

**DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON**  
**Statens sivilrettsforvaltning**

**Helse- og omsorgsdepartementet**  
**Postboks 8011 Dep.**  
**0030 Oslo**

Deres referanse  
201003584/SMM

Deres dato  
5.10.2010

Vår referanse

Vår dato  
7.1.2011

## **STOLTENBERGUTVALGET: RAPPORT OM NARKOTIKA**

### **HØRINGSUTTALELSE FRA DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON**

Den rettsmedisinske kommisjons (DRK) vil takke for at man får anledning til å komme med sine synspunkter til rapporten som omhandler forhold av betydning for Kommissjonens virksomhet. Rapporten munner ut i 22 konkrete forslag under 13 hovedoverskrifter. DRK skal kvalitetssikre rettsmedisinsk sakkyndiguttalelser i straffesaker. Rus, rusmidler og rusrelatert problematikk er en gjenganger i disse sakene, både som årsak til lovovertrjedelse (for eksempel at man kjører beruset tilstand) og som problematikk i forbindelse med psykisk sykdom.

Vi vil omtale de aspektene vi ser kan ha relevans for DRKs arbeid, og der vi tror vi kan komme med innspill av verdi.

#### **Forebygging**

##### **Bred internettmobilisering mot narkotika**

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

Disse to forslagene henger tydelig sammen. Vi er enige i å bruke nye medier sammen med holdningsarbeid for å spre faktakunnskap. Det er likevel omdiskutert om kunnskap i seg selv vil være nok. Det må ha en viss intensitet og omfang. Det hevdes at den omfattende og kostnadskrevede "Just say no"-kampanjen i USA på 1980-tallet førte til en relativt betydelig nedgang i bruk og misbruk av rusmidler. Dette tyder på at slikt arbeid kan virke. Det vil kunne ha effekt i et folkehelseperspektiv (reduksjon av forbruk) som forhåpentligvis vil kunne føre til en reduksjon i antall misbrukere og skadevirkninger av rusmidler.

##### **Reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika**

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

Vi er enig i forslaget om å tilby alternativer til straff og å etablere tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. Kommissjonen er

---

Postadresse:  
Postboks 8027 Dep  
0030 Oslo

Kontoradresse:  
Teatergt. 5  
Org. nr.  
986 186 999

Telefon:  
~~22 99 13 63~~  
~~22 99 13 54~~  
Telefaks:  
22 99 13 01

Hjemmeside:  
[www.sivilrett.no](http://www.sivilrett.no)  
E-post: [drk@sivilrett.no](mailto:drk@sivilrett.no)

~~av den oppfatning at det er liten dokumentasjon for at straff har noen effekt i å forhindre at en person som er pågrepet for bruk og besittelse av narkotika utvikler eller endrer atferd mht. stoffmisbruk.~~ Det er derfor positivt at man ser på alternative strategier. Det er svært viktig at man forsøker å dokumentere om dette har en annen og evt. bedre effekt enn straff hvis en slik strategi implementeres. Erfaringene med narkotikaprogrammet med domstolskontroll som man har hatt en prøveordning på i Norge bør brukes som utgangspunkt for å utvikle modeller tilpasset det norske samfunnet.

### **Fra sprøyterom til brukersteder**

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

Ordningen med sprøyterom er kontroversiell. Den utfordrer det norske null-toleranse prinsippet som i lang tid har vært rådende i narkotikapolitikken. I Norge har ordningen vært ganske restriktiv med begrenset åpningstid og kun for heroininjeksjoner (opioider). Effekten har vært omdiskutert. Effekten vil også være avhengig av hvilke effektmål man bruker. Vi er enige i at hvis ordningen med sprøyterom skal fortsette må det videreutvikles. Det er viktig å kunne fastslå hvorfor det er så lite brukt i forhold til det antatte behovet. Hvis bruken er liten kan det tyde på at det ikke er et reelt lavterskeltilbud og ikke tilpasset mål. Kontinuerlig evaluering vil være sentralt i å utvikle tilbudet. Kommisjonen stiller seg også undrende til at det kun er for rene opioidmisbrukere, som etter vår erfaring knapt nok finnes. Hovedregelen er blandingsmisbruk. Hvis de politiske føringene legger til rette for en organisering som gjør at målgruppen ikke nås, bør tilbudet etter vår oppfatning legges ned.

### **Åpne bruker- og omsetningssteder**

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

7 Intensiver kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett.

DRK har erfaring for at det beslaglegges store mengder narkotiske stoffer og andre stoffer som har vært bestilt på internett, både til eget bruk og for videresalg. Man ser derfor at det er enkelt å skaffe seg slike stoffer på denne måten. Omfanget er sannsynligvis betydelig. Det bør avsettes større ressurser til overvåking og kontroll for å kunne avdekke dette. Det vil sannsynligvis kreve en viss grad av overvåking og ville kunne berøre personverninteresser. Man bør derfor vurdere å etablere lovhjemler for slik overvåking hvis slik hjemmel ikke finnes i dag.

### **Behov for mer kunnskap**

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

I all medisinsk behandling setter man et krav til forskning, utvikling og kontinuerlig evaluering, noe som også bør gjelde behandling av narkomane. Dette er for oss et selvsagt punkt. Vi stiller oss derfor undrende til at det ikke i større grad har vært gjort tidligere. Vi kan for eksempel ikke forstå at en evt. effekt av ordningen med regelmessig urinprøvetesting i LAR-programer ikke har vært bedre evaluert til tross for at det har vært bevilget til dels betydelige beløp til denne analysevirksomheten. Samtidig vet vi at rusmisbruker er en sammensatt gruppe med mange tilleggslidelser, ikke minst av psykiatrisk karakter. Derfor må man ha en tverrfaglig viteskapelig tilnærming samtidig som man er villig til å stille nødvendige ressurser til rådighet.

## **Behandling og oppfølging**

### **Mottaks- og oppfølgingsentre**

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

MO-sentre beskriver et glansbilde, med mulighet for døgkontinuerlig mottak, samordning av tjenester og som en brobygger mellom de ulike aktuelle tiltakene. Det er usikkert på hvilket nivå dette skal ligge og hvor stort nedslagsområde det skal ha. Det er imidlertid liten tvil om at dette vil ha en kostnadsramme det vil være vanskelig å finne ressurser til. Bare det å ha et døgkontinuerlig tilbud og å yte øyeblikkelig hjelp vil sannsynligvis kreve større økonomiske ressurser enn det som ligger i hele rusomsorgen i dag. Helt siden 1960-tallet har man snakket om bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i rusomsorgen, uten at man har klart å få til vesentlige bedringer. Ideen om MO-sentre kan derfor virke som en naturlig konsekvens. På den andre siden kan det synes som man de siste årene har sett en viss utvikling i retning av bedre samordning av tjenester. Små kommuner har gått sammen om å gi et bedre og mer omfattende henadlingstilbud og man synes i større grad å spille på eksisterende tilbud som DPS og sosialtjenester. Per i dag vil MO-sentre konkurrere med andre helsetilbud og sannsynligvis dra ressurser fra disse. Vi mener derfor at MO-sentermodellen kan være målet for en gradvis utbygging og samhandling med dagens eksisterende tilbud.

### **Bolig og aktivitet**

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

Vi er av den oppfatning at dette kan bli en betydelig utfordring. Sosial integrering, bolig og arbeid er sannsynligvis viktige suksesskriterier i rehabilitering av stoffmisbrukere. Dette vil kreve ekstremt tett oppfølging. Man vil tro at nærmiljøene vil ha en viss skepsis overfor rusmisbrukere med som oftest sammensatte sosiale og helsemessige problemer. Det skal heller ikke mange uheldige episoder til for at nærmiljøet vender ryggen til disse personene og selve integreringstiltaket. Da kan betydelige ressurser og svært tett oppfølging i kortere eller lengre tid være nødvendig. Om man er villig til å stille ressursene til disposisjon er en politisk beslutning.

### **Innsatte med narkotikaproblemer**

- 15 Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold.

Dette henger sammen med punkt 3 og 4 der det foreslås å tilby alternativer til straff og å etablere tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. Den høye tilbakefallsprosenten synes å støtte inntrykket av at straff ikke har noen preventiv effekt og at man må vurdere alternative strategier.

### **Bruk av tvang**

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

Vi støtter dette forslaget.

### **Psykisk helse og rus**

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

Vi mener dette avsnittet har en uheldig tittel. Ordet "deling" peker på et skille. Vi mener det burde hete "Sikre tydelig og bedre samhandling mellom psykisk helse og rusfeltet" (se også vår kommentar til pkt 9-13). Vi tror en oppgavefordeling vil kunne bidra til å sementere det som beskrives som dagens problem med ansvarsfraskrivelse og manglende samarbeid mellom de enkelte instanser.

Likevel vil dette være en gruppe personer som trenger effektiv medisinsk behandling og kan representere vanskelige differensialdiagnostiske avveininger som bør skje i spesialisthelsetjenesten. Kommisjonene er av den klare oppfatning at personer med rusrelaterte psykiatriske problemer (for eksempel med rusutløste psykoser) må behandles innenfor rammen av det psykiske helsevern.

Vi mener at man også kan legge til grunn det som ligger i Pasientrettighetsloven § 2-5: Rett til individuell plan og "Forskrift om pasientansvarleg lege"

### **Egenandeler**

18 Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.

Dette er en medisinsk-faglig og politisk avgjørelse som ligger utenfor DRKs område.

### **Behandling med legemidler (LAR)**

19 Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det.

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

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

Vi er enige i at tungt belastede stoffmisbrukere skal ha samme rettigheter i helsevesenet som andre. Man bør derfor sette en rimelig behandlingsfrist. Det er tankevekkende at ventetiden i dag er til dels svært lang. På dette punktet beskriver rapporten et system med MO-sentre som vil kunne dekkes av dagens behandlingssystem. Når det nye LAR-regelverket åpner for raskere oppstart (dog som et unntak) tror vi at det innenfor rammen av dagens system (som nevnt over) også vil være fullt mulig å oppnå dette.

Verdien av regelmessige overvåkede urinprøver for inntak av rusmidler er omdiskutert. Vi kan ikke se at effekten er overbevisende dokumentert, men det er eller ikke dokumentert at testing for inntak av rusmidler er uten betydning. Det er, etter det vi vet, heller ikke gjennomført noen kost-nytte analyser. Hvis målet med behandlingen er tilbakeføring i samfunnet med arbeid etc. er vi av den oppfatning at et system med regelmessige kontrollerte urinprøver kan være et godt hjelpemiddel og støtte for den enkelte. Hos den mest belastede gruppen tror vi imidlertid ikke at testing for inntak av rusmidler vil gjøre noen forskjell. Inntaket vil sannsynligvis skje uavhengig av kontrolltiltak.

Vi mener derfor at testing for inntak av rusmidler bør være mer differensiert tilpasset den enkeltes situasjon. Eventuelt frigjorte ressurser kan da med fordel overføres til andre ledd i behandlingsskjeden.

Vi ser med interesse på en videreutvikling av analyser av legemidler og rusmidler i spytt, noe som vil kunne forenkle systemet. Bruk av annet prøvemateriale fritar imidlertid ikke fagmiljøene fra å evaluere tiltaket med overvåking av misbruk ved hjelp av rusmiddelanalyser på generell basis.

## **Overvåket inntak av heroin i LAR?**

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

Vi kan på ingen måte støtte dette forslaget.

Vi støtter mindretallet og kan ikke se at man i dag har behov for opioider ut over dagens behandling med først og fremst buprenorfin (Subutex/Suboxone), evt. med metadon. Det eneste argumentet som kan støtte introduksjon av heroin er at man anser det viktig at man lar utvalgte personer ruse seg på statens regning. Vi er imot en slik tilnærming. Hvis et slikt prisnipp legges til grunn kan vi ikke se at det er noe som taler imot at andre rusavhengige i samme situasjon skal få tilgang til rusmidler som for eksempel alkohol, amfetamin og cannabis. Vi synes også det virker naivt å tro at ikke legalt forskrevet heroin i denne gruppen kun vil komme i tillegg til det illegale misbruket, dvs. at man øker misbrukets størrelse.

Vi har i denne sammenheng med bekymring sett på lekkasjen av metadon fra LAR-programmer med derpå følgende øking av metadonrelaterte dødsfall. Disse programmene var i starten temmelig rigorøse når det gjaldt utdelingen av metadon, uten at man av den grunn klarte å forhindre lekkasje og overdosedødsfall. Vi er ikke overbeviste om at det samme ikke vil skje hvis man introduserer heroin. Om så skjer, blir det dessuten umulig å avdekke, fordi det etter all sannsynlighet i denne gruppen vil være et betydelig sidemisbruk, også av illegalt heroin.

Tarjei Rygnestad

Leder

