

Oslo, 13.11.2023

## Innspill til Rushåndhevingsutvalget om utvalgets mandat og sammensetning

**Tyrili vil med dette foreslå at Rushåndhevingsutvalget med sitt mandat legges ned, slik det foreligger i dag og med den sammensetningen av medlemmer som er foreslått.**

Dersom regjeringen skal nedsette et utvalg som skal vurdere strafferettslige reaksjoner knyttet til bruk og besittelse av rusmidler, anbefaler vi at det nedsettes med representasjon fra brukerorganisasjoner, fagmedlemmer med sosial-, helse- og psykologfaglig kompetanse og representanter fra etater som i dag og i fremtiden skal bidra med håndtering av lovlig og ulovlig rusmiddelbruk i Norge. Det vil si et betydelig mer sammensatt utvalg enn i nåværende forslag, hvor utvalget som på oppdrag fra regjeringen skal se på mulighetene for å lage et juridisk skille mellom mennesker med rusavhengighet og andre, kun består av tre jurister.

Mandatet til et slik utvalg må også sikre en kunnskapsbasert tilnærming til alle problemstillinger, noe som ikke er tilfelle i det mandatet som foreligger.

### Vår begrunnelse:

#### Forståelse av rusbruk og rusavhengighet

I 2004 ble Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) et eget helsefagområde i spesialisthelsetjenesten. Rusavhengighet defineres som en sykdom, og Verdens helseorganisasjon (WHO) og norske helsemyndigheter bygger på det biopsykososiale perspektivet for å forklare og forstå rusavhengighet. Denne modellen understreker kompleksiteten i hva rusavhengighet er og behovet for en tverrfaglig tilnærming. Det er derfor avgjørende at utvalget har tverrfaglig kompetanse og mulighet til å kunne løse mandatet ut fra den kunnskapen som i dag foreligger om rusavhengighet.

Årsaken til at mennesker benytter seg av rusmidler, er sammensatt. Når rusbruk over tid fører til avhengighet og sykdom, kan årsaken for noen være dårlige oppvekstvilkår – omsorgssvikt, traumatiske livshendelser og overgrep. For andre handler det om utforskning, miljøpåvirkning og festing. For atter andre, alt på en gang eller ingenting av det som er nevnt

ovenfor.

Utvalget har fått i oppdrag å foreslå et rettslig innhold i begrepet rusmiddelavhengighet, og dermed lidelsen. utfordringene med å omgjøre diagnostiske kriterier fra ICD-10/ICD-11 til grunnlag for en rettsliggjøring av en sykdom, er mange. Blant dem forståelsen av hva som er en kronisk lidelse og forståelsen av tilfriskning. Det er bekymringsfullt at man knytter rettslige vurderinger til en lidelse med behandlingsrettigheter i spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg også å gå motsatt vei av hva kunnskapsgrunnlaget for rusfeltet viser at man bør gjøre, og stikk i strid med utviklingen i resten av Europa. Utvalget bør se til eksisterende kunnskapsgrunnlag og erfaringer fra land det er naturlig å sammenligne oss med.

Strafferettslig tilnærming til personer med begynnende rusavhengighet er også noe utvalget skal vurdere hensiktsmessigheten av. En gradering av avhengighet og et rettslig skille mellom begynnende avhengighet og tung rusavhengighet er vanskelig å se for seg ut fra et kunnskapsbasert ståsted. Selv ut fra et rusfaglig ståsted med spesialistkompetanse er en slik vurdering vanskelig, og det virker lite hensiktsmessig at politiet skal stå for en slik vurdering.

Ut fra dette følger også vanskene ved hvilke beviskrav som skal stilles for å anse en person som rusavhengig. Det er bare helsepersonell som har adgang til å stille en slik diagnose.

Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven innebærer plikt for alt helsepersonell til å holde seg innenfor sitt fagområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner. Innenfor psykisk helsevern er det kun profesjonsstudiet i psykologi og medisinstudiet som kvalifiserer for diagnosesetting, herunder en vurdering av om en person har en rusavhengighet.

## **Bruker-, fag- og tverretatlig representasjon**

I flere offentlige instanser er det nå krav om brukerrepresentasjon. Et slikt krav bør utvilsomt stilles til dette utvalget også. Brukerrepresentasjon vil gi utvalget et langt bedre grunnlag for å komme med anbefalinger. Personer med rusavhengighet har tradisjonelt blitt utsatt for stigmatisering og fordømmelse, og samfunnet har et spesielt ansvar ovenfor sårbare grupper. I utvalget bør det også være fagkompetanse fra forskningsmiljøer på rusfeltet, og utvalget bør ha medlemmer med helse-, sosial- og psykologfaglig bakgrunn.

Det er problematisk at utvalget skal fremme forslag som skal være operative for politiets førstelinje, uten at politiet og kriminalomsorgen er representert i utvalget. Dette også med tanke på alternative straffereaksjoner.

## **Fengselsstraff for bruk og besittelse**

Forslaget om en lovendring for å fjerne fengselsstraff for bruk og besittelse er positivt. Det er likevel verdt å problematisere hvorvidt en domstol har kompetanse til å avsi en «helsesdom». Vi har per nå mulighet til §12-soning og ND-straff (narkotikaprogram med domstolskontroll), men selv om man får en slik dom/mulighet er det opp til spesialisthelsetjenesten (TSB) selv å vurdere om domfelte har rett til/behov for TSB.

Utvalget bør vurdere nøye om behovet for ransaking er tilstede i saker om bruk og besittelse av narkotika, og sikre at eventuelle endringer i regelverket for ransaking er i samsvar med rusreformens intensjoner og menneskerettslige standarder. Det bør undersøkes om det er mulig å utvikle alternative virkemidler for politiet for å avdekke narkotikabruk blant unge, heller enn å utføre ransaking.

### **Terskelverdier**

I HR-2022-731-A tar Høyesterett utgangspunkt i at det er et bevissspørsmål om en mengde narkotika er til egen bruk, samtidig som de terskelverdiene som var foreslått i Prop. 92 L (2020–2021), utgjør et «naturlig utgangspunkt for vurderingen av hvor en veiledende grense bør ligge». Terskelverdiene skal ligge på en mengde av et rusmiddel som kan anses å være til egen bruk. Vi ønsker ikke å bidra til å definere anbefalinger for terskelverdier, men heller løfte noen problemstillinger som må tas i betraktning. Det er store individuelle forskjeller på toleransen for et rusmiddel fra person til person. Personer med rusavhengighet bor også i desentraliserte strøk med lang reisevei for å få tak i rusmidler, noe som gjør at de kjøper inn kvanta til mer enn én dags bruk av gangen. Selv om mengden en person har på seg dermed blir større, kan den fortsatt være ment til egen bruk.

### **Selvinkriminering, diskriminering og forebygging**

Det støttes at man sikrer at mistenkte personer har tilstrekkelig beskyttelse mot selvinkriminering, og at deres rettssikkerhet blir ivaretatt i tråd med lover og regler.

Det er også fare for at sosial profilering kan oppstå, der hudfarge, klesstil, omgangskrets og historikk kan påvirke frekvensen av tvangsmidler overfor enkelte grupper og personer. Dette kan resultere i stigmatisering og konflikter med politiet, i tillegg til en enda større skepsis til våre offentlige instanser.

Forebygging bør primært ligge andre steder enn hos politiet, for eksempel hos brukerorganisasjoner eller helsepersonell. Informasjon om hvordan bruke rusmidler bør også inngå i dette. Politiet kan informere de som de møter på gata om bruk av rusmidler og ikke minst om mulighetene for hjelp.

### **Kunnskap og kompetanse**

Utvalget må innhente kunnskap og kompetanse på sentrale områder fra relevante fagmiljøer og organisasjoner. Hvilke valg som gjøres for å innhente kunnskap og kompetanse, er av avgjørende betydning for kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn. Fagmiljøene og organisasjonene bør være representative for fagfeltet og ha faglig tyngde. Som nevnt tidligere er det viktig å ha med brukerorganisasjoner i et slikt arbeid.

Vi håper regjeringen vil ta imot vår anbefaling om å prioritere helsehjelp for rusavhengige framfor å straffeforfølge mennesker.

Vi i Tyrili kan bidra med fagkompetanse fra vårt forskningsmiljø og fra medarbeidere med helsefaglig, sosialfaglig og psykologfaglig bakgrunn. I tillegg har vi et brukerråd med medlemmer fra ulike brukerorganisasjoner som kan delta på forespørsel.

Dette gjelder også eventuelle framtidige utvalg som vil jobbe for å forebygge rusavhengighet, kriminalitet og skadelig rusbruk i samfunnet.

Tyrilistiftelsen 11 behandlingenheter, til sammen 330 ansatte og 260 pasienter som er i behandling i dag.

Anne Malebakken som er leder for Tyrili sitt Brukerråd stiller seg bak dette innspillet.

Med vennlig hilsen,

Camilla Fjeld

konstituert stiftelsesleder i Tyrilistiftelsen.