

Deres ref.: 201107143/KOT/bj
Saksbehandler: NOR
Vår ref.: 12/196
Dato: 08.05.2012

Justisdepartementet

Lovavdelingen
Postboks 8005 DEP.
0030 OSLO

Høringsuttalelse - Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd

Det vises til høringsbrev av 19. januar 2012, med frist 23.04.12. Helsedirektoratet har vært i kontakt med dere om at vi ved en inkurie ikke har behandlet saken i tide, og fått en noe utvidet høringsfrist. Vi har hatt en hurtigarbeidende arbeidsgruppe på saken og har følgende høringsuttalelse:

Helsedirektoratet har mottatt rapporten med stor interesse. I vår høringsuttalelse til Stoltenbergutvalgets rapport støttet vi en utredning om alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd. Rapporten som nå foreligger inneholder en verdifull og meget grundig redegjørelse og er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og den generelle utviklingen innen feltet.

I regjeringens stortingsmelding nr 37 (2007-2008) – "Straff som virker", pekes det på at kriminalpolitikk og velferdspolitik, herunder rusmiddelpolitikk er uløselig knyttet sammen. Med denne erkjennelsen til grunn reises det mange problemstillinger og vanskelige avveininger mellom ulike hensyn. Noen eksempler på ulike hensyn kan være juridiske, helse- og sosialfaglige, humanistiske og verdimeslige. Regjeringens holdning i rusmiddelpolitikken er at narkotika er og fortsatt skal være forbudt. Samtidig er det samfunnets plikt å ta vare på dem som er i risiko for å utvikle, eller har rusmiddelproblemer.

Alle har rett til et verdig liv og skal møtes med respekt fra samfunn og tjenesteapparat. Individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringstilbud skal være tilgjengelig for alle.

Forslaget er i tråd med Stortingets vurdering om at det bør skje en forskyvning av straffepraksis mot alternative reaksjoner, særlig for unge lovbrytere (St.mld nr 37). Videre er forslaget i tråd med at hensyn til helse- og velferd i noen tilfeller bør veie tyngre enn kriminalpolitiske hensyn, særlig knyttet til forebygging og tidlig intervensjon overfor unge i risikozonen. Direktoratet støtter siktemålet med rapportens forslag om å yte målrettet bistand til de som har et begynnende og mulig problemfylt forhold til

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. psykisk helse og rus
Ann Nordal, tlf.: 24 16 31 80

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

narkotika. Kjernen er å gi "straff som virker", herunder å adressere det reelle problemet som er den begynnende rusmiddelbruken.

Helsedirektoratet slutter opp om de to alternative straffereaksjonene (motivasjonssamtale og intervensjonsprogram) som arbeidsgruppen foreslår i sin rapport. Arbeidsgruppen beskriver og begrunner godt hvorfor og hvordan dette kan gjennomføres i praksis og hvilke målgruppe det er aktuelt for.

Vi ser at det er en utfordring i selve håndhevingen av loven, med tanke på at personer uansett alder, men i en tidlig fase i en negativ utvikling skal få mulighet til påtaleunntatelse, og tilbud om den foreslåtte alternative straffereaksjon. Grunnlaget for å tilby alternative reaksjoner vil basere seg på tillit. At det faktisk er slik at besittelsen av narkotika ikke var for salg, men til eget bruk. Arbeidsgruppen er likevel tydelig på at påtaleunntatelse ikke vil skje om beslag av narkotika f.eks hjemme hos samme person overskrider kvanta (til eget bruk).

Med en forankring i konfliktrådene og oppfølgingsteam vil det være gode forutsetninger for å lykkes med en koordinering av det ønskede tverrfaglige/tverrsektorielle arbeidet som kreves.

Vi ser at arbeidsgruppen viser til at dette vil få administrative og økonomiske konsekvenser primært for konfliktrådene, mens arbeidsgruppen ikke peker på at dette vil kreve mer fra andre aktørene i involverte sektorer. Det skrives at oppfølgingsteamene skal samarbeide tverrfaglig og at motivasjonssamtalen og intervensjonsprogrammet kan gjennomføres sammen med eksisterende helsetjenester i kommune. Helsedirektoratet vil minne om at motivasjonssamtalen som det vises til her er basert på en kunnskapsbasert samtalemotodikk som krever opplæring og praksis over tid. Helsedirektoratet har i sin tidlig intervensjonssatsing gitt i oppdrag til de 7 regionale kompetansesentrene – rus å ha instruktører i MI (motivational interviewing). Disse skal tilby relevant personell i kommunene opplæring. Det er også etablert en analyselab, slik at kvalifisert personell kan få vurdert sin kompetanse i samtalemotoden. Det vises til at politiet har benyttet seg av bekymringssamtaler tidligere og at de har hatt denne praksisen over år. Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at samtalemotodikkens effektivitet svekkes hvis ikke dette gjøres på en kvalifisert måte.

Motiverende samtale (MI) er en strukturert metode som hviler på humanistisk psykologi og ikke minst på Carl Rogers klientsentrerte tilnærming (1951, 1959) med sitt holdningssett med fokus på en samarbeidende, respektfull og empatisk tilnærming. Motiverende samtale defineres som er en målrettet og klientsentrert samtalemotode som søker å bygge opp klientens indre motivasjon for endring gjennom blant annet å utforske og løse ambivalens. Motoden kan anvendes som en forberedelse til behandling, som en frittstående korttidsintervensjon, som en varig klinisk stil, i kombinasjon med andre behandlingsmetoder eller som en metode å falle tilbake til når klientens motivasjon til endring falmer (Miller og Rollnick, 2004). Grunnlaget og prinsippene som motiverende samtale bygger på, stammer fra den amerikanske psykologen William Millers teori og forskning om motivasjon og atferdsendring

Arbeidsgruppen foreslår en "sakte" innføring, slik at dette går seg til. Den peker på at de alternative straffereaksjonen vil medføre at aktørene får flere saker å arbeide med innenfor eksisterende kapasitetsnivå. Helsedirektoratet oppfordrer arbeidsgruppen/ til

å arbeide systematisk med kompetansehevingen av MI og intervensjonsprogram. Å arbeide mer og bedre tverrfaglig vil ha administrative og økonomiske kostnader. Personene som er inne i et intervensjonsprogram, vil ta av tiden til det eksisterende tverrsektorielle hjelpeapparatet. Det bør vurderes om kapasiteten i tjenestene som er involvert bør økes. Og at det bør legges opp til en systematisk opplæring av involverte aktører.

Helsedirektoratet er glad for arbeidsgruppen peker på kompleksiteten personer som begynner med rusmidler lever i, og oppfordrer systemet til å balansere mellom rigiditet og fleksibilitet i gjennomføringen av motivasjonssamtaler (evt. brudd på avtaler) og intervensjonsprogrammet (brudd på vilkår), samtidig som de ser at vilkårsbrudd må møtes med konsekvente og effektive reaksjoner.

Modellene som er tegnet bør også utvikles slik at det vises til når det bør gis advarsel om brudd på vilkår før man sender melding til domstolene om vilkårsbrudd. Helsedirektoratet støtter arbeidsgruppen i at vilkårsbrudd som skyldes ny kriminalitet får umiddelbar konsekvens, mens brudd på vilkår i intervensjonsprogrammet (tilbakefallstilfelle eller timeavtale avvik) /kan innen rimelighetens grenser aksepteres.

Vi håper med dette at våre innspill er til nytte i videre arbeid, og takker for muligheten til å komme med tilbakemeldinger på en grundig rapport.

Vennlig hilsen

Toril Lahnstein e.f.
divisjonsdirektør

Ann Nordal
fung. avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk