
Fra: noreply@regjeringen.no [<mailto:noreply@regjeringen.no>]

Sendt: 8. april 2015 10:50

Til: Postmottak HOD

Emne: Nytt hørings svar til 14/3602 - Høring – lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen

Referanse: 14/3602
Høring: Høring – lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen
Levert: 08.04.2015 10:49
Svartype: Med merknader
Kontakt avsender: SERAF/Universitetet i Oslo
Kontaktperson: Jørgen G Bramness
Kontakt-e-post: j.g.bramness@medisin.uio.no
Tittel: Hørings svar fra SERAF UiO Tilregnelighetsutvalgets utredning
Uttalelse:

Fra Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) har vi spesielt sett på forhold som gjelder nyere forståelser rundt «rusutløst psykose»

Side 104: Rusutløste psykoser er psykotiske symptomer fremkalt av rusmidler. Slike symptomer kan oppstå under eller kort tid etter inntak av disse. Både friske og syke personer er i varierende grad påvirkelige for slik reaksjon. Psykotiske symptomer kan også være utløst av fravær av et stoff som har gitt avhengighet, og betegnes da som abstinensreaksjoner.

Dette avsnittet synes i en medisinsk kontekst å være for omtrentlig. SERAF har følgende forslag til endring som kan gjøre dette avsnittet mer entydig og korrekt: «Rusutløste psykoser er psykotiske symptomer fremkalt av rusmidler. Slike symptomer kan oppstå under eller kort tid etter inntak av disse, *mens vedkommende er påvirket*. Både friske og syke personer er i varierende grad *utsatt* for slik reaksjon. Psykotiske symptomer kan også *bli* utløst *når stoffet man er tilvendt er i ferd med å gå ut eller har gått av kroppen, noe som betegnes som en abstinens.*»

Side 104: De psykotiske symptomene vil vanligvis avta etter en ukes fravær av rusmiddelinntak. Derfor er varigheten av psykotiske symptomer etter at rusbruken er stoppet, ofte anvendt som et kriterium for å skille rusutløste psykoser fra andre psykoser.

SERAF vil her foreslå følgende presiseringer: «De psykotiske symptomene vil vanligvis avta etter *noen dager til én* ukes fravær av rusmiddelinntak. Derfor er varigheten av psykotiske symptomer etter at rusbruken er stoppet, ofte anvendt som et kriterium for å skille rusutløste psykoser fra andre psykoser.»

Side 104: Ved vedvarende rusmiddelmissbruk krever ICD-10 at personen med psykotiske symptomer skal ha delvis bedring etter en måned og full bedring etter 6 måneder.

SERAF mener denne setningen (selv ikke når lest i sammenheng) er mulig å forstå. Antagelig vises et her til rusutløst psykose, og at ICD-10's og andre diagnosesystemers stiller strenge krav

til lang avholdenhet (4-6 uker) før man kan stille en diagnose med psykose (primærpsykose). Hovedhensikten med dette kravet er å unngå overdiagnostisering av primær psykose, og med en slik intensjon er diagnosesystemenes kriterier antagelig ikke særlig brukbare med hensyn til å avgjøre om man står ovenfor en rusutløst eller primær psykose. Klinisk (altså ikke formelt i forhold til diagnosesystemene, men i praktisk hverdag) vil man anta at en psykose som er utløst av amfetamin og som varer i f.eks. én uke med sikker avholdenhet, er sterkt mistenkelig med hensyn til at vi her har å gjøre med en primærpsykose. Det er nok å minne om at 20-40 % av dem som har sikre rusutløste psykoser (diagnostisert selv med ovenstående strenge systemer) i.la. 1-2 år får en like sikker diagnose med primærpsykose. Det er altså en betydelig overgang. En person som er psykotisk 6 uker etter inntak av et rusmiddel vil i klinisk praksis anses som å ha en primærpsykose inntil det motsatte er bevist. Således er gammel rettsforståelse noe på kollisjonskurs med klinisk kunnskap.

Side 104: Kunnskap om tidligere sykehistorie knyttet til psykiatriske symptomer og rusmiddelbruk, og kunnskap om lengre fravær av rusmiddelbruk, er sentrale momenter i vurderingen av om det dreier seg om en uavhengig psykoselidelse eller om det er sekundære virkninger av rusmiddelbruken som man står overfor. I Helsedirektoratets retningslinjer er det også fremhevet at utredningsresultatet må tolkes i lys av om pasienten under utredningen brukte rusmidler, hadde abstinensreaksjon eller opplevde en uttalt trang til å ruse seg. Det antas å være flere sammenhenger i tid mellom psykoselidelser og rusmiddellidelser. Personen kan ha en primær rusmiddellidelse og sekundær psykoselidelse, primær psykoselidelse og sekundære rusmiddelproblemer, eller de kan oppstå samtidig gjennom felles utløsende faktorer.

SERAF ønsker å bemerke at det ofte er en feilslutning (også klinisk) at man legger til grunn at denne personen har kjent tilbøyelighet til å presipitere rusutløste psykoser, som et argument for at det er rusutløst og ikke en primærpsykose. Antagelig er det motsatt (men her er evidensen enda ikke sterk): desto flere rusutløste psykoser man har, desto større er risikoen for at det dreier seg om en primærpsykose.

Side 146: Også i rettspraksis er det lagt til grunn at rusutløst psykose som går over etter at virkningen av rusmiddelet er opphørt, ikke omfattes av straffrihetsregelen i § 44.12 Den rettsmedisinske kommisjon har antydnet at man vil være tilbøyelig til å anse lovbrøyteren straffri etter § 44 dersom psykosen varer mer enn en måned etter at stoffet er ute av kroppen, og at rusutløste psykoser som varer klart mindre enn en måned etter at rusen opphører, vil medføre straffansvar etter § 45. Dette er fulgt opp av Høyesterett. Samtidig er det forutsatt at dette, rimelig nok, må bero på et konkret skjønn.

SERAF vil her reitere betraktningen om at en lang varighet av psykosen taler sterkt for at vi snakker om en primærpsykose. I våre øyne er én måneds varighet altfor lenge som et generelt tidsrom hvor det er sannsynlig at det er rusutløst psykose. Mange som har psykose som varer opp mot en måned vil ha en sterk sårbarhet for primærpsykose. De vil ha stor sannsynlighet for å ha en primærpsykose og burde behandles klinisk som en primær psykose. Men det er også slik at dette avhenger av rusmiddelet (type og mengde). En person som har en psykose av noen ukers varighet etter stort inntak av amfetamin har mindre sannsynlighet for å ha en primærpsykose enn en med samme lengde på psykosen som har tatt litt cannabis. Det er i det hele en dynamisk relasjon mellom rusutløst psykose og primærpsykose, hvor noen med lav sårbarhet vil kunne bli

psykotiske bare etter høye inntak (som i dag vil oppfattes som rusutløst og selvforskyldt – og da ikke straffefritagende), mens andre vil få psykose på veldig lave inntak (som i dag – i hovedregelen – men her er det også unntak – blir ansett å være primærpsykose). Med dette dynamiske forhold kommer man i problemer når man ser på rusutløst vs. primærpsykose som et enten-eller fenomen. Dette er en meget vanskelig diskusjon og kanskje spesielt vanskelig så lenge man velger å legge det medisinske prinsipp til grunn for tilregnelighetsvurdering.

Jørgen G, Bramness

Professor, dr.med.

Vedlegg:

[høring tilregnelighetsutvalget SERAF UiO 2015.pdf \(133,36 KB\)](#)