging i et bedre utbygd støtteapparat. Medlemmene understreker at oppmerksomheten må rettes mot denne helt nødvendige utbyggingen, og at det må investeres i samhandling mellom kommunale myndigheter, spesialisthelsetjenesten og politiet. Dette innebærer at norske myndigheter må være villige til å bevilge de merkostnader som samhandling og opptrapping krever. Formålet med LAR og de legemidler som allerede er i bruk, er at de skal utgjøre en av mange faktorer i en helhetlig rehabiliteringsprosess. I tillegg til de medikamenter pasientene får, er psykososiale tiltak svært viktige. Disse må styrkes for å gi pasientene et bedre liv med økt livskvalitet. Debatten om heroin kan lett ta fokus bort fra behovet for langsiktig behandling og rehabilitering. Utvalgsmedlemmene Hætta, Lae, Myklebust og Osberg mener eksisterende LAR-tilbud må økes og utbygges bedre slik at mulighetene som ligger i dagens substitusjonsbehandling, utnyttes fullt ut uten at medikamentrepertoaret utvides med heroin (se forslagene 19–21).

Ikke stykkevis og delt

Ruspolitikk handler om balanse. Balanse mellom individuell frihet til å bruke rusmidler og samfunnets behov for å begrense skade og forhindre uønskede konsekvenser. I Sveits har åpne rus- og omsetningssteder blitt avviklet ved å iverksette repressive tiltak kombinert med medisinske og sosiale tilbud. Erfaringene i Portugal har vært at en samlet og samtidig innsats på flere områder gir resultater. Både forebygging, narkotikakontroll, avvikling av åpne russcener, behandling og oppfølging må være på plass. Flere land har gjennomført en helhetlig omlegging av ruspolitikken. Slike omlegginger krever et felles samfunnsloft og allmenn oppslutning, både fra politiske miljøer og fra befolkningen. Å lykkes handler om å sette mennesket i sentrum og tenke helhet, på tvers av tradisjonelle sektorinndelinger. Enkeltiltak er ikke nok – hele tiltakskjeden må henge sammen.



LITTERATURLISTE

A

Alver, Ø.O, Bretteville-Jensen A.L, Kaarbøe, (2004):
Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering, SIRUS rapport nr 2/2004.

...

Amundsen, E. J & Bretteville-Jensen, A. L (2009):
Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge, SIRUS.

...

Amundsen, E.J. & Ravndal, E. (2010):
Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study,
Drug and Alcohol Dependence 108.

B

Blanken P m.fl.(2009):
Outcome of long-term heroine-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands, Addiction, 105 300–308.

...

Berglund, M & Gerdner, A (2010):
Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet, Misbruksutredningens kartläggningar.

...

Bramness J, Gossop M, Lobmaier P, Waal H (2010):
The pharmacological treatment of opioid addiction – a clinical perspective, European Journal of Clinical Pharmacology.

...

Bretteville-Jensen, A.L & Amundsen, E.J (2006):
Omfang av sprøytemisbruk i Norge, SIRUS rapport nr. 5/2006.

Bretteville-Jensen, A.L (2005):

Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004, SIRUS rapport nr. 4/2005.

C

Clausen T, Gossop M, Thoresen M, Waal H (2009):
Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death, Addiction.

...

Clausen T, Håseth A, Lillevold, Pål H, Waal H (2009):
LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008, SERAF.

...

Council of Ministers (1999):
Portuguese Drug Strategy.

D

Departementene (2009):
Regjeringens strategi for forebygging. Fellesskap – trygghet – utjevning.

...

Dijkgraaf, M.G.W m.fl (2005):
Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials, British Medical Journal 2005 (BMJ 2005;330;1297 – doi:10.1136/bmj.330.7503.1297).

...

Dyb, E & Johannessen, K (2009):
Bostedsløse i Norge 2008 – en kartlegging, NIBR-rapport 2009:17.

E**Egli, N m.fl (2009):**

Effects of Drug Substitution Programs on Offending among Drug-Addicts, Campbell Systematic Reviews 2009:3.

...

Edland-Gryt, M & Skretting, A (2010):

Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere. En kartlegging, SIRUS rapport nr. 2/2010.

...

Egeland, Jan:

Den globale narkotikaindustrien, Foredrag i Universitetets gamle festsal, Oslo, mai 2010, i regi av tverrfaglig arbeidsgruppe om narkotikas spørsmål.

...

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009):

Annual report 2009 The state of the drugs problem in Europe, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisboa.

...

EMCDDA (2010):

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisboa.

...

European Commission (2008):

EU Drugs Action Plan for 2009–2010.

...

Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk (2009):

Årsrapport 2009. Narkotikasituasjonen i Europa, Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.

F**Federal Office of public Health FOPH (2008):**

Heroin-assisted treatment/treatment with diacetylmorphine (HAT) in 2007, FOPH, Sveits.

Fekjær, H.O (2004):

Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie, Oslo: Gyldendal Akademisk.

...

Friestad, C & Hansen I.L.S (2004):

Levekår blant innsatte, Fafo-rapport 429.

G**Gatejuristen (2008):**

Dokumentasjonsrapporten. Folk med rusproblemer og deres rettshjelpsbehov på helse- og sosialrettens område, Rapport, Gatejuristen.

...

Gjersing, L, Waal H, Clausen, T (2009):

Evaluering av Klinikk Motivasjon, Rapport 3/2009 SERAF.

H**Haasen, C:**

The German Model project for heroin assisted treatment of opioid dependent patients – a multi-centre, randomised, controlled trial. Summary of Study reports of the first and second study phase, Notat til utvalget fra Professor Dr Christian Haasen, Centre for Interdisciplinary Addiction Research of Hamburg University.

...

Hansen, A.B.G & Grønabæk, M (2007):

Litteraturgennomgang til redegørelse om heroinordinasjon, Statens Institutt for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.

...

Hansen, I. L.S, Gautun, H, Langsether, Å & Sandlie H.C (2007):

Ikke bare å bo. Sluttrapport fra evaluering av statlige tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmisbrukere, Fafo-rapport 2007:38.

...

Hansen, I.L.S & Øverås, S (2007):

Bolig for personer med psykiske lidelser og rusproblematikk. I Brodtkorb, E. & Rugkåsa M (red): Under tak – mellom vegger. *Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*, Gyldendal Akademisk (Side 9–111).

Haraldsen, M (2009):

Fastlegen og heroinmisbrukeren, Tidsskrift for den norske lægeforening, nr. 1, 2010;130.

.....

Hauge, R (2009):

Rus og rusmidler gjennom tidene, Universitetsforlaget, Oslo.

.....

Helsedirektoratet (2010):

Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet, IS-1742 Veileder.

.....

Helsedirektoratet (2010):

Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, IS-1701.

.....

Helsedirektoratet (2008):

Opptrappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2008, Rapport IS-1660.

.....

Helsedirektoratet (2010):

Ventetider og pasientrettigheter 2009. Norsk Pasientregister, Rapport IS-1786.

.....

Helsedirektoratet (2008):

Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, IS-1505 Veileder.

.....

Helse- og omsorgsdepartementet,

FOR 2009-12-18 nr 1641: Forskrift om legemiddellassistert rehabilitering.

.....

Helse- og omsorgsdepartementet (2009):

Forløpsgruppe Rus, Rapport.

.....

Helse- og omsorgsdepartementet (2009):

Norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora.

.....

Helse- og omsorgsdepartementet (2008):

Opptrappingsplan for rusfeltet.

Helse- og omsorgsdepartementet:

Omfattende tiltak for de mest hjelpetrengende rusavhengige, Pressemelding nr. 10/2009.

.....

Helse- og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-4/2008:

Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under lege-middellassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 – økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008.

.....

Helse- og omsorgsdepartementet (2009):

St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Oslo.

.....

Helsetilsynet (2005):

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere.

.....

Helsetilsynet (2007):

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 3/2007.

.....

Helsetilsynet (2007):

Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere: Oppsummering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006.

.....

Hordaland politidistrikt mfl.: (2009):

Tidlig ute, Brosjyre.

I

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002):

Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrukere, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

.....

Iversen E m.fl.(2009):

Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata.

Rapport for 2008, Stiftelsen Bergensklinikkene, Statens institutt for rusmiddelforskning.

J**Justis- og politidepartementet:**

St.meld 37 (2007-2008), Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn.

K**Kunoe, N., Lobmaier, P., Hegstad, S., Kristensen, Ø., Vederhus, J., Hjerkin, B., Gossop, M., Waal, H., (2009):**

Naltrexone implants after inpatient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial,
British Journal of Psychiatry. 194(6): 541-6.
.....

KRIPOS (2009):

Narkotika- og dopingstatistikk 2009.
.....

Kurtze, N & Eide, A.H (2003):

Helsetilstanden hos tunge rusmiddelbrukere,
SINTEF Unimed, 2003.

L**Lie T & Nesvåg S (2007):**

Evaluering av rusreformen, International Research Institute of Stavanger, Rapport IRIS 2006/227.
.....

Linzeridis (2010):

Commentary on Blanken et al. (2010): Long- term heroin-assisted treatment. Some more questions and answers,
Addiction, 105, 309-310.
.....

Lundeberg I & Mjåland K (2009):

Grenser for tvang. Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelbrukere, Røkkansenteret, Rapport 4 2009.

M**Medietilsynet (2010):**

Barn og digitale medier 2010,
Rapport, Medietilsynet, Fredrikstad.

Melberg, H.O, Lauritzen, G, Ravndal, E (2003):

Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling, SIRUS rapport nr. 4/2003.
.....

Minister of Health, Welfare and Sport m.fl. (2009):

Recommendations of the Advisory Committee on Drugs Policy,
Brev av september 2009 til the President of the House of Representatives, VGP-2955486. Nederland.

N**Nasjonalt folkehelseinstitutt:**

Uttalelse fra Nasjonalt folkehelseinstitutt utvalg om folkehelsekonsekvenser av heroinbehandling og avkriminalisering av cannabis, innspill til utvalget 05/2010.
.....

NOU 2002:4:

Ny straffelov. Straffelovkommisjonens delutredning VII,
Oslo: Justis- og politidepartementet.
.....

NOU 2010:3:

Drap i Norge i perioden 2004-2009,
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
.....

NOU 2003:4:

Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak, Oslo: Sosialdepartementet.

O**Olsen, H. & Skretting, A. (2007):**

Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom, SIRUS rapport 7/2007.
.....

Olsen, H & Skretting, A (2009):

Nye lokaler – andre resultater? - videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo, SIRUS rapport 7/2009.
.....

Olsen, H & Skretting, A (2006):

Ingen enkle løsninger. Evaluering av tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum, SIRUS rapport 2/2006.

Oviedo-Joekes, E m.fl (2009):

Diacetylmorphine versus Methadone for the Treatment of Opioid Addiction, The new England journal of medicine, 2009; 361:777-86.

P

Pape, Hilde (2009):

Skoletiltak som synes å gi effekt: Fruktbar forskning om rusforebygging eller suspekterte historier om suksess? Nordisk Alkohol- & Narkotikaskrift, 5/2009.

.....

Politiet, Oslo kommune (2007):

Trygghet for alle i Skippergata og nærliggende områder.

.....

Politiet:

Tallmateriale KRIPOS 2008.

.....

PriceWaterHouseCoopers (2007):

Økonomiske konsekvenser av nye retningslinjer for LAR.

R

Rambøll management (2008):

Evaluering av programmet tettere individuell oppfølging, sluttrapport.

.....

Regeringen (2003):

Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

.....

Regeringskansliet (2008):

Handlingsplan för narkotikapolitiken 2006–2010, Faktablad januar 2008, Socialdepartementet, Stockholm.

.....

Regeringskansliet (2009):

Fri från missbruk. Regjeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2009, Socialdepartementet, Stockholm.

Riksadvokaten (2010):

Endrede retningslinjer for bruk av forelegg ved innførsel av narkotika, Brev til samtlige statsadvokater, samtlige politimestre, sjefen for Kripos, januar 2010.

.....

Riksrevisjonen, Dokument 3:7 (2009-2010):

Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tvverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, Departementenes servicesenter, Oslo.

.....

Ruud, T & Reas, D (2003):

Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere, SINTEF Unimed.

S

Sandberg, S & Pedersen, W (2007):

Gatekapital, Universitetsforlaget, Oslo.

.....

Schweizerische Vereinigung Eltern gegen Drogen:

Press Release of the Swiss Association «Parents Against Drugs»: «Liberal Drug Policies in Switzerland are NOT Successful», Oktober 2009.

.....

SINTEF (2009):

SAMDATA. Sektorrapport for rusbehandling 2008, Rapport 4/09.

.....

SIRUS (2009):

The Drug Situation in Norway 2009, Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA, SIRUS, Oslo.

.....

SIRUS (2009):

Rusmidler i Norge 2009, Statistikk, SIRUS.

.....

Skretting, Astrid og Vedøy, Tord Finne (2009):

Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968–2008, SIRUS -rapport nr. 5/2009.

Skårberg, A & Fløtten, T (2008):

Et trappetrinn opp i livet. Evaluering av aktivisering- og arbeidstreningstiltak i regi av frivillige organisasjoner, Fafo-rapport 2008:28.
.....

Strang, J. mfl.:

Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (ROITT): a randomised trial, Lancet 2010; 375: 1885–95.
.....

Stugu, Stein, Roar Eilertsen og Bitten Nordrik (2008):

Når de svakeste taper. Konsekvenser av rusreformen, De Facto.
.....

Sundhedsstyrelsen (2007):

Ordnation af injicerbar heroin til stofmisbrukere, Utredning, Sundhedsstyrelsen, København.
.....

Sundhedsstyrelsen (2008):

Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrukere i substitutionsbehandling, Sundhedsstyrelsen, København.
.....

Swiss Federal Office of public Health (2000):

Swiss Drugs Policy, SFOPH.

U

United Nations, Office on Drugs and Crime:

Project GLO/H43, «International network of drug-dependence treatment and rehabilitation resource centres».

V

Verthein, U mf.fl (2008):

Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany, Addiction.
.....

Vindedal, B, Steen, L.E, Larsen, B, Knoff, R (2004):

Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering, AIM/Sosial- og Helsedirektoratet.

W

World Health Organization (2009):

Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence.

Y

Ytrehus, S, Sandlie H.C, Hansen, I.L.S(2008):

På rett vei. Evaluering av Prosjekt bostedsløse to år etter, Fafo-rapport 2008:06.

Ø

Ødegård, L.M & Amundsen, E.J (2008):

Narkotikasituasjonen i kommunene 2002–2006, Nettrapport SIRUS januar 2008.
.....

Øverås Siv og Anders B. Fyhn (2006):

Fra døråpner til alibi? Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen), Fafo-rapport 521.

Å

Ådnanes, M, Kaspersen S.L, Hjort, H, Ose, S.O (2008):

Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige – Skadereuserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat, Rapport SINTEF A4638.



Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:

Departementenes servicesenter
Post og distribusjon

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Publikasjonskode: I-1149 B
Design: Departementenes servicesenter
Illustrasjoner: www.prindsen.org
Trykk: Grøset 06/2010 – 1 500

