

Høringsinnspill til Rusreformutvalget

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)

8. mars 2019

Innhold

Sammendrag	4
Innledning.....	4
Reaksjon på bruk av narkotika og oppbevaring til eget forbruk	4
Vurdering og utredning	4
Behandling.....	5
Kontroll	5
Sanksjoner	6
Varighet	6
Forventede effekter av et slikt program	6
Forskning	6
Konklusjoner.....	6
Innledning.....	8
Hvem bruker illegale rusmidler?	9
Hvem trenger behandling?.....	9
Tvang og rusbruk	9
Kan vi kreve stoffrihet av en som er stoffavhengig?	10
Kan rusmiddelavhengighet behandles under tvang?	11
Reaksjon på bruk og oppbevaring til eget bruk av illegale rusmidler	11
Hva bør gjøres når politiet pågriper en person som bruker eller oppbevarer et illegalt rusmiddel («narkotika») innenfor grensen av det som bare rammes av legemiddellovens § 24?	11
Tre muligheter i første omgang.....	12
Behandling.....	13
Om gjennomføring av stoffkontroll.....	13
Sanksjoner	14
Varighet	15
Lovgrunnlag	15
Forskning	15
Diskusjon	16
Generelt.....	16
Hvorfor kreve stoffrihet og ikke heller at den enkelte skal søke behandling?	17
Hvorfor kontroll?	18
Bør enkelte grupper som følge av psykisk lidelse eller annet ikke delta i dette programmet?	18
Bør prøvetaking for stofftesting i dette programmet gjøres i helsevesenet?	19

Litt om grensesetting.....	19
Andre mulige gunstige virkninger av det foreslåtte programmet	20
Mulige uheldige sider	21
Sammenligning med andre tiltak i skjæringspunktet mellom straff og behandling	21
Betinget påtaleunndlatelse	21
Betinget fengselsstraff med stofffrihet som særvilkår	22
Overføring til behandlingsinstitusjon etter § 12 i straffegjennomføringsloven.....	22
Prøveløslatelse.	22
Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	22
Konklusjoner.....	22
Kommentarer til konkrete problemstillinger i regjeringens mandat	23
Vedlegg: Gjennomføring av stofftesting og sanksjoner i programmet	24
Prøvetaking.....	24
Analysemetoder	25
Beskjeder om prøveresultater.....	25
Sanksjoner	25
Opplysninger om stoffbruk under samtaler	25
Litteratur.....	25

Sammendrag

Innledning

NKROP er positivt innstilt til å endre oppfølgingen av lovbrudd knyttet til legemiddeloven fra bøter og fengsel til behandlingsrettete tiltak. En stor del av målgruppen – men ikke alle – antas å ville trenge behandling og annen oppfølging for å klare å avslutte bruken av illegale rusmidler. Vi mener det er realistisk og rimelig å kreve at også rusmiddelavhengige gjør det forutsatt at de får tilstrekkelige behandlings- og oppfølgingstiltak. Siden det helt klart ikke skal dreie seg om legalisering av noen nye rusmidler, mener vi at også kontroll av rusbruk og tilpassede sanksjoner, bør inkluderes, slik mandatet også legger opp til.

Vi legger med dette fram en skisse til hvordan vi mener oppfølging og behandling kan gjennomføres i tråd med regjeringens mandat.

Målgruppen skal i følge mandatet for rusreformutvalget være dem som blir pågrepet av politiet med brudd på legemiddelovens § 24 som hovedlovbrudd. Disse utgjør en svært liten andel av fengslede med alvorlige rusproblemer, slik at et slikt program vil kunne omfatte en nokså liten andel av dem som i dag er fengslet for narkotikarelatert kriminalitet¹ – i hovedsak for brudd på straffeloven. Vi mener program som inkluderer kontroll og behandlingstilbud bør utvides til også å gjelde gruppen med slik kriminalitet, når denne er sekundær til rusmiddelavhengighet. Slike programmer må innebære et systematisk samarbeid mellom behandlingsetater og justisapparatet. Siden dette faller utenfor rusreformutvalgets mandat, vil vi ikke omtale dette i denne høringsuttalelsen, men vi planlegger å komme tilbake til det.

Reaksjon på bruk av narkotika og oppbevaring til eget forbruk

For personer som pågripes for lovbrudd med legemiddelovens § 24 som alvorligste forhold, må reaksjonen i første omgang være å informere grundig om at dette i Norge forbudt. Den pågrepne må slutte med det, og det bør bli kontrollert med stoffprøver at vedkommende gjør det. Samtidig må det orienteres om det vil bli gitt behandling for alle som har behov for det. Behandlingsmotivasjon er ikke noen forutsetning for inkludering i dette programmet, fordi kravet om legal atferd også gjelder dem som ikke har noen motivasjon for endring. Den pågrepne bør kort tid etter pågripelsen møte i en liten gruppe (kommisjon) som bør inkludere representanter for politiet og rusbehandlingstjenester.

Vurdering og utredning

I første omgang må avklares hvorvidt den enkelte vil ta sikte på å slutte å bruke illegale rusmidler² uten behandling³ eller om det er behov for behandling. Her vil den enkeltes egen oppfatning av dette måtte tillegges stor – i første omgang oftest avgjørende – vekt.

Tre prinsipielle muligheter foreligger når det gjelder ønskene fra den pågrepne:

- 1) Behandling eller annen hjelp ønskes ikke
- 2) Behandling eller annen hjelp ønskes

¹ «Narkotikarelatert kriminalitet» defineres i ND-forskriften § 3: «Personer som er avhengige av narkotika kan dømmes til narkotikaprogram med domstolskontroll dersom han eller hun dømmes for a) overtredelser av straffeloven § 231 første ledd, § 232 eller legemiddeloven § 31 andre ledd, b) lovbrudd begått under påvirkning av narkotika eller c) lovbrudd begått for å finansiere eget narkotikamisbruk.»

² Vi oppfatter begrepene «illegale rusmidler», «stoff» og «narkotika» som synonymer

³ Begrepet «behandling» brukes her i vid forstand og inkluderer ulike støttetiltak som for eksempel undervisning, hjelp til bolig og dagaktiviteter/sysselsetting, pårørendekontakt, bygging av nettverk med mer

- 3) Det er tvil om vedkommende har samtykkekompetanse som følge av psykisk lidelse eller kognitiv svikt

Ved alternativ 1) må dette tas til følge, men dersom kommisjonen mener det er lite sannsynlig at vedkommende vil klare å slutte å bruke illegale rusmidler uten hjelp, er det aktuelt å motivere for behandling. Ved alternativ 2 bør behandling komme i gang så snart som mulig enten i kommunale tjenester eller i spesialisthelsetjenesten. For de relativt få tilfellene knyttet til alternativ 3 bør utredning og eventuelt behandling komme i gang. De fleste med alvorlig psykisk lidelse eller kognitiv svikt vil sannsynligvis også ha nytte av den type grensesetting som dette programmet representerer.

Ved behov for behandling må det gjøres en rask avklaring av behovet. To hovedalternativer peker seg ut:

- a. Behandling uten døgninstitusjon kan være aktuelt og er ønsket. I praksis betyr dette at den enkelte vurderes i kommunen som henviser til spesialisthelsetjenesten ved behov.
- 4) Behandling som begynner i døgninstitusjon er ønsket og åpenbart nødvendig. Hvis dette innebærer TSB-institusjon må det samtidig henvises til pakkeforløp. På samme måte må pasienter med ruslidelse og samtidig psykoselidelse henvises til pakkeforløp innenfor psykisk helsevern.

Tiltakene må komme i gang så snart som mulig.

Behandling

Behandlingen bør i utgangspunktet være frivillig. Men dersom rusbruken fortsetter, må behandling for en kortere eller lengre periode bli et krav. Kravet om behandling må bestemmes ut fra oversiktlige kriterier knyttet til rusbruk eller manglende oppmøte til kontroll. Under hele kontrollperioden må passende behandlingstiltak – også i døgninstitusjon – være tilgjengelig for dem som ønsker det, inkludert akuttinnleggelser ved tilbakefall eller andre kriser. I denne prosessen forutsettes om mulig aktiv deltakelse og medbestemmelse. Det dreier seg grunnleggende om en recovery-prosess.

Innholdet i videre utredning, behandling og oppfølging bør være som for øvrige pasienter, og omtales i dette notatet relativt kort.

Kontroll

I regjeringens mandat til Rusreformutvalget er anført: «Politiet skal kunne pålegge at den rusavhengige skal møtes med helserettede tiltak, og manglende oppfølging vil medføre sanksjoner». Uttrykket «manglende oppfølging» kan tolkes på to måter: a) manglende oppmøte til behandling og b) fortsatt bruk av illegale rusmidler eller manglende deltakelse i kontrolltiltak. Selv om det kan tenkes at regjeringen har tolkning a) i mente, mener vi at dette i så fall er uheldig og at tolkning b) vil være vesentlig mer fruktbar. Vårt høringsnotat er derfor basert på denne tolkningen.

Et sentralt virkemiddel er dermed at det hos alle kontrolleres for bruk av illegale rusmidler. Bruken av slik kontroll er godt innarbeidet i de fleste døgninstitusjoner, spesielt innenfor TSB der dette er ansett som et viktig middel for å oppnå stoffrihet. Denne grensesettingen antas å ville kunne ha en god effekt også utenfor døgninstitusjon, forutsatt rimelige og humane reaksjoner. Den formelle begrunnelsen for kontroll (og sanksjoner) utenfor institusjon er juridisk: illegale rusmidler er ulovlige. Dette forhindrer ikke at slik grensesetting også kan være en viktig hjelp for behandling, forutsatt at den gjennomføres på en god måte.

Kontrollen bør gjennomføres på to ulike måter: med jevnlig samtaler og med biologiske stoffprøver. Sistnevnte bør vurderes gjort med spyttprøver fordi prøvetaking da er vesentlig enklere enn med urinprøver. Enkeltheten av prøvetaking og mindre muligheter for juks kompenserer for at risikoen for falsk negative prøver for en del stoffer er noe høyere ved spyttprøve enn ved urinprøve. Dette gjelder spesielt cannabis. Selve prøvetakingen kan med spyttprøve utføres i primærhelsetjeneste, mens analyser og sanksjoner sannsynligvis bør sentraliseres, slik at de lokale helsetjenestene ikke får dette ansvaret.

Stoff-kontroll bør være hyppig i begynnelsen. Ved stadige negative prøver bør hyppigheten reduseres ganske raskt. Ved vedvarende negative prøveresultater i ett år, bør kontrollen i de fleste tilfellene kunne avsluttes. I motsatt fall bør kontrollperioden strekke seg over to år og kunne utvides som en sanksjon på bruk av stoff.

Både analyse og oppfølging av stoffprøver bør gjøres fortløpende med minimal ventetid.

Sanksjoner

Siden bakgrunnen for sanksjonene er lovbrudd, bør de gjennomføres av justisetaten. Det er sannsynligvis best å bruke objektive kriterier hvorav de viktigste er: oppmøte til kontroll og resultatet av stoffprøver. Selve reaksjonen kan i så fall vurderes sentralisert til politidistrikter, regioner – eller nasjonalt. Bruk av objektive kriterier vil bidra til økt forutsigelighet av reaksjoner for både klienter og andre. Sanksjoner bør komme raskt, med lav terskel, men må være begrensede og ikke virke destruktivt på behandling. De må kunne gjentas. Blant sanksjoner kan tenkes hyppigere stofftesting eller forlenget kontrollperiode. Korte – eller om nødvendig lengre – opphold i tilpasset døgningstusjon kan være et rimelig krav – og i denne sammenheng også en sanksjon – ved vedvarende bruk av stoff.

Varighet

Oppfølgingen av kontrollen bør i utgangspunktet ha et 2 års perspektiv, og selv om også dette er kort for mange som har alvorlig stoff-avhengighet eller samtidige psykiske vansker. Ved stoffbruk over en viss grense bør en sanksjon være utvidet kontrollperiode. Dersom det sammenhengende er fullt oppmøte til kontroller og negative stoffprøver over en viss periode (for eksempel 12 måneder), bør kontrollene kunne avsluttes. I så fall vil minste varighet av oppfølging være 12 måneder.

Forventede effekter av et slikt program

En viktig effekt vil være at det ikke lengre blir oppfattet som usikkert hvorvidt stoffbruk er legalt eller ikke. Grensesetting i form av systematiske stoffprøver er et viktig element og antas foruten de forebyggende (allmennpreventive) effektene også å kunne gi støtte for svært mange av dem som egentlig ønsker å slutte å ruse seg, men som har vansker med å handle i tråd med disse ønskene. Med andre ord: mange trenger å bli «passet på», et begrep som foruten kontroll innebærer omsorg. Siden biologisk stoffkontroll i dag i hovedsak brukes innenfor institusjon og i LAR, er det behov for dette også i andre sammenhenger.

Forskning

Siden det foreslåtte programmet er nytt, bør en eventuell introduksjon av det ledsages med både kvantitativ og kvalitativ forskning. Vi går ikke nærmere inn på dette her.

Konklusjoner

Vårt forslag innebærer minst mulig bruk av bøter og fengselsstraff, økt tilgang på behandling – inkludert døgningbehandling, men også klarere grensesetting utenfor institusjon med kontroll av rusmiddelbruk og systematiske små sanksjoner som gis med lav terskel. Behandling bør i utgangspunktet være frivillig, men

kan bli et krav ved fortsatt bruk av illegale rusmidler. Vi regner med at denne reaksjonen på stoffbruk vil innebære et økt behov for behandling både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, spesielt innenfor TSB. Det bør introduseres et lovverk som forankrer den foreslåtte typen reaksjon på bruk og oppbevaring av stoff til eget forbruk.

Innledning

NKROP hilser velkommen en reform som tar sikte på andre reaksjoner enn bøter og fengselsstraff for lovbrudd relatert til bruk av illegale rusmidler. Vi er også tilfreds med at det gjøres klart i utvalgets mandat at rusreformen ikke inkluderer legalisering av illegale rusmidler. Det kan faktisk være et problem i den offentlige samtalen om dette at begrepet «avkriminalisering» ofte tolkes som legalisering. Selv om legalisering er blitt gjennomført i enkelte andre land og har sine aktive talsmenn også i Norge, mener vi en fortsatt forbudslinje kan gjennomføres på en klar og human måte, uten de skadevirkninger som dagens sanksjoner kan føre til.

I regjeringens mandat til Rusreformutvalget er anført: «Politiet skal kunne pålegge at den rusavhengige skal møtes med helserettede tiltak, og manglende oppfølging vil medføre sanksjoner». Uttrykket «manglende oppfølging» kan tolkes på to måter: a) manglende oppmøte til behandling og b) fortsatt bruk av illegale rusmidler eller manglende oppfølging av kontrolltiltak. Selv om det kan tenkes at regjeringen har tolkning a) in mente, mener vi at dette i så fall er uheldig og at tolkning b) vil være vesentlig mer fruktbar. Vårt høringsnotat er derfor basert på denne tolkningen.

Rusreformen dreier seg om hvilken reaksjon som skal gis ved brudd på legemiddeloven gjennom bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk (i praksis i hovedsak legemiddelovens § 24). De lovbestemmelsene som ellers er knyttet direkte til illegale rusmidler og som kan medføre fengsling er som kjent to: straffelovens § 231 (narkotikaovertrедelse) og § 232 (grov narkotikaovertrедelse). Bare omkring 3 % av dem som per 1. januar i årene 2014-2016 var fengslet for noen form for lovbrudd knyttet direkte til illegale rusmidler hadde overtrедelse av legemiddeloven som hovedlovbrudd (SSB). De øvrige 97 % var innsatt for brudd på straffelovens §§ 231 og 232. Hvis vi ser på antall nyinnsettelser i fengslene blant dem som settes inn for et direkte narkotikalovbrudd, utgjør legemiddeloven 14 %. Forskjellen beror på at fengselsoppholdene med legemiddeloven som hovedlovbrudd er vesentlig kortere.

Andelen som fengsles for brudd på legemiddeloven utgjør en enda mindre andel av dem som fengsles for narkotikarelatert kriminalitet som direkte eller indirekte har sin bakgrunn i stoffavhengighet. De aller fleste som pågripes og har brudd på legemiddeloven som alvorligste lovbrudd, får ikke fengselsstraff. Imidlertid er det sannsynlig at andelen som bare har brudd på legemiddeloven blant de som pågripes kan være vesentlig større enn andelen i fengslene. Det kan i så fall innebære at betydningen av tiltakene i regjeringens forslag kan vise seg å være vesentlig større enn andelen som sitter i fengsel skulle tilsi.

En stor andel av dem som fengsles for narkotikalovbrudd har egne rusproblemer, noe som også – sannsynligvis i enda høyere grad – gjelder dem som er fengslet for vinningskriminalitet⁴. Rusreformen ville hatt vesentlig større betydning dersom også oppfølgingen av disse store gruppene hadde vært inkludert; da ville gevinsten i form av reduserte fengselsopphold også blitt større. Det er utviklet meget lovende programmer i USA på dette området, initialt på Hawaii (Bartels, 2018; Angela Hawken & Kleiman, 2009; Angela Hawken et al., 2016), men også etter hvert i andre stater (Shannon, Hulbig, Birdwhistell, Newell, & Neal, 2015).

Selv om rusavhengige med brudd på straffeloven ikke formelt hører inn under utvalgets mandat, er det vårt håp at denne store gruppen også vurderes av utvalget. Gruppen er nærmere definert i forskrift til Narkotikaprogram med domstolskontroll. Det beste ville – etter vår vurdering – være om utvalgets mandat kunne utvides til også å gjelde denne gruppen, men det er sannsynligvis ikke mulig å oppnå dette.

⁴ Foreløpig upubliserte data fra NorMA-studien (Bukten, 2016) styrker denne antakelsen.

Vårt høringsinnspill holder seg til utvalgets mandat. Dersom mandatet skulle bli utvidet, vil vi gjerne komme med et nytt innspill.

Hvem bruker illegale rusmidler?

Gruppen er mangfoldig. Det er en glidende overgang fra dem som ikke er avhengige i det hele tatt til dem som er intenst avhengige. Det dreier seg på den ene enden av skalaen om personer – oftest unge – som av nysgjerrighet noen ganger prøver cannabis, kanskje også sentralstimulerende midler – inkludert kokain eller MDMA – og som deretter slutter. Noen av disse legger seg til et økende forbruk, og noen utvider til ganske regelmessig bruk av flere stoffer. Noen begynner å injisere rusmidler, enten sentralstimulerende eller opioider, ofte sammen med benzodiazepiner. Noen utvikler betydelig daglig forbruk og blir avhengige på en slik måte at de fleste andre sider av livet blir mindre viktige, og de blir mer eller mindre preget av dette. En stor andel av disse har også betydelige psykiske problemer, enten primært eller som følge av rusbruken. Og viktig i denne sammenhengen: en stor gruppe blir gjengangere i fengslene som følge av overtredelser av straffeloven, ofte sekundært til rusmiddelavhengigheten. En stor del av dem som har langvarige og omfattende rusproblemer har også gjennom livet hatt ulike former for behandling – også i døgningstasjon – uten at dette har medført varig vesentlig bedring.

Alle rusmidler kan gi en eller annen form for abstinensreaksjon etter langvarig jevnlig bruk. Styrken på abstinensreaksjonene kan variere individuelt, etter type rusmiddel og etter intensitet og varighet av bruken. Hovedproblemet ved avhengighet er ikke graden av abstinensreaksjoner, men styrken i savnet og suget over tid ved rusfrihet. Dette er avhengig av mange faktorer og svekkes gjerne over tid. Rus-sug kan trigges ved lett tilgang til rusmiddelet. Lav tilgjengelighet er derfor viktig både for dem som har vært avhengige og som har sluttet, og – selvfølgelig – for å unngå at noen begynner å bruke.

Hvem trenger behandling?

Mange av dem som bruker illegale rusmidler trenger behandling og oppfølging, men det gjelder ikke alle. De som bruker slike stoffer innimellom – av mange betegnet som rekreasjonelt – er oftest ikke avhengige av midlene eller har bare lett grad av avhengighet. De vil ofte kunne slutte uten behandlingstiltak ved hjelp av god grensesetting. Men selv om de neppe trenger behandling, er det viktig at de slutter, både fordi noen etter hvert vil utvikle avhengighet eller psykiske problemer knyttet til bruken, og fordi de er med på å øke tilgjengeligheten av rusmidlene ved at de bidrar til å skape eller opprettholde et marked for dem. Mange glir også inn i avhengighet fordi de har psykiske problemer med symptomer som avhjelpes av rusmidler. Det er spesielt viktig at også denne gruppen nås med god behandling.

Vi legger her mye vekt på behovet for grensesetting og bruker mindre plass på å beskrive tilbud om behandling og oppfølging. Bakgrunnen er at behandling og oppfølging av dem som er avhengige av illegale stoffer er godt kjent, mens verdien av en systematisk, human og virksom grensesetting etter vårt syn ofte vektlegges for lite.

Tvang og rusbruk

Tvang kan være en del av tiltakene ved rusavhengighet. Det gjelder helse- og omsorgsloven, psykisk helsevernloven og barnevernloven. Den loven som imidlertid setter flest med alvorlige rusproblemer under tvang, er straffeloven. Også legemiddelovens bestemmelser om bruk og oppbevaring av stoff til egen bruk er hyppig en del av dommer hvor brudd på straffeloven er hovedlovbrudd. Det brukes innenfor disse områdene store mengder tvang, men uten eksplisitt behandlingsmålsetning annet enn et ønske om «individualprevensjon» som i praksis kan sammenlignes med en behandlingsmålsetning.

Vi mener denne tvangsbruken kan og bør dreies slik at den blir en nyttig hjelp for avhengige til å bryte eget bruk av illegale rusmidler. Det dreier seg om en tvang som nå i stor grad brukes til å sette folk bak murer, men som vil kunne ha mye bedre effekt brukt utenfor murene til et opplegg til kontroll av stoffbruk slik vi foreslår.

Kan vi kreve stoffrihet av en som er stoffavhengig?

Dette litt retoriske spørsmålet kan besvares slik, fra et legalt synspunkt: ja, også en som har utviklet avhengighet må følge landets lover. Men en forutsetning for at dette for mange kan skje er for mange at vedkommende får den hjelpen som trengs for å klare det. Det finnes selvsagt også mange andre gode grunner, men i forbindelse med at man er pågrepet av politiet for dette, er det rasjonelt å understreke forbudet. Avhengighet av rusmidler innebærer ikke at man ikke er i stand til å velge, men de konstruktive valgene kan være svært vanskelige. Derfor ville det vært urimelig og inhumant å kreve det uten at behandling – både for avhengigheten og psykiske problemer – tilbys samtidig. Det er en slik inhuman praksis man i dag følger når det gis bøter – eller i noen tilfelle fengsel – for bruk av narkotika.

Dette innebærer at det å slutte fra et legalt synspunkt ikke kan være avhengig av den enkeltes motivasjon, på samme måte som vi ikke aksepterer det som en frivillig sak å kjøre bil i 150 km i timen eller under ruspåvirkning. Lovforbudet er grunnlaget for den samfunnsmessige grensesettingen. Problemet med denne grensesettingen er ikke at den finnes, men at den hittil i stor grad bruker virkemidler som overfor rusmiddelavhengige ikke er verken rasjonelle eller særlig virksomme, dessuten på mange måter inhumane og destruktive.

Et annet spørsmål kan dukke opp: hvorfor er bruk av stoff forbudt? Det er et spørsmål vi skal la ligge her, annet enn at vi mener det er gode grunner for å opprettholde forbudet, slik regjeringen også signaliserer. Selve forbudet mot å bruke illegale rusmidler er for øvrig grunnlaget for den tilnærmingen vi foreslår.

Men det er et sentralt spørsmål som har en klar humanistisk side: er det legitimt og rimelig å kreve at alle skal la være å bruke illegale rusmidler? Overfor dem som bruker stoff i episoder eller perioder uten bakenforliggende psykiske vansker og uten avhengighet, er det neppe tvil om at det er legitimt å kreve at de illegale stoffene ikke brukes, selv om nettopp denne gruppen også inkluderer mange som krever legalisering. Men en stor gruppe vil ha vansker med å slutte å bruke slike midler fordi de er blitt avhengige, og bruken er blitt en sentral del av livsinnholdet, kanskje også fordi bruk av stoff kan gi en umiddelbar symptomdempning knyttet til psykisk stress eller alvorlige abstinenssymptomer. Det kan for noen føles nesten umulig å slutte, ikke spesielt på grunn av abstinensplagene, men fordi det ikke å bruke dem i en periode kan oppleves som et sort hull preget av sug og nedtrykthet. Det oppleves for noen som en mangeltilstand. Og dette tar det ofte lang tid å komme ut av. Er det da rimelig å kreve dette av alle?

Vi mener at det er rimelig, både av hensyn til den enkeltes mulighet for bedret livskvalitet på sikt og for å unngå at andre får tilgang på stoffene. Den enkelte bruker lever ikke alene, og eksistensen av brukermiljøer gir økt risiko for at andre begynner eller fortsetter med stoffbruk. Opplevelse av sug forsterkes ved god tilgang på stoff og svekkes tilsvarende hvis muligheten for å få tak i rusmiddelet er liten. Det er derfor viktig at færrest mulig bruker stoff både for den enkelte (behandling/individualprevensjon), for andre avhengige som ønsker å slutte og fra et samfunnsmessig synspunkt (forebyggende/allmennprevensjon).

For mange vil det kunne være en langvarig prosess å oppnå stabil stofffrihet. En slik prosess vil for de fleste måtte inneholde ulike typer behandling og oppfølging. Viktig er å oppnå en situasjon hvor livsinnholdet vris vekk fra bruk av rusmidler.

Kan rusmiddelavhengighet behandles under tvang?

Dette spørsmålet har vært reist i forbindelse med rusreformen. Enkelte har tatt avstand fra behandling i en situasjon hvor en viktig bakgrunn for behandling er legalt press, fordi de mener virksom behandling ikke kan skje under tvang. Imidlertid har forskning entydig vist at behandling av rusavhengighet under legal tvang kan ha god virkning (Burke & Gregoire, 2007; Gerdner & Berglund, 2011), dels at ulike typer press – fra pårørende, arbeidsgiver, barnevern (trussel om tap av omsorg for barn) med mer – ofte bidrar til at mange behandlingsepisoder uten formelt legalt press, likevel ikke er så frivillige.

Behandlingsmotivasjon oppstår ikke i et vakuum, men påvirkes av mange «ytre» forhold. Forskjellen på formell tvang og frivillighet er dermed ikke alltid så stor (Opsal, Kristensen, Vederhus, & Clausen, 2016; Stevens et al., 2006).

En grundig svensk utredning omkring tvang i behandling av rusmiddelavhengighet konkluderer slik (Gerdner & Berglund, 2011):

«Tvangsvård när samtycke om frivillig vård ej finns ökar förutsättningarna för att vård skall komma till stånd och förbättrar fullföljandet av den. Tvångsföreskrift kan också öka fullföljande av eftervård. Utfall av vård och eftervård som ges med tvångsföreskrift är lika bra eller bättre än utfall av motsvarande frivillig vård för motsvarande patientgrupper. Personernas problemnivå samt vårdens och eftervårdens innehåll och omfattning är avgörande för resultaten i tvångsvård, precis som i frivillig vård.»

En nylig norsk studie av pasienter innlagt etter helse- og omsorgstjenestelovens § 10-2 føyer seg inn i rekken av studier som går i samme retning (Kristensen, Opsal, & Clausen, 2018).

Reaksjon på bruk og oppbevaring til eget bruk av illegale rusmidler

Hva bør gjøres når politiet pågriper en person som bruker eller oppbevarer et illegalt rusmiddel («narkotika») innenfor grensen av det som bare rammes av legemiddelovens § 24?

Den anholdte bør i løpet av kort tid (få dager) bør få en samtale hvor både politi og helsesektor deltar, gjerne i form av en kommisjon etter portugisisk modell. Hensikten er sammen med den pågrepne å få fram et bilde av rusproblemene og eventuelt andre problemer, både psykiske, sosiale og andre.

Kommisjonen må også få et bilde av hvordan den anholdte selv ser på problemene og hjelpebehovet.

Det må informeres om muligheten for hjelp i form av behandling og andre tiltak på den ene siden, og det legale perspektivet – at det dreier seg om et lovbrudd – på den andre. Dreier det seg om en person med tungt misbruk og store problemer også ellers? Eller om en person med det meste på stell og et mer rekreasjonelt forbruk? Eller kanskje – mest sannsynlig – noe mellom ytterpunktene? Den enkeltes syn på behov for behandling må tillegges mye vekt, og bør i første omgang være avgjørende. Men det legale perspektivet må ikke glemmes. Det må komme klart fram at det kreves at vedkommende slutter med stoff, og at dette vil bli kontrollert.

Dersom ikke helt spesielle forhold taler mot det, bør reaksjonen være todelt, noe obligatorisk, noe frivillig:

1. Obligatorisk

- a. Hos nesten alle bør det settes i gang systematisk kontroll av bruk av illegale rusmidler med biologiske prøver (fortrinnsvis basert på spytt). Hyppigheten bør være relativt høy initialt, senere avhengig av forløpet. Se vedlegg.
- b. Hos alle bør det også være jevnlig samtaler både som støtte og for å fange opp problemer som gjør henvisning til behandling nødvendig. Slike samtaler bør være obligatoriske i hele kontrollperioden. Samtalen må gjennomføres med få ukers mellomrom initialt, senere sjeldnere, også dette avhengig av forløpet. Funksjonen ligner mest på funksjonen til medarbeidere i Friomsorgen, og vi vil her betegne denne personen som «kontrollansvarlig». Det er mulig Friomsorgen er best egnet til å ha dette ansvaret; en annen mulighet er politiet. Det er mer tvilsomt om den kontrollansvarlige bør være knyttet til helse- eller sosialtjenester, men det må også vurderes. Det er sannsynlig at vedkommende bør bidra ved avgjørelser om og gjennomføring av enkelte typer sanksjoner.

2. Frivillig

- a. Alle bør få tilbud om utredning av både rusproblemer, psykiske vansker og sosiale forhold, i første omgang poliklinisk for dem som ikke ønsker rask innleggelse. Opplysninger om tidligere utredning og behandling må innhentes etter samtykke.
- b. Alle som gir uttrykk for at de trenger hjelp for å slutte med bruk av illegale rusmidler, må få slik hjelp, og type hjelp bør i så stor grad som mulig være i tråd med den enkeltes ønsker. Slik hjelp bør komme i gang så fort som mulig.

Dersom vedkommende mener det blir mulig å slutte å bruke stoff uten behandling bør det altså i utgangspunktet være fullt akseptabelt. Da trengs bare stoffkontroll og obligatoriske samtaler innenfor en ramme som vanligvis bør være på 2 år. Dersom kontrollansvarlig mener det er urealistisk at den anholdte vil klare dette uten hjelp, bør dette meddeles, slik at det blir en del av samtalen. Mest sannsynlig vil det i de fleste tilfellene kunne drøftes fram til enighet omkring dette. Men også der det anses urealistisk bør den anholdte alltid få en mulighet til å tilpasse seg forbudet mot å bruke stoff. Stoffprøvene vil i løpet av kort tid vise hvorvidt det blir nødvendig med behandling – initialt ofte i døgninstitusjon. Og i noen tilfelle vil det kanskje vise seg at den anholdte klarer seg bedre enn man kunne forvente.

Selv om den initiale samtalen også har momenter av grensesetting, er det viktig at den foregår i en så god og støttende atmosfære som mulig, noe som selvsagt også gjelder senere samtaler med kontrollansvarlig, også når klienten bryter påbudet om stoffrihet.

Tre muligheter i første omgang

Resultatet av samtalen med kommisjonen vil prinsipielt være én av tre muligheter:

- 1) Den pågrepne ønsker ikke behandling eller annen hjelp
- 2) Den pågrepne ønsker behandling eller annen hjelp
- 3) Det er tvil om samtykkekompetanse som følge av psykisk lidelse eller kognitiv svikt

Ved **alternativ 1** vil oppfølgingen i første omgang begrenses til kontroll. Den enkelte kan underveis når som helst endre standpunkt og gi uttrykk for at vedkommende likevel ønsker behandling som da må kunne ytes.

Ved **alternativ 2** bør behandling komme i gang så snart som mulig enten i kommunale tjenester eller i spesialisthelsetjenesten. For mange vil avrusing og utredning være aktuelt som første skritt.

De relativt få tilfellene knyttet til **alternativ 3** vil i hovedsak kunne dreie seg om personer som ikke har samtykkekompetanse som følge av psykoselidelse eller psykisk utviklingshemning. I slike tilfelle bør det utredes nærmere hvilken type behandling som kan være aktuell. Også for disse gruppene kan et jevnlig kontrollopplegg innebære en fruktbar grensesetting som kan bidra positivt i et opplegg som i hovedsak dreier seg om behandling.

Ved aktiv psykoselidelse uten samtykkekompetanse bør pasienten oftest innlegges i psykisk helsevern som også vil ha ansvar for rusbehandling under innleggelsen. Når den aktive psykosen klinger av og pasienten er blitt samtykkekompetent, vil det være naturlig at pasienten også får kontrollopplegg med hensyn til rusbruk.

Behandling

De fleste vil sannsynligvis ha behov for behandling/støtte i en eller annen form, enten i institusjon eller utenfor. De må da få tilbud om dette snarlig; ventetid antas i en slik situasjon vanligvis å være uheldig. I praksis bør de fleste i en slik situasjon bli inkludert i et pakkeforløp innenfor TSB eller psykisk helsevern.

Behandling i vid forstand kan dreie seg om mange aspekter. Mange har psykiske vansker som vil kunne bedres gjennom behandling. Mange vil gjennom år ha vent seg til et liv hvor det å skaffe og bruke stoff har dominert både tankesett, følelser og venner. Det vil være behov for å komme i gang med noe annet som gir mening, for mange vil det å komme i arbeid være sentralt. Vi unnlater her å beskrive utdypende disse aspektene fordi det ikke avviker fra det vi ellers bruker av tiltak for denne gruppen.

Det antas at den systematiske oppfølgingen i form av grensesetting mot bruk av illegale rusmidler kan bidra til økt tilgjengelighet for tiltak av ulike typer utenfor døgninstitusjon, slik som arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Det vil også kunne lette muligheten til å få til en god bosituasjon, enten i selvstendig bolig eller sammen med andre.

Et behandlingstiltak som er godt dokumentert i en rekke studier, men som ikke brukes i Norge, har den engelske betegnelsen «contingency management» som er en form for læringsorientert behandling. Dette innebærer å gi konkret belønning – ofte i form av penger eller gavekort – for ønsket atferd som oftest dreier seg om negative stoffprøver eller oppmøte til behandling. Det er vist at slik belønningstiltak i de aller fleste studier fører til lavere bruk av rusmidler (Ainscough, McNeill, Strang, Calder, & Brose, 2017; Davis et al., 2016; Petry, Alessi, Olmstead, Rash, & Zajac, 2017). Det programmet vi her foreslår, kan suppleres med slike belønningstiltak, men vi går her ikke videre inn på detaljer omkring dette.

Om gjennomføring av stoffkontroll

Biologisk kontroll av rusmiddelbruk er et eget fagfelt som bør inkluderes i utredningen, hvis rusreformutvalget ønsker å foreslå bruk av denne type kontroll. Betydningen av god stoffkontroll er godt beskrevet i en veiledning fra National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2013). Vi skisserer her en del forhold knyttet til slik kontroll i samsvar med det forslaget vi presenterer. For mer utførlig beskrivelse vises til vedlegget.

Hyppigheten bør beskrives som daglig sannsynlighet for testing, slik at hyppig prøvetaking for eksempel vil være 30-40 % sannsynlighet, lav risiko 5-10 %. På den måten vil risiko for ny prøve være like stor dagen etter at en prøve er tatt. En typisk sanksjon ved positivt testresultat, vil være å øke sannsynligheten for testing for en periode. Ved negative prøver bør sannsynligheten for testing reduseres ganske bratt, slik at ulempen med kontrollen reduseres. Den enkelte bør kjenne godt til fordelene ved å ha negative testresultater. Sanksjoner og belønninger bør være så forutsigelige som mulig, fordi det vil gi den enkelte en realistisk opplevelse av kontroll. Men selve dagen for prøvetaking må være reelt tilfeldig og dermed uforutsigelig.

Tradisjonelt har urinprøver vært brukt til stofftesting. Ulempene med dette er flere. Noen (10-15 %?) har vansker med å late vannet under tilsyn av andre. Å late urin under tilsyn virker nedverdiggende for mange, og det kan nok så lett jukses hvis ikke kontrollen er nitid (og altså nedverdiggende). Spyttprøver brukes i økende grad, og dette bør innenfor et slikt opplegg være å foretrekke, selv med den ulempen at tidsvinduet for påvisning av bruk er kortere for noen av stoffene (Arvidsson, Ullah, Franck, Dahl, & Beck, 2018; Hjelmeland et al., 2017; West, Mikel, Hofilena, & Guevara, 2018). Spyttprøver er vanskelige å forfalske og oppleves vesentlig mindre nedverdiggende.

Screeninganalyser er beheftet med en viss risiko for falskt negative resultater og – i denne sammenheng mer alvorlig – falskt positive. Det bør være en mulighet for rask kontroll ved bruk av mer spesifikke metoder. Det vises også her til vedlegget.

Ved døgnbehandling kan testingen av stoffbruk følge institusjonens ordinære rutiner. Utenfor døgninstitusjon bør det skapes ordninger for stofftesting som fører til at tilgjengeligheten blir god og ulempen så liten som mulig. Legekontorer er kanskje det mest aktuelle sted for slik kontroll – helsestasjoner kan være et alternativ.

Sanksjoner

Ved positivt testresultater – eller utelatelse fra oppmøte for testing – må det få en konsekvens i løpet av så kort tid som mulig (se vedlegg).

Vanligste sanksjon bør sannsynligvis være hyppigere kontrollprøver eller fortsatt hyppig kontroll. Lengre kontrollperiode vil være en aktuell sanksjon, spesielt i siste del av prøvetiden.

Ved vedvarende positive testresultater bør en sanksjon være et kort opphold i en behandlingsinstitusjon. Det er sannsynlig at noen behandlingsinstitusjoner spredt rundt i landet bør kunne ta i mot pasienter på kort varsel med sikte på korte behandlingsopphold i slike situasjoner. Det må i så fall skapes opplegg som er meningsfulle. Dersom pasienten tidligere har hatt behandling i døgninstitusjon og har et godt forhold til denne, bør den institusjonen om mulig foretrekkes.

Ved stadige positive stoffprøver må det legges stor vekt på å motivere for behandling. Hvis dette ikke lykkes kan krav om behandling også være en sanksjon. Dersom enkelte i en slik situasjon nekter å slutte å bruke stoff og nekter behandling, bør ubetinget kort fengselsstraff bli aktuelt. En ubetinget fengselsstraff bør i så fall gis som deldom. Etter løslatelse bør kontrollopplegget fortsette samtidig som det igjen gis tilbud om og motiveres for behandling. For enkelte er det mulig dette vil kunne skje i flere omganger. Det må imidlertid hele tiden være klart at den enkelte vil kunne slippe ut av en slik runddans ved å endre

atferd om nødvendig ved å ta i mot adekvat oppfølging og behandling tilpasset den enkeltes psykiske helsetilstand og funksjonsnivå.

Varighet

Oppfølgingen av kontrollen bør i utgangspunktet ha et 2 års perspektiv, og selv om også dette er kort for mange som har alvorlig stoff-avhengighet eller samtidige psykiske vansker. Ved stoffbruk over en viss grense bør en sanksjon kunne være utvidet kontrollperiode. Dersom det sammenhengende er fullt oppmøte til kontroller og negative stoffprøver over en viss periode (for eksempel 12 måneder), bør kontrollene kunne avsluttes. Dermed blir varigheten av programmet noe den enkelte i høy grad i praksis kan være med på å regulere. Det formelle grunnlaget for forlengelse må ligge i at positive stoffprøver i seg selv er bevis for brudd på forbudet mot bruk av narkotika. Fra et behandlingsperspektiv er det klart at 2 år for mange vil være svært kort tid når det gjelder å få robust kontroll over avhengighet av rusmidler.

Lovgrunnlag

Rusreformutvalget har som del av sitt mandat å vurdere behovet for nye lovbestemmelser eller forskrifter knyttet til brudd på § 24 i dagens legemiddellov. Vi har ikke kompetanse til å komme med konkrete forslag om dette annet enn at det vel må dreie seg om lovgivning som gir hjemmel for den reaksjonsformen vi har foreslått. Det antas å måtte dreie seg om en form for strafferettslig prøvesituasjon som gir mulighet for noen (politiet, friomsorg eller andre) til å regulere hyppighet av stofftesting og kreve innleggelse i behandlingsinstitusjon eller annen type behandling etter bestemte kriterier. Ved vedvarende rusbruk og mangel på oppfølging, bør loven også gi hjemmel for ubetinget fengselsstraff fortrinnsvis i form av deldom.

Reaksjonsformen må kanskje ligge et sted mellom betinget påtaleunndlatelse med krav om ikke å bruke illegale rusmidler og betinget fengselsstraff med samme krav som særvilkår.

Dersom det ansees mulig, vil også vi ønske at tiltakene som her foreslåes, kan igangsettes uten at det får uheldige legale konsekvenser for den enkelte, forutsatt at vedkommende i løpet av rimelig tid slutter å bruke illegale rusmidler. Kan det tenkes at reaksjonsformen kan sammenlignes med fartsoverskridelser i veitrafikkloven? Bruk av stoff – oppdaget ved den kontrollen som her foreslås – vil jo i hvert enkelt tilfelle innebære et lovbrudd som kan sammenlignes med nye brudd på fartsbestemmelsene i veitrafikkloven. Dette har åpenbart størst betydning for personer som ikke tidligere er straffet for noen form for kriminalitet. Ved rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse er for øvrig sammenligningen med vegtrafikkloven noe haltende, men i slike tilfelle vil det være desto mer rimelig å unngå bruk av straffeloven og de konsekvensene det kan føre til.

Forskning

Programmet bør muligens introduseres i ett eller noen få distrikt (politidistrikt?) initialt, slik at praktiske og andre sider med det kan kartlegges. Etter få år bør programmet om mulig gjøres landsdekkende. Det bør gjøres allsidig forskning knyttet til programmet med ulike utfallsmål. Blant disse bør være kvantitative studier av rusmiddelbruk, kriminalitet, livskvalitet, økonomi, arbeidsdeltakelse, sosialt nettverk og andre sosiale forhold, omfang og type innleggelser i sykehus/TSB-institusjoner og dødelighet. Kvalitative studier av både klienter, ansatte i justisetater og behandlere vil også være viktige for å fange opp mer

underliggende effekter av og problemer ved programmet. En mulighet forskningsmessig er å gjennomføre programmet i ett eller to (politi)distrikter og bruke et annet distrikt som kontroll.

Diskusjon

Generelt

Dette forslaget innebærer en presisering og forsterking av forbudet mot bruk av illegale rusmidler, samtidig som det legges opp til at hovedvekten legges på behandling og motivering for behandling. Det legges også opp til at selv eget bruk av disse rusmidlene i siste instans i seg selv kan føre til fengsling, men da etter stadige tilbud om behandling som alternativ. Og også ved fengsling er det klart at fengslingen kan avsluttes så snart den enkelte aksepterer å legge ut på en vei i retning av å avslutte bruken av stoff.

Bakgrunnen for forslaget er at en slik tilnærming har store muligheter for å bedre situasjonen for rusmiddelavhengige og samtidig forebygge bruk av stoff hos unge. Vi mener dette programmet avviker sterkt fra dagens reaksjoner ved at det gir vesentlig bedre muligheter for avhengige til å komme bort fra bruken av stoff. Det benytter en slags forsterket «nudging» («dulting») eller et visst press på den enkelte i retning legal atferd. Det kan også beskrives ved at stoffbrukere som i dag ikke helt klarer å ta vare på seg selv, «passes på» slik at de handler i tråd med samfunnets interesser som i praksis oftest også er i tråd med deres egne. Uttrykket «passe på» er en god betegnelse på den kombinasjon av kontroll og omsorg som ligger bak programmet. Noen ville også hevde at det i realiteten dreier seg om en form for tvangsbehandling, noe vi ikke helt kan benekte. Det er en tvang i retning av legal atferd, av lignende type som vi alle hele tiden er utsatt for. Det er ikke fritt fram å bryte lovene – altså en form for tvang. Så lenge de illegale rusmidlene er forbudte, mener vi det vi foreslår er en legitim metode, selv om vi vet at mange av dem som bruker illegale rusmidler har med seg en tung bagasje i form av dysfunksjonelle oppvekstvilkår, psykisk og fysisk vold og belastede nærmiljøer. Mange har også opplevd tidligere fengselsstraffer som urettferdige og til liten hjelp. Respekten for lover og det å være lovlydig kan derfor være svært lav hos noen. Den typen straff som gis i dette programmet, vil for mange kunne oppleves som en mer realistisk mulighet for å komme videre når det gjelder både rusmiddelavhengighet, behandling av psykiske problemer og å unngå mer kriminalitet (Angela Hawken & Kleiman, 2009).

Forslaget legges fram i en politisk atmosfære hvor det finnes aktive meningsbærere som ønsker at vi skal følge den nordamerikanske tendensen og legalisere ett eller flere av de i dag illegale rusmidlene, samtidig som det politiske flertallet fortsatt holder fast på at bruk av stoff skal være illegalt. Vi mener vårt forslag representerer et humant alternativ til legalisering. Men det er krevende og ikke sikkert det kan gjennomføres uten ekstra kostnader, selv om vi i utgangspunktet har et ganske godt utbygget tiltaksapparat for behandling av ruslidelser.

Hvorvidt programmet kan gjennomføres uten ekstra bevilgninger er altså et åpent spørsmål. Programmet forutsetter klart økt analysekapasitet for stoffanalyser foruten utgifter knyttet til prøvetaking. Analysekapasitet bør sannsynligvis bygges videre ut regionalt. Selv om det ikke er tidkrevende å ta spyttprøver, vil volumet kunne bli ganske høyt. Forslaget forutsetter også at det finnes tilstrekkelig behandlingsskapasitet både kommunalt og innenfor TSB, likeledes bør det utredes nærmere hvem som best kan fylle funksjonen som her er betegnet som kontrollansvarlig. Mot dette kan anføres at det også kan bli større muligheter for at flere kan klare seg rusfrie etter behandlingsopphold i døgninstitusjoner fordi de vil få bedre grensesetting mot å ruse seg. Dette kan potensielt medføre at behovet for døgnplasser for gjennomsnittet av rusbrukere i behandling blir lavere, og dermed – forutsatt at tilbudet

om døgnplasser ikke nedbygges – at kapasiteten for slike blir bedre. Siden dette forslaget er annerledes enn dagens tilnærming, vil det trenge tid til å få det realisert. Det må i denne tiden eventuelt også tas standpunkt til om det bør introduseres som prøveprosjekt i ett eller noen få politidistrikter med ulik type forskning knyttet til forsøket. Det vil også kunne avklare hvorvidt det forutsetter større ressurser når samlede kostnader og besparelser tas i betraktning.

Hvordan vil dette virke for politiet? Det avhenger av i hvilken grad de blir involvert i oppfølgingen spesielt som «kontrollansvarlige». Antallet brukere av illegale rusmidler som kan bli innlemmet i dette programmet er stort, men en viss andel vil neppe trenge ressurskrevende tiltak utover en viss kontroll. Belastningen på dette programmet vil avhenge av hva slags stoffbrukere som blir pågrepet. Behandlingsmessig vil det være viktigst å få med personer med store rusproblemer, mens det fra et forebyggingsperspektiv kan være vel så viktig å finne fram til de «lettere» brukerne.

Vi tror et skifte av oppmerksomhet hos politiet fra å skulle ta «bakmennene» til å pågripe brukere slik at de rekrutteres til behandling og kontroll gjennom dette programmet, vil være gunstig. Å ta bakmennene har vært en ressurskrevende og forståelig politikk i en årrekke, antagelig med relativt beskjeden betydning for markedet av illegale rusmidler. For å redusere omsetningen av narkotika er det sannsynligvis en mer effektiv strategi å redusere markedet, det vil si bruken av illegale rusmidler. Og der har den enkelte bruker faktisk betydning og et klart ansvar.

Dette programmet innebærer en videreutvikling av det konstruktive forebyggende arbeidet som politiet allerede er engasjert i, spesielt hvis det er politiet som får funksjonen som «kontrollansvarlig». Vi tror dette ville kunne ha større innvirkning på volumet av stoffomsetning enn kampen mot bakmennene. Data fra NorMa-undersøkelsen viser for øvrig at også en betydelig andel av «bakmennene» – som dømmes for narkotikaomsetning etter straffelovens §§ 231 og 232 – også har alvorlige problemer med bruk av illegale rusmidler. De er derfor potensielle deltakere i dette programmet hvis de senere pågripes etter legemiddelovens § 24. Programmet vil høyst sannsynlig få inkludert mange brukere av illegale rusmidler som selv begår kriminelle handlinger i den hensikt å skaffe penger til stoff. Bare en liten del av vinningskriminaliteten oppklares, og dette gjelder en enda mindre andel av stoffomsetningen. Selv om programmet retter seg mot brukere av stoff, vil det sannsynligvis også ha betydning for omfanget av vinningskriminalitet og stoffomsetning som utføres av aktive stoffbrukere. I så fall kan det på noe sikt også medføre redusert narkotikarelatert kriminalitet og dermed mindre behov for soningsplasser.

Hvorfor kreve stoffrihet og ikke heller at den enkelte skal søke behandling?

Det er flere grunner til at vi mener det er bedre primært å kreve stoffrihet som kontrolleres, og ikke at vedkommende underlegger seg behandling. De viktigste er:

1. Mange vil kunne slutte å bruke stoff uten behandling. Det dreier seg om personer som bruker stoff rekreasjonelt innimellom og som ikke er avhengige av bruken, men det kan også dreie seg om dem som har en viss grad av avhengighet. Erfaringen med røykeloven viste at mange som i utgangspunktet følte seg dypt avhengige av nikotin, klarte å slutte da det ble lagt et større legalt og sosialt press på det.
2. Fra et legalt synspunkt er det legitimt og rimelig å kreve at vedkommende skal følge landets lover også når det gjelder illegale rusmidler. Hvorvidt dette skjer med eller uten behandling er legalt sett uviktig

3. Både fra forebyggende og behandlingsmessig synspunkt antas det vesentlig mer virksomt å kontrollere at den enkelte slutter å bruke illegale rusmidler enn å kontrollere at vedkommende følger behandling
4. Behandlingsmotivasjon antas for mange å kunne bli endret som følge av at de legale konsekvensene av å bruke stoff blir klarere og mer nærliggende. Dette vil sannsynligvis innebære økt motivasjon for å slutte blant de fleste. For dem som ikke klarer dette uten behandling, vil det dermed sannsynligvis også øke motivasjonen for behandling. Selv om behandlingen skjer med et visst legalt press, dreier det seg ikke direkte om tvangsbehandling, slik det ville fortone seg dersom det primære kravet var behandling. Vedkommende kan i vårt forslag når som helst velge å avbryte behandling under den forutsetning at stoffbruk opphører. Bare dersom vedkommende ikke stiller til kontroll eller har positive stoffprøver vil vedkommende på nytt måtte akseptere behandling

Hvorfor kontroll?

Bakgrunnen for at vi tror kontrolltiltakene er viktige er flere forhold:

- Det ene er det legale: Det er viktig å gi klare signaler om at bruk av narkotika er forbudt. Kontrollen innebærer et klart signal om rettstilstanden på dette område. Vi tror dette signalet er vesentlig sterkere og i alle fall mer relevant og rimelig enn de reaksjonene som nå gis i form av bøter eller fengsel.
- Behovet for å forebygge. Dette følger mye av det foregående.
- Som støtte for behandling. Vi tror gode grensesettende tiltak er undervurdert ved behandling av rusproblemer utenfor institusjon. Slik kontroll er rutine ved mange TSB døgninstitusjoner og bidrar til å gjøre institusjonene til nokså rusfrie arenaer. Dette kan for mange være en stor – for noen kanskje avgjørende – hjelp til å gjøre gode valg også utenfor institusjon. Denne grensesettingen dreier seg om en form for ekstern kontroll som for mange er en viktig forutsetning for at man etter hvert kan klare å oppnå den interne kontrollen som er robust nok til å klare de påkjenningene livet kan gi for de fleste. Dette er som kjent ofte en lang prosess. Det er et paradoks at vi tilbyr – og krever – denne formen for ekstern kontroll innenfor døgninstitusjonenes vegger, men ikke utenfor. En håndhevelse av lovforbudet mot å bruke illegale rusmidler som foreslått her, vil ved klok gjennomføring kunne fungere som en viktig krykke for mange som skal klare å la være å bruke rusmidler utenfor institusjon.

Vi tror altså at et tiltak som er rent legalt begrunnet, kan tilføre robusthet og konstruktiv grensesetting som et supplement ved behandling utenfor institusjon.

Bør enkelte grupper som følge av psykisk lidelse eller annet ikke delta i dette programmet?

Vi har pekt på at klienter uten samtykkekompetanse som følge av aktiv psykose vil kunne ha problemer med å gjøre de valg som dette programmet forutsetter. Vi tror imidlertid de fleste med aktiv psykose i løpet av relativt kort tid i behandling vil ha samtykkekompetanse og dermed også vil kunne delta i dette programmet. De fleste med rusproblemer og samtidig kronisk schizofreni eller bipolar lidelse antas i lange perioder å kunne ha nytte av dette programmet. For pasienter med schizofreni eller bipolar lidelse er det spesielt klart at bruk av rusmidler – cannabis og alkohol inkludert – bidrar til å redusere bedringsmuligheter (Hall, 2015; Schnell, 2014).

En annen gruppe hvor man kan stille dette spørsmålet er de med lett psykisk utviklingsmessig eller med kognitiv funksjon i grenselandet. Størrelsen av denne gruppen blant dem som bruker illegale rusmidler er relativt stor, slik det går fram av en nylig grundig norsk studie (Braatveit, Torsheim, & Hove, 2018). Langt de fleste av disse antas likevel å ha samtykkekompetanse. Det er mulig nettopp mange i denne gruppen vil ha spesiell nytte av et så strukturert opplegg som dette programmet medfører.

Også de forholdene som reises i dette spørsmålet bør bli gjenstand for forskningsmessig oppfølging hvis programmet etableres.

Bør prøvetaking for stofftesting i dette programmet gjøres i helsevesenet?

Det er et dilemma i dette forslaget at enkelte kontrollfunksjoner er foreslått lagt til helsevesenet. Det legges opp til dette i mandatet for rusreformutvalget, og til tross for initial skepsis, har vi kommet til at det delvis må kunne aksepteres. Det finnes presedens for dette i flere forhold: helsepersonell har plikt til å ta blodprøve på forespørsel fra politiet ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand. Enkelte helsestasjoner tar også prøver til stofftesting ved betinget påtaleunntatelse. I begge tilfellene gjøres testingen på oppdrag fra justisetaten (politiet). Vi mener det kan aksepteres at helsepersonell står for både prøvetakingen og analysene innenfor rammene av det programmet som her foreslås. Det bør være klart at oppdragsgiver for disse testene er justisetaten, som vel også bør finansiere utgiftene til dette. Dersom det kan finnes løsninger hvor politiet og eller friomsorgen står for prøvetakingen vil det prinsipielt være en fodel, men tilgjengeligheten av legekontorer/helsestasjoner antas å være vesentlig større, noe som er viktig for å redusere belastningen ved å skulle ta prøver på kort varsel.

Dersom testmaterialet er spytt, vil prøvetakingen ta kort tid og belaste et legekantor eller en helsestasjon relativt lite. Det vil imidlertid være urimelig å kreve at en presset primærhelsetjeneste står for urinprøver i det omfang et slikt program forutsetter, fordi slik prøvetaking kan være mye mer tidkrevende.

Vi tror selve analysen ikke bør gjøres på lokale legekontorer eller helsestasjoner selv om dette ved screeningtester er mulig. Analysene av stoffprøver bør gjøres av sentrale laboratorier. Ansvar for sanksjoner og lettelser som følge av prøvesvar bør plasseres enten hos kontrollansvarlig eller andre, fortrinnsvis i en justisetat, mest naturlig i politiet, men i samråd med eventuell behandler dersom det planlegges innleggelse som sanksjon. I mange tilfelle bør reaksjoner – både sanksjoner og lettelser – kunne gis i tråd med oversiktlige regler som er kjent for både brukere og andre. Se for øvrig mer om dette i vedlegget.

Litt om grensesetting

Grensesetting av denne typen forutsetter i denne sammenheng minst tre betingelser

- 1) et legalt grunnlag for å kreve en spesiell type atferd (her legemiddeloven)
- 2) at det foregår en viss grad av kontroll (her i hovedsak stoffkontroll)
- 3) at det finnes et sett med formålstjenlige sanksjoner og andre tiltak som med minst mulig skadevirkninger bidrar til den ønskede atferden (her må utarbeides et regelverk som bidrar til oversikt og forutsigelighet)

Kunnskap om virkningen av sanksjoner for å endre atferd finnes mange steder, men mest grunnleggende kanskje i læringspsykologien.

Svakheten ved justissektorens grensesetting er at man bryter med de fleste kunnskaper vi har fra læringspsykologien på dette området (NIDA, 2013; Paternoster, 1989). For at sanksjoner skal virke bør de:

- komme raskt og med høy forutsigelighet (som her oppnås ved kontrollen)
- være små, slik at de kan gjentas mange ganger
- ikke innebære avslutning av oppfølgingen
- oppleves som rimelige og rettferdige (både av dem som gir dem og dem som utsettes for dem)
- ikke virke destruktivt

Det er klart at de fleste av disse forutsetningene brytes av dagens straffeoppfølging, men ivaretas for dem som inkluderes i dette programmet.

Et problem knyttet til grensesetting av denne type i døgninstitusjoner er ofte at sanksjonene kan inkludere utskrivning med ofte svært destruktive konsekvenser. Det foregår nå mange steder diskusjon om hvilke alternative sanksjoner som kan brukes i institusjoner for å unngå ufrivillige utskrivelser. I dette programmet med stoffkontroll utenfor institusjon blir sanksjonene fornuftige og logiske: symptom på økte problemer (positiv stoffprøve) møtes med økt behandlingsinnsats, eventuelt også i døgninstitusjon.

Grensesetting som dette omtales gjerne som ekstern kontroll i motsetning til intern kontroll hvor reglene er internalisert hos den enkelte slik at ekstern kontroll blir unødvendig. I virkeligheten dreier det seg ofte om en blanding av de to, men i sammenheng med rusmiddelavhengighet er det en målsetning at man etter hvert oppnår en kontroll som er internalisert, slik at formel grensesetting blir unødvendig. Dette er gjerne en tidkrevende prosess og forutsetter at verdien av rusen er blitt svekket til fordel for andre gleder og opplevelser. Ett av de mange problemene knyttet til overgangen fra behandlingsinstitusjon til samfunnet utenfor er at den klare eksterne kontrollen langt på vei blir borte i en situasjon hvor en skjør bedring er oppnådd innenfor den skjermede og nesten rusfrie konteksten som institusjonen representerer. Bedringen er langt fra kommet langt nok til å tåle fraværet av den klare eksplisitte grensesettingen, spesielt fordi også så mange andre faste punkter blir borte ved utskrivelse, ikke minst relasjoner til andre. Dette programmet innebærer nettopp slik konkret grensesetting i den skjøre situasjonen ved utskrivelser fra døgnbehandling.

Andre mulige gunstige virkninger av det foreslåtte programmet

En av målsetningene med programmet er å få etablert mange brukere av illegale rusmidler i opplegg som kombinerer langvarig behandling med langvarig kontroll – i stor grad utenfor døgninstitusjoner. Vi tror en sannsynlig virkning av et slikt program vil være at flere klarer å komme seg bort fra rusmiddelavhengighet og inn i aktiviteter som er meningsfulle – for noen også i form av vanlig lønnet arbeid. Det er også et håp at svært mange vil oppleve bedret livskvalitet og mindre psykisk stress.

Vi tror dette – eventuelt sammen med lignende programmer rettet mot personer som er dømt og fengslet for stoffrelatert kriminalitet – også ville kunne ha flere ringvirkninger på noe sikt. Viktigst er at redusert antall brukere av illegale rusmidler vil redusere markedet for og tilgjengeligheten av slike rusmidler. Dette vil i så fall kunne ha gunstige ringvirkninger ved at risiko for tilbake fall reduseres parallelt med redusert tilgjengelighet. Redusert tilgjengelighet vil også kunne være gunstig i et forebyggende perspektiv. Viktigste og raskeste forebyggende effekt antas imidlertid å være risikoen for unge mennesker for å måtte inn i et opplegg hvor bruk av stoff skal kontrolleres i 1-2 år. Det vil representere et kraftig signal om at bruken av illegale rusmidler faktisk ikke er tillatt her i landet.

Det er selvsagt vanskelig å være sikker på slike optimistiske vyer for fremtiden. Ut fra dagens kunnskaper, tror vi imidlertid at en gunstig utvikling med hensyn til bruk av illegale rusmidler kan bli mer sannsynlig gjennom dette og lignende programmer. Så må god forskning bidra til å klargjøre om dette stemmer.

Mulige uheldige sider

Under diskusjoner om program som ligner det vi her foreslår, er det kommet en del motforestillinger, hvorav noen her kommenteres:

Biologisk kontroll av cannabis og andre rusmidler som lett kan påvises, vil føre økt forbruk dels av alkohol, dels av andre og farligere syntetiske varianter med større skadepotensiale.

At dette opplegget kan bidra til at tidligere cannabisbrukere i stedet for cannabis øker forbruket av alkohol, kan ikke helt avvises, men det er ikke opplagt. Dagens cannabisbrukere har i gjennomsnitt et høyere forbruk av alkohol enn øvrig ungdom, men dette forhindrer ikke at det kan bli enda høyere.

At resultatet av et slikt program vil bli høyere forbruk av syntetiske og farligere varianter av rusmidler er også teoretisk mulig. Det er imidlertid sannsynlig at den økte eksponering for god behandling som dette programmet vil innebære, kan motvirke slike tendenser. Men det er all grunn til fortsatt å følge utviklingen når det gjelder både alkohol og syntetiske potente rusmidler – cannabinoider og andre – nøye slik man har gjort de siste årene.

Tilgjengelige plasser for frivillig behandling kan bli redusert som følge av at pasienter som tvinges til stoffrihet prioriteres.

Også dette er en mulig konsekvens. Det vil imidlertid i stor grad dreie seg om de samme pasientene i det mange av de litt eldre brukerne av illegale rusmidler allerede har forsøkt ulike behandlingstiltak. Et annet moment kan være at den konsistente kontrollen som pasienter i dette programmet får, kan bidra til at mange kan klare seg med kortere opphold i institusjon enn de ellers hadde trengt. Det er også mulig at behandling innenfor dette programmet vil vise seg å ha bedre resultater enn rent frivillig behandling fordi det gir kontinuerlig oppfølging – også i form av kontroll – over relativt lang tid. Uansett vil det være viktig å følge utviklingen nøye også på dette området. Dersom det viser seg at programmet medfører samlet lavere behov for fengselsplasser vil det være mulig å bruke midlene fra innsparte fengselsplasser til utvikling av behandlingsplasser.

Også kommunenes rustiltak kan tenkes å oppleve økt aktivitet. Men dersom man oppnår at flere med rusproblemer ruser seg vesentlig mindre enn tidligere, kan kommunene oppleve dels mindre belastning, dels at arbeidet i større grad blir preget av optimisme. Men også dette gjenstår å se.

Det nivået av kontroll som programmet representerer er grunnleggende uetisk

Vi anser spørsmålet som vesentlig, men er av den oppfatning at de sannsynlige gode virkningene i form av redusert bruk av illegale rusmidler, bedret livskvalitet for både bruker og pårørende, muligens redusert kriminalitet og andre forhold kompenseres for ulempene med denne typen kontrolltiltak. Brukere av illegale rusmidler utsettes for mye mer intens kontroll gjennom soning i fengsler.

Sammenligning med andre tiltak i skjæringspunktet mellom straff og behandling

Betinget påtaleunndlatelse

Det programmet som foreslås her ligner betydelig på det som en del steder gjøres i form av betinget påtaleunndlatelse. Betinget påtaleunndlatelse er imidlertid begrenset til unge uten tidligere kriminell belastning, mens dette programmet ikke inneholder slike begrensninger og samtidig er mer systematisk.

Betinget fengselsstraff med stoffrihet som særvilkår

Elementer av forslaget kan ligne på det som er mulig å gjøre innenfor rammen av betinget fengselsstraff, men de fleste som pågripes for brudd på legemiddelovens § 24 vil i dag kunne dømmes til bøter, men ikke til fengsel.

Overføring til behandlingsinstitusjon etter § 12 i straffegjennomføringsloven

Siden dette dreier seg om overføring til soning i behandlingsinstitusjon for personer som er i fengsel for ubetinget fengselsstraff, vil dette tiltaket neppe være aktuelt for de aller fleste som dømmes etter legemiddeloven. Imidlertid har vi tatt høyde for at dette programmet for et antatt lite mindretall vil kunne medføre ubetinget fengselsstraff. For dem kan overføring til soning i behandlingsinstitusjon være aktuelt forutsett at overføringen kan skje relativt raskt.

Overføring etter § 12 har for øvrig i de aller fleste tilfellene også den svakhet at kontrollen avsluttes ved utskrivelse fra behandlingsinstitusjonen på et tidspunkt da behovet for grensesetting og kontroll faktisk er høyest.

Prøveløslatelse.

Også dette forutsetter ubetinget fengselsstraff og vil derfor ikke være «konkurrerende» hjemmel. For øvrig er det sjelden at brudd på betingelser for prøveløslatelse fører til soning av resttid uten at det foreligger annen type lovbrudd samtidig.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Også dette forutsetter betinget fengselsstraff i stedet for ubetinget fengselsstraff. En svakhet er at så få deltar i det, sannsynligvis på grunn av streng utvelgelse av egnede deltakere med stor vekt på egen motivasjon.

Konklusjoner

Vi støtter hovedidéen bak rusreformen, som innebærer at personer med rusproblemer som oppdages og anholdes av politiet blir tilbudt behandling i stedet for straff. Vi er enige i og baserer dette forslaget på at illegale rusmidler ikke legaliseres. Dersom et rusmiddel som for eksempel cannabis skulle bli legalisert, vil programmet som foreslås fortsatt kunne realiseres med den forskjell at bruk av cannabis ikke blir inkludert i kontrollen. Det kan vurderes om alkoholbruk av en type som skaper problemer i offentligheten bør inkluderes, men vi har ikke gått grundig inn i en slik vurdering.

Det er ganske overbevisende forskningsmessig belegg for at langvarig oppfølging som inkluderer både aktiv behandling og kontroll vil kunne innebære vesentlig bedre resultater for rusmiddelavhengige enn dagens oppstykkede opplegg. Dette gjelder selv om en del av dem som inkluderes ikke i utgangspunktet vil være motiverte for å søke behandling eller i det hele tatt å slutte bruken av illegale rusmidler.

Vi tror imidlertid det vil være bedre å plassere sanksjonær oppfølging av rusmiddelbruk og lignende til en justisetat – mest sannsynlig til politiet, selv om selve prøvetakingen og analysene kan gjøres i helsetjenesten

Kommentarer til konkrete problemstillinger i regjeringens mandat

Mengde illegale rusmidler som skal falle inn under definisjonene av bruk og besittelse til eget bruk

Grensen kan settes relativt høyt dersom vårt foreslåtte program – eller noe som ligner – benyttes. I motsatt fall bør det begrenses til under 10 typiske brukerdoser

Hvilke tilbud/sanksjoner som skal gis ut ifra den enkeltes livssituasjon, alvorlighetsgrad av rusproblem og individuelle behov, herunder

- **overfor brukere som gjentatte ganger bryter forbudet om bruk og besittelse til eget bruk**
Vi mener dette må følges opp med sanksjoner i tråd med det som ligger i vårt forslag. I siste instans vil det kunne føre til ubetinget fengselsstraff, men det bør være i form av deldom. Ved løslatelse bør i så fall programmet – inkludert kontrollen – fortsette innenfor rammen av betinget fengselsstraff
- **overfor bruker som ikke følger opp de tilbud/tidligere sanksjoner som er gitt**
Dersom dette medfører vedvarende bruk av stoff, vil det som nevnt i siste instans kunne føre til ubetinget fengsel som ovenfor (deldom). Dersom vedkommende ikke er involvert i kriminalitet og i følge stofftesting ikke bruker stoff, bør det imidlertid ikke gis sanksjoner mot manglende deltakelse i behandling

Hvorvidt og i så fall på hvilken måte, personer som bryter lov/forskrift grunnet beruselse eller påvirkning av alkohol, samt personer som får bistand av politi/ambulanse ved overdoser, skal inngå i modellen.

Vi har ikke innarbeidet brudd på lov/forskrift grunnet påvirkning av alkohol i forslaget vårt, men synes det kan utredes hvorvidt det ville vært mulig og praktisk gjennomførlig. Man kan i den forbindelse eventuelt benytte ulike kontrollmetoder for alkoholbruk.

Vi tror ikke pasienter bør pågripes og med tvang inkluderes i programmet i forbindelse med overdoser og andre medisinske kriser. I slike situasjoner er det viktig å unngå å skape skranker som kan hindre at riktig hjelp ytes. Pågrepelse for bruk av stoff bør gjøres i andre sammenhenger, og vi vil anta det finnes mange. Blant disse er funn av narkotika i prøver fra bilførere og kontroll av mennesker som ferdes i miljøer hvor stoff brukes eller omsettes. Et mulig tiltak ville være å rette noe kontroll mot de delene av utelivet hvor stoffbruk er vanlig, eller å åpne for kontroll innimellom blant elever i videregående skoler og studenter. Det måtte på forhånd være gjort meget klart at slike kontroller vil kunne forekomme. Slike kontroller ville sannsynligvis kunne ha stor forebyggende verdi. Effekten av slik kontroll antas å kunne sammenlignes med effekten av den meget sjeldne – og likevel effektive – kontrollen som gjennomføres mot bruk av alkohol ved bilkjøring.

Om forsøk på anskaffelse av illegale rusmidler til eget bruk skal inngå i modellen.

Ja, det bør sannsynligvis inkluderes

Hvorvidt og i så fall på hvilken måte, dagens alternative straffereaksjoner, vilkår ved påtaleunntatelse mv, som benyttes ved bruk og besittelse til eget bruk skal inngå i modellen.

Ja, vi mener disse bør tilpasses modellen i den graden det er mulig. En annen mulighet er at alternative straffereformer erstattes med den foreslåtte modellen

I hvilken grad foreslåtte endringer i regelverk og foreslåtte tilbud og sanksjoner er i samsvar med prinsippet om samtykkebasert helsehjelp.

Vi mener store deler av det programmet vi foreslår fullt ut er i samsvar med prinsippet om samtykkebasert helsehjelp, på samme måte som overføring av fengslede til soning i behandlingsinstitusjon etter § 12 i straffegjennomføringsloven. I de tilfellene vi foreslår innleggelse i døgninstitusjon som en sanksjon ved vedvarende bruk av illegale stoffer, kan dette kanskje diskuteres. Likevel: valget for den enkelte vil i de tilfellene i praksis stå mellom innleggelse i behandlingsinstitusjon eller ubetinget fengselsstraff. Da er valget av samme karakter som ved søknad om overføring til behandling etter § 12. Vi mener det må være akseptabelt. I praksis kan dette anses for en form for behandling under tvang, i likhet med det som gjelder etter nevnte § 12. I begge tilfellene vil det være basert på eget samtykke. Innenfor rusbehandling er det for øvrig ikke uvanlig at ulike tvangselementer (fra barnevern, familie/venner/arbeidsgiver, frykt for å bli fengslet og lignende) ligger bak samtykkebasert behandling.

Vedlegg: Gjennomføring av stofftesting og sanksjoner i programmet

Prøvetaking

Ved spyttprøver er prøvetaking enkel og lite ressurskrevende. Selv om denne prøvetakingen er legalt begrunnet, antas den å kunne gjøres på legekantor eller hos helsesykepleier⁵. Hver kommune bør ha utstyr til slik prøvetaking tilgjengelig, store kommuner må ha slikt utstyr på flere kontorer.

Selve prøvetakingen er enkel og krever ikke spesiell faglig bakgrunn utover instruksjon i denne prosedyren som må gjennomføres etter de prinsippene som gjelder for rettstoksikologiske analyser⁶. Prøvetakingen kan utføres av hjelpepersonell på legekantorer, helsesykepleier, for så vidt om nødvendig av ruskonsulent eller andre. Dersom klienten er bortreist innenlands kan i mange tilfelle nærmeste legekantor eller helsesykepleier ta testen forutsatt at de har prøveutstyr tilgjengelig. Klienten må ved hver prøvetaking krysse av på et enkelt skjema om rusbruk siste dager eller uker. Opplysninger om rusbruk i skjemaet må ikke i seg selv gi grunnlag for sanksjoner. Det kan imidlertid drøftes hvorvidt manglende opplysning om stoffbruk og positivt prøveresultat kan gi grunnlag for litt strengere reaksjon.

Hyppighet av stofftesting må varieres, for eksempel i fire nivåer:

Nivå	Hyppighet	Daglig sannsynlighet for prøve	Fargekode	Gjennomsnittlig antall per måned
1.	Svært hyppig	40 %	Rød	8
2.	Hyppig	25 %	Blå	5
3.	Sjeldnere	10 %	Gul	3
4.	Svært sjelden	5 %	Grønn	1-2

Et slikt opplegg bør utarbeides slik at det blir oversiktlig og konsistent. Dermed blir det også forutsigelig for den enkelte.

Selve den tilfeldige utvelgelsen av prøvedager, kan sentraliseres og må bestemmes med reell tilfeldighet. Beskjed om prøvetidspunkt bør kunne gis samtidig (sms, e-post eller helsenett) til klient, kontrollansvarlig

⁵ Tidligere betegnet som helsesøster

⁶ <http://ehandboken.ous-hf.no/document/112682>

og prøvetaker, for eksempel tidlig morgen den dagen prøven skal tas eller kvelden før. Klienten vil ha som forpliktelse å følge med på den avtalte kommunikasjonskanalen – sannsynligvis oftest telefonen.

Analysemetoder

Ved samsvar mellom opplysninger om rusmiddelbruk på skjemaet og screeningtest vil videre undersøkelse formodentlig være unødvendig. Dersom det ikke er opplyst om bruk av et rusmiddel som er påvist ved screeningtest, bør det sannsynligvis gjøres bekreftelsesanalyse før resultatet meddeles.

Det er viktig med både høy sensitivitet og spesifisitet. Høy spesifisitet er kanskje spesielt viktig for å unngå falsk positive prøveresultater som vil kunne virke demotiverende på den som utsettes for det.

Beskjeder om prøveresultater

Prøveresultater bør sannsynligvis meddeles til både til klienten, den kontrollansvarlige, samt eventuelt behandler (fordi resultater også har betydning i behandlingssammenheng), eventuelt til andre hvis det er avtalt.

Sanksjoner

Det er sannsynligvis best at legekantor eller annen behandler ikke står for avgjørelser av sanksjoner knyttet til stoffprøver – fordi det dreier seg om legalt begrunnede sanksjoner. Avgjørelsen kan sentraliseres og kanskje i noen grad automatiseres, spesielt hvis det dreier seg om regulering av prøvehyppighet. Dermed vil også forutsigeligheten for klienten bli så høy som mulig. Alternativt kan kontrollansvarlig ha som én av oppgavene å bestemme sanksjoner, men dette må vurderes nærmere. Også korte innleggelser (for eksempel opptil en uke) kan muligens i stor grad avgjøres ut fra objektive kriterier (hyppige positive prøver), mens lengre innleggelser bør drøftes i et samspill mellom klient, kontrollansvarlig og behandler både i kommunen og TSB.

Manglende oppmøte til stofftesting må oppfattes på samme måte som en positiv prøve. Det kan argumenteres for at reaksjonen på manglende oppmøte bør være noe større enn positivt testresultat.

Det kan også argumenteres for at et positivt testresultat som er i tråd med de opplysningene som pasienten har gitt på spørreskjemaet, bør vurderes mildere enn positiv prøve som ikke er «varslet» av klienten.

Opplysninger om stoffbruk under samtaler

Det må åpenbart ikke gis sanksjoner på grunnlag av opplysninger om stoffbruk gitt i samtaler med behandlere eller på skjemaet knyttet til stoffprøvene. Sannsynligvis bør dette også gjelde opplysninger gitt i samtaler med kontrollansvarlig. Dermed kan det legges til rette for åpne samtaler både med behandler og stoffansvarlig uten at klienten skal frykte sanksjoner som følge av åpenheten.

Dersom det over tid blir åpenbart at det er et stort misforhold mellom reell bruk av stoff, og det som fanges opp på prøvene, kan det være grunn til å vurdere tiltak for å bedre analysekvaliteten for å unngå falskt negative prøver.

Litteratur

Ainscough, T. S., McNeill, A., Strang, J., Calder, R., & Brose, L. S. (2017). Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic

- review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 178, 318-339.
doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.028
- Arvidsson, M., Ullah, S., Franck, J., Dahl, M. L., & Beck, O. (2018). Drug abuse screening with exhaled breath and oral fluid in adults with substance use disorder. *Drug Testing & Analysis*.
doi:10.1002/dta.2384
- Bartels, L. (2018). HOPE-ful bottles: Examining the potential for Hawaii's opportunity probation with enforcement (HOPE) to help mainstream therapeutic jurisprudence. *Int J Law Psychiatry*.
doi:10.1016/j.ijlp.2018.06.004
- Braatveit, K. J., Torsheim, T., & Hove, O. (2018). Intellectual Functioning in In-Patients with Substance Use Disorders: Preliminary Results from a Clinical Mediation Study of Factors Contributing to IQ Variance. *Eur Addict Res*, 24(1), 19-27. doi:10.1159/000486620
- Bukten, A. S. M. R. S., Svetlana; Kunøe, Nicolaj; Lobmaier, Philipp; Lund, Ingunn Olea; Clausen, Thomas. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler*. Retrieved from <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte.pdf>
- Burke, A. C., & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health Soc Work*, 32(1), 7-15.
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J., & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Prev Med*, 92, 36-46. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.008
- Gerdner, A., & Berglund, M. (2011). *Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet* (SOU 2011:6). Retrieved from Stockholm:
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110(1), 19-35. doi:10.1111/add.12703
- Hawken, A., & Kleiman, M. (2009). *Managing Drug Involved Probationers with Swift and Certain Sanctions: Evaluating Hawaii's HOPE* Retrieved from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229023.pdf>
- Hawken, A., Kulick, J., Smith, K., Mei, J., Zhang, Y., Jarman, S., . . . Vial, T. (2016). *HOPE II: A Follow-up to Hawaii's HOPE Evaluation*. Retrieved from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/249912.pdf>
- Hjelmeland, K., Gustavsen, I., Oiestad, E. L., Oiestad, A. M. L., Hoiseth, G., & Morland, J. (2017). Zopiclone concentrations in oral fluid and blood after, administration of therapeutic doses of zopiclone. *Forensic Sci Int*, 278, 177-183.
- Kristensen, O., Opsal, A., & Clausen, T. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 138(8). doi:10.4045/tidsskr.17.1114
- NIDA. (2013). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations | A Research-Based Guide* Retrieved from https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/txcriminaljustice_0.pdf
- Opsal, A., Kristensen, O., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 656. doi:10.1186/s12913-016-1906-4
- Paternoster, R. (1989). Decisions to Participate in and Desist From Four Types of Common Delinquency: Deterrence and the Rational Choice Perspective. *Law and Society Review*, 23(1), 7-40.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Olmstead, T. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2017). Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go? *Psychol Addict Behav*, 31(8), 897-906. doi:10.1037/adb0000287
- Schnell, T. (2014). [Clinical prognosis of schizophrenic patients with cannabis addiction. Between nihilism and hope]. *Nervenarzt*, 85(9), 1084-1092. doi:10.1007/s00115-013-3926-1
- Shannon, L. M., Hulbig, S. K., Birdwhistell, S., Newell, J., & Neal, C. (2015). Implementation of an enhanced probation program: evaluating process and preliminary outcomes. *Eval Program Plann*, 49, 50-62. doi:10.1016/j.evalprogplan.2014.11.004
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., . . . Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug

- dependence: results from a European study of Quasi-Compulsory Treatment. *Eur Addict Res*, 12(4), 197-209. doi:10.1159/000094422
- West, R., Mikel, C., Hofilena, D., & Guevara, M. (2018). Positivity rates of drugs in patients treated for opioid dependence with buprenorphine: A comparison of oral fluid and urine using paired collections and LC-MS/MS. *Drug Alcohol Depend*, 193, 183-191. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.023