

Actis' høringssvar, "Stoltenbergrapporten"

Actis ønsker å konsentrere vår kommentar om det vi mener er de viktigste og overordnede problemstillingene i rapporten.

Vi viser dessuten til høringssvar fra våre medlemsorganisasjoner som tar opp forhold de har spesiell kompetanse på (RIO, LMS, BAR, Retretten, Juvente, Blå Kors m.f.)

Noen grunnleggende bemerkninger

Stoltenbergrapporten stiller innledningsvis følgende spørsmål om hva problemet og utfordringene er: "Hva er god hjelp for en som er avhengig av narkotika? Kan sykdommen "avhengighet" forebygges? Kan den kureres?" Dette er gode og grunnleggende spørsmål for en rapport som skal forsøke svare på "hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses den aktuelle målgruppen".

Dessverre besvarer ikke utvalget spørsmålene med annet enn at "Både i Norge og i andre land leter forskere og behandlingsinstanser etter gode svar på disse spørsmålene". Dette er selvsagt riktig, men det gir inntrykk av at man i møte med disse spørsmålene så å si står på bar bakke.

Utvalget beskriver videre målgruppen slik: "Narkotikaavhengige er som andre mennesker, de er forskjellige Noen er utslåtte, andre klarer seg relativt bra".

Som et utgangspunkt gir rapporten dermed inntrykk av at rusmisbruk og avhengighet så å si rammer tilfeldig og at vi ikke kan si noe sikkert om hva lidelsen er eller hvilke effektive strategier som finnes. Likevel fortsetter rapporten naturlig nok med å drøfte ulike hjelpetiltak, og man snakker om hva som må til for å "lykkes".

Dette er rapportens største svakhet. I den grad den drøfter hva problemet er og hvilke effektive strategier som finnes er dette utilstrekkelig og til dels misvisende. Rapporten legger kun til grunn at dette er mennesker som trenger hjelp. Men hva trenger de hjelp til?

Hvem er de narkomane?

Utvalgets hovedoppgave var å se på behovene for de mest hjelpetrengende. Det er velkjent at denne gruppen har en uverdigg livssituasjon og mange kroppslige plager. Det er likevel andre forhold som også kjennetegner denne gruppen.

En norsk undersøkelse fra 1997 viste at av 794 stoffmisbrukere født rundt 1960 og som var i behandling hadde de fleste av dem ulike sosiale problemer f r de ble narkomane:¹

¹ Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O: A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. Nordisk alkohol- og narkotikaidsskrift 14:43-63, 1997

Lærings-/atferdsproblemer i skolen	70%
En eller begge av foreldre har alkoholproblemer	53%
Foreldre skilt	46%
Ikke vokst opp hos foreldre	33%
Vært under barnevernet	29%
Seksuelt misbrukt i familien	11%
Seksuelt misbrukt utenfor familien	22%
Mobbeoffer	38%

En rekke internasjonale studier bekrefter dette bildet. En studie publisert i *Pediatrics* i 2003 viser at alvorlige problemer i barndommen ser ut til å være en medvirkende årsak til fra halvparten til to tredjedeler av alvorlig narkotikabruk.²

En annen undersøkelse blant 1504 arresterte i Oslo fra 1995 viser dessuten at de fleste sprøytenarkomane menn var arrestert første gang før de ble sprøytenarkomane.³

Første gang arrestert	Menn	Kvinner	I alt
Ett år eller mer før første sprøytebruk	75%	38%	68%
Samme år som første sprøytebruk	13%	29%	16%
Ett år senere	11%	33%	17%

Flere studier peker på sammenhengen mellom negative opplevelser i barndommen, psykisk helse og narkotikabruk. En studie peker på hvordan selvmordstanker blant narkomane er vanlig (38 prosent) og at blant disse er ulike problemer i barndommen en hyppig bakenforliggende årsak.⁴ Det kan dreie seg blant annet om seksuelle overgrep, mobbing, foreldres alkoholforbruk, egne og foreldres psykiatriske problemer og tilpasningsvansker i skolen m.m. En annen studie publisert i *British Medical Journal* i 2007 peker på en sterk sammenheng mellom problemer i barndommen, depresjoner, antisosial atferd og narkotikabruk i overgangen fra barn til voksen.⁵

Generasjonsperspektivet er derfor en viktig dimensjon i dette. Mange kommer fra en ødelagt barndom, mange har aldri hatt en normal ungdomstid og mange har ikke lært de ferdigheter som regnes som normale og nødvendige i det å bli voksen.

Det finnes selvsagt også rusmisbrukere som har velfungerende bakgrunn. Det finnes naturligvis også en viktig dynamikk mellom rusbruk og psykososiale omstendigheter der dette må ses på som en helhet og ikke to isolerte faktorer. En kan likevel uten videre slå fast at de fleste av de mest hjelpetrengende trolig har en eller flere av disse underliggende sosiale problemene i bagasjen.

Ambivalensen

² Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF: Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003 Mar;111(3):564-72.

³ Skretting A: Sprøytebruk – kriminalitet. Høna og egget. SIFA særtrykk nr 1/95

⁴ Rossow I & Lauritzen G: Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addiction* (2001) 96, 227-240.

⁵ Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S: Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007 Mar 7;7:30.

Den viktigste årsaken til at mange ikke greier nyttegjøre seg hjelpen er rusmisbrukerens *ambivalens* og vanskelighetene vedkommende har for å ta rasjonelle valg. Rusmisbrukernes ambivalens i møte med behandlingsapparatet krever at det finnes et helhetlig og langsiktig tilbud som legger særlig vekt på å motivere den enkelte på en måte som skiller rusmisbrukeren fra de fleste andre pasienter. Det finnes neppe hjertepasienter som en dag ønsker behandling men som forandrer mening dagen etter.

En rusmisbruker blir en klient i hjelpeapparatet nettopp fordi han /hun har problemer med å ta rasjonelle valg der han/hun prioriterer sin helse. Da kan vi heller ikke motta og forstå vedkommende som en rasjonell aktør innenfor behandlingsapparatet.

Brukerperspektivet og medbestemmelse spiller likevel en viktig rolle i rusbehandlingen. Antagelig er brukermedvirkning et mer avgjørende moment for en rusmisbruker enn for en somatisk pasient, men blant annet innen en terapeutisk og sosialpsykologisk ramme.

Proessen for en rusmisbruker i møte med behandlingsapparatet går da via *motivasjon til medvirkning*.

Dette er en innsikt som bør ligge i bunnen av enhver vurdering av hjelpetiltak, spesielt for de mest hjelpetrengende. I stedet sier utvalget at deres innfallsvinkler er "at narkotikamisbruk handler om enkeltmennesker som trenger hjelp". Da ser en bort fra nettopp det problematiske i at de har grunnleggende problem med å nyttegjøre seg slik hjelp.

Stadig flere brukervennlige lavterskeltiltak har ikke og vil ikke løse problemene for de mest hjelpetrengende. Det vil heller ikke gode motivasjonsprogrammer. En vil fortsatt stange mot den samme grunnleggende utfordringen knyttet til avhengighetens ambivalens.

Hva er behandlingsmålet?

De helsemessige utfordringene for målgruppen er anerkjent og godt beskrevet. Tatt i betraktning av hva som kjennetegner målgruppen, og at et sentralt overordnet behandlingsmål er rehabilitering og sosial integrasjon må den hjelp som samfunnet yter også være rettet mot disse sosialfaglige utfordringene. Dagens utfordring er at de sosialfaglige utfordringene er kommet i bakgrunnen.

Utvalgets rapport og den generelle debatten viser at vi nå trenger en avklaring om hva helsehjelpen for rusproblemene skal være; hva er omsorg og hva er behandling og rehabilitering? Dette må bygge på en analyse av hva problemene for den rusavhengige er og en bred forståelse av rusmisbruk og avhengighet. Dette har stor betydning for både pasienten, pårørende, helsepersonellet og samfunnet som helhet.

LAR – behov for avklaring

Dagens tilbud for gruppen av problembrukere er i dag dominert av Legemiddelassistert rehabilitering. I de nye retningslinjene fra 2010 definerer Helsedirektoratet målsetningen om rehabilitering i LAR som å bety "*mestring*" og "*funksjonalitet*". Men dette er kun en av flere viktige momenter i hva god rehabiliteringen skal være. Helsedirektoratets definisjon er uttrykk for en omlegging av behandlingsmål som ikke har støtte i de politiske styringsdokumentene eller i en bred problemforståelse. Følgende definisjon for rehabilitering er lagt til grunn i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering:

”Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene...”⁶

Hovedutfordringen

Ved ikke å beskrive hva som kjennetegner målgruppen og hva som kjennetegner rusmisbrukerne ut over de åpenbare symptomene, har utvalget heller ikke klart å peke på de fundamentale svakhetene som spesielt er typisk for LAR, men som også nå preger det meste av debatten om problem og tiltak.

En ren helsefaglig tilnærming slik den i dag har utviklet seg er ikke tilstrekkelig. Som et minimum må man se på helsehjelp i sin fulle bredde og ikke minst anerkjenne den sosiale og psykososiale delens betydning innen rehabilitering. Men selv et *utvidet helsebegrep* er ikke tilstrekkelig for å representere bredden av de problemene, enten de er som del av årsakene eller symptomene.

Dagens utvikling av tiltakene – både dens omfang, og dens svakheter innen sosialfaglig oppfølging – og debattene om eventuelle nye tiltak slik som heroinbasert behandling tvinger fram en slik grunnleggende avklaring om problemforståelse og behandlingsmål.

Det må derfor være en sentral oppgave i oppfølgingen av Stoltenbergutvalgets rapport å nå drøfte en balansert helsefaglig og sosialfaglig grunnforståelse av rusproblemet og de strategiske tilnærminger. Det må nå først skapes en konseptuell avklaring rundt det faglige før en går videre med tiltak og nye strukturelle endringer.

I en slik avklarende oppfølging vil Helsedirektoratets rolle naturlig nok representere en helsefaglig tilnærming. Det er derfor viktig at departementet sikrer at det bidrar tilstrekkelig sosialfaglig kompetanse fra andre etater og fagmiljøer til det videre arbeidet.

Forebygging

Rapporten gir forebygging en relativt stor plass. Kapitlet om forebygging har 8 konkrete forslag. To er primærforebyggende, to sekundær-, ett er tertiærforebyggende, to er kontrolltiltak og ett er om forskning. Dette er en god og helhetlig tilnærming til hva forebygging skal være. Vår innvendinger går på de enkelte tiltakene.

Først og fremst, *primærforebygging* kan ikke avgrenses til tiltak i skolen eller internett. En rapport som dette må gjøre det klart at et fundament for norsk folkehelsepolitikk er populasjonsbasert allmennforebygging som har som mål å styrke motstandskraften i samfunnet og redusere den totale sykdomsbyrden som rusbruk forårsaker. Dette er også en tilnærming som fanger opp behovet for å se alle rusmidler under ett.

Av primærforebyggende tiltakene som kan svare på en slik målsetning savner vi spesielt lokalsamfunnsbaserte tiltak. Internett er riktignok et ”sted” mange unge bruker mye tid. Men enda mer tid bruker de unge innenfor sin fritid lokalt. Det er lokalt at en må identifisere de beskyttende

⁶ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (St.prp nr 1 (2007-2008, kap 9) side 8.

faktorene og risikofaktorene; styrke de første og begrense de andre. Det er et særlig stort potensial i å få flest mulig unge til å delta i organiserte fritidsaktiviteter. Her har Norge virkemidler og kompetanse som bør brukes mer systematisk. Innføring av "fritidskort" etter islandsk modell bør kunne vurderes.

Det er riktig at holdningsarbeid i skolene ikke har gitt gode resultater. Det er viktig likevel å forstå at mange forebyggingsprogrammer i skolene trolig viser svake resultater fordi de har kort varighet og står alene. Actis tror derfor at en mer overordnet samordning av primærforebyggingen i Norge er nødvendig.

Holdningsforebygging og informasjonsarbeid har likevel noen viktige målsetninger: Å motarbeide majoritetsmisforståelsen. Unge trenger kunnskap om hvor unormalt det faktisk er å bruke narkotika. Unge trenger også kunnskap om de narkotiske stoffene, risiko og skader.

Til sist er det viktig ikke å holde holdningsforebygging og adferdsendring opp mot hverandre, men i stedet se hvordan de kan støtte hverandre.

Når det gjelder *sekundærforebygging* og tidlig intervensjon er dette et område som kan gi gode resultater. Det er i den forbindelse viktig å sikre gode basistjenester i befolkningen som spesielt kan fange opp sårbare grupper.

God svangerskapsoppfølging, godt utbygde helsestasjoner, også for ungdom, høy voksentetthet i barnehage og skole og et barnevern med gode ressurser og høy kompetanse er viktig.

Ressurssituasjonen gjør at mange bekymringsmeldinger til barnevernet henlegges; her mister vi viktige anledninger til å gripe inn før situasjonen forverres. Familier med rusproblemer utgjør som kjent en stor gruppe i barnevernet.

Barn er de mest sårbare pårørende. Endringer i helsepersonelloven og spesialisthelseloven fra 2010 skal sikre at barn av psykisk syke og rusmiddelmissbrukende foreldre får god hjelp. En viktig målsetting med loven er å forebygge problemutvikling hos barn, inklusive utvikling av egne rusproblemer. Dette bør være en sentral forebyggende satsning.

Pårørende

Pårørende er ofte en del av problemet og ofte en del av løsningen. Pårørende til rusavhengige kan være en viktig ressurs, men blir dessverre ofte glemt. Pårørende må få nødvendig avlastning og deres kunnskap og erfaringer anerkjennes og benyttes i pasientveiledningen (utredningen, behandlingen og rehabiliteringen). Pårørende har kjennskap til pasientens bakgrunn, ressurser, symptom og sykdomsforløp samt virkningen av ulike tidligere utprøvde tiltak.

Pårørende kan medvirke til at rusproblemene oppstår, men de kan også være alvorlig skadelidende på grunn av et familiemedlems rusbruk. Dette er en erkennelse som vi savner i rapporten. Dette betyr at forhold i familien ofte har spilt en sentral rolle i problemutviklingen. Det betyr også at pårørende også er hjelpetrengende.

Bak de fleste rusmisbrukere står det en familie i et ofte komplisert relasjon til rusmisbrukerens lidelser. Også her er den rusavhengige en svært forskjellig pasient i forhold til en somatisk pasient.

For mange rusmisbrukere kan selve relasjonene til pårørende spille en sentral rolle i problemutviklingen. Årsak og virkning kan være vanskelig å skille fra hverandre. I stedet kommer det ofte kommet skam og skyld blant alle parter.

Det er derfor viktig at pårørendes helse og familiens relasjoner også er gjenstand for oppmerksomhet i utredning, behandling og rehabilitering. Dessuten må en viktig del av behandlingsmålet for en rusavhengig i de fleste tilfeller også omfatte de pårørende.

MO-sentrene

MO – sentrene er en anerkjennelse av behovet for bedre og mer samarbeid, kontinuitet og oppfølging, ikke minst individuell oppfølging. Dette er en svært viktig påpekning og et godt utgangspunkt. Actis vil ikke utelukke at MO sentrene kan være en måte å løse dette på men vi vil peke på noen problemstillinger:

Utfordringene i dagens system er spesielt oppfølging i kommunen etter tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innenfor NAV. God kontinuitet og oppfølging vil fortsatt avhenge av oppfølging i kommunene.

En hovedutfordring i dagens system er dessuten at sosialfaglige og sosialpolitiske målsetninger og kompetanse er gradvis faset ut over lang tid innen rusfeltet. Actis frykter at de sosialfaglige vurderingene og virkemidlene komme ytterligere i bakgrunnen.

Problemet med MO sentrene er derfor ikke at den i første rekke er statlig, men at det kan bli nok et hovedsakelig helsefaglig svar på en hovedsakelig sosialfaglig problemstilling.

Forslaget om MO-sentrene er et eksempel på at man begynner med institusjonelle reformer uten tilstrekkelig blikk for innholdet i tjenestene. MO senterets tanke med en los / pilot har noen svært gode sider, men det er langt fra uvesentlig om losen er en helsemedisinsk fagperson eller sosialfaglig, eller hvor i forvaltningsnivået vedkommende hører hjemme. Først når en vet hva slags kompetanse man trenger bør man vurdere den institusjonelle ordningen.

MO-sentrene kan få et hovedfokus på akutte og alvorlige rusproblemer. Dette kan være uheldig siden mennesker med andre og mindre akutte rusproblemer ikke fanges opp. Det vil uansett være et faktum at mange rusproblemer, både akutte og mindre alvorlige vil måtte fanges opp og følges opp av primærhelsetjenesten og NAV. Det er derfor ikke bare et behov for å styrke ruskompetanse innen NAV og primærhelsetjenesten men også et spørsmål om en her vil få et skille mellom nivåer og institusjoner som er uheldig.

Actis mener en må sikre at primærhelsetjenesten og NAV får en sentral rolle fra tidlig intervensjon og forebygging til oppfølging.

Alternative reaksjonsformer

Det er to forslag på bordet:

Den ene er en *Portugal-løsning* og den andre er en *utvidelse av påtaleunntatelse*. Portugalløsningen er en litt uklar referanse til et program i Portugal der innhav og bruk (nærmere definert) ikke vil føre

til strafferettslige reaksjoner, men i stedet en henvisning til en kommisjon for en oppfølging som vil inneholde hovedsakelig tre reaksjonsformer: behandling, bøtelegging eller advarsel.

Det andre forslaget er en mer utvidet bruk av påtaleunntatelse med vilkår som i dag allerede eksisterer i Norge.

Dekriminalisering er ikke nødvendig for å sikre en tilsvarende oppfølging slik en gjør i Portugal. Om en skulle ønske en avkriminalisering vil dette komme i konflikt med utvalgets forslag om å utvide bruken av påtaleunntatelse som jo forutsetter strafferettslige sanksjoner.

Det er også viktig å merke seg at Portugal ikke kan vise til klare resultater som ikke enten er del av en større trend eller som skyldes andre tiltak enn avkriminaliseringen.⁷

Selve ordningen med kommisjonene (CDTs) i Portugal har noen interessante momenter og kan med fordel vurderes som et av flere innspill til hvordan påtaleunntatelse med vilkår kan utvikles i Norge. For det første at man etablerer mer faste strukturer og ikke ad hoc som i dag for å følge den enkelte.

For det andre at man ser på hvordan kommisjonen har en litt annen meny av tiltak enn dagens påtaleunntatelse. Det viktigste er at selve kommisjonen kan ilegge visse sanksjoner. Om dette er den beste ordningen er usikkert, men at man bør kunne ta i bruk andre og mer treffende sanksjoner er interessant. Det synes naturlig at det er politiets eller domstolenes oppgave å ilegge sanksjoner mens en kommisjons rolle er å bidra med bredere sosial- og helsefaglige oppfølging.

På den andre siden er dagens påtaleunntatelse med vilkår i Norge allerede en fleksibel struktur som kan romme mye ja kanskje langt mer enn kommisjonene i Portugal. Ikke minst er urintesting trolig et helt avgjørende element for å sikre tilbakefall. Krav om regelmessig urintesting er en stor støtte for dem som utsettes for press om rusbruk i sitt eget miljø.

Påtaleunntatelse med vilkår er i dag under utvikling i en rekke norske byer og tettsteder og det finnes erfaringer her som er svært relevante og som man i stedet bør bygge videre på. Ikke minst har en noen steder inkludert behandlingsopplegg (cannabisavvenning). Enkelte steder bruker man også påtaleunntatelse for de over 18 år.

Ulike målgrupper, ulik betydning

Betydningen av reaksjonsformene er ulik avhengig av målgruppen. For problembrukere har generell avskrekking i seg selv ingen vesentlig effektivitet; forebygging kan ha en begrenset betydning, mens behovet er stort for behandling. Men også for denne gruppen kan spesifikke sanksjoner og restriksjoner ha en avskrekkende virkning og sikre mot rusbruk innen rammen av et hjelpeprogram.⁸

For eksperimenterende brukere kan avskrekking ha en viktig rolle å spille for å forhindre fortsatt bruk og bidra til adferdsendring. Reaksjonsformer som påtaleunntatelse bør for denne gruppen ha en rolle som sekundærforebyggende tiltak / tidlig intervensjon og blant annet tilbyd rådgivning og oppfølging.

⁷ <http://www.actis.no/no/Villedende+om+Portugal.9UFRH12j.ips>

⁸ Se blant annet HOPE programmet fra Hawaii som kan viser til interessante erfaringer <http://www.hopeprobation.org/>

For den generelle befolkningen har avskrekking trolig en god effekt. Prevalensen i Norge er svært lav i Europeisk målestokk.

Forbudet mot bruk og innehav har ulike effekter på ulike grupper. En avkriminalisering for en gruppe vil svekke den forebyggende effekten for andre. *Actis støtter ikke en avkriminalisering av bruk og innehav men at en bør i stedet sikre at strafferetten for den som tas i størst mulig grad bidrar til å hjelpe den enkelte og anvendes både forebyggende og behandlende øyemed.*

Utvikling av påtaleunntatelse

Saker rundt bruk og innehav er ofte preg av en "svingdørsituasjon" der brukere ilegges forelegg uten oppfølging (ca 4000 saker årlig for bruk/besittelse). Mange av disse er gjengangere. Denne gruppen av særlig gjengangere er viktig å ta fatt i ut fra hensynet om å kunne gjøre noe med de mest hjelpetrengende. Dessuten er gruppen av unge og eksperimenterende viktig å ta fatt i ut fra behovet for tidlig intervensjon og forebygging.

Problemet er ikke at en bruker anholdes. Utfordringen er hva man så gjør med vedkommende. En bedre oppfølging av disse er mulig gjennom en mer systematisk anvendelse av påtaleunntatelse med vilkår.

Vi anbefaler at det lages tre differensierte programmer basert på påtaleunntatelse for å fange opp flest mulig av denne gruppen.

A) Påtaleunntatelse for gjengangere - betydningen av raske / sikre sanksjoner

Sanksjoner må være effektive, sikre og raske for gjengangere innen rammen av påtaleunntatelse. Dvs en nulltoleranse som medfører hurtig og garantert sanksjon. Dette er viktigere enn størrelsen/lengde på sanksjonen. Dette er et viktig skifte i tenkning rundt reaksjonsformer for mindre lovbrudd. I dag vil svingdørsprobatikken i stedet ha en akkumulerende effekt. Dette må snus på hodet. En bør identifiserer gjengangerne og anvender et slikt program på disse. Dette er ikke frivillig.

B) Utvikle ungdomskontrakten – bygge på erfaringene som er gjort

Påtaleunntatelse brukes i dagens praksis kun på unge (Ungdomskontrakten). Dette er en frivillig løsning. De fleste politikamre bruker det trolig ikke. Der det brukes, utvikles og tilpasses modellene lokalt og konseptet synes å være i god utvikling. Påtaleunntatelse ble brukt i kun 186 tilfeller under legemiddeloven i 2009. Dette er noe færre enn i 2008. Et ganske lite tall.

En annen viktig ordning er oppholdsforbud for unge. I dagens system kreves det en dom for dem mellom 15 og 18 år, mens politiet selv kan ilegge dette for de yngre. Dermed kan ikke oppholdsforbud ilegges parallelt med en påtaleunntatelse for de mellom 15 og 18 år. Dette er uheldig siden denne type forbud er svært relevant i mange tilfeller.

Actis ber om en evaluering av erfaringene med Ungdomskontrakten, og basert på dette styrke ordningen som mer systematisk bør anvendes i politiet. Oppholdsforbud for de mellom 15-19 år bør kunne ilegges enten som del av en påtaleunntatelse eller basert på egen hjemmel uten dom.

C) Påtaleunntatelse med vilkår for voksne – førstegangstilfeller

Det må utvikles et program for påtaleunntatelse for voksne for bruk og besittelse. Programmet må bygge på erfaringer fra ungdomskontrakten og fokusere på forebygging, selvhjelp, rådgivning, og effektive sanksjoner slik som urintesting. Dette bør være et frivillig tilbud i stedet for forelegg.

Felles for påtaleunntatelse

Det bør vurderes om egne politijurister spesialiseres på å håndtere påtaleunntatelser og en egen institusjonelt opplegg for å håndtere disse sakene i samarbeid med andre relevante parter. Her bør man foreta en evaluering av dagens ordning med påtaleunntatelse før en går videre.

Det er naturlig å vurdere hvilke andre sanksjoner og insentiver en kan ta i bruk for å kunne tilby mer helhetlig og treffende tiltak. Blant annet må en vurdere om akkumulerte forelegg fra tidligere forhold knyttet til bruk og innehav også kan trekkes om vilkårene ikke brytes. Det bør generelt bli flere både insentiver og sanksjoner å velge fra. Programmene må være attraktive.

Debatten peker ofte på at en anmerkning på den utvidede politiattesten er en stor belastning for den enkeltes framtidige karriere osv. Dette er vi uenige i. Om påtaleunntatelsen er overholdt vil anmerkningen på den vanlige politiattesten falle bort.

Det er likevel slik at det et sted må registreres om en person har vært bruker av narkotika dersom vedkommende siden skulle ønske et yrkesvalg der dette er relevant av sikkerhetshensyn.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Denne ordningen har hatt flere gode resultater. Den grunnleggende tanken er at ved å forene innsatsen kan man bryte svingdørsyndromet for rusmisbrukende kriminelle. ND er brukt en rekke steder i verden og erfaringene er generelt gode.

Det er ikke riktig at ND er spesielt beslektet med ordningen (CDTs) i Portugal. Det er mer naturlig å mene at den er beslektet med påtaleunntatelse med vilkår, siden den foregår innenfor strafferetten og er et helhetlig program over tid og ikke en engangsvurdering.

Det finnes trolig flere straffedømte som vil være interessert i ND enn det det er kapasitet for i dag. Regjeringen bør framskynde programmets utvikling, evaluering og omfang nasjonalt.

Heroinstøttet behandling (HSB)

Actis mener at heroinstøttet behandling ikke er riktig prioritering i dag. HSB lider spesielt av at det er uklart hvordan vi forstår problemet og hva vi mener behandlingsmålet skal være. Skal det være behandling og del av en rehabilitering eller er det vedlikehold? Er det kriminalitetsforebygging eller helsehjelp? En bør også vurdere HSB i forhold til pasientrettighetenes beskrivelse av retten til helsehjelp og medbestemmelse.

Hvordan kan for eksempel pasienten ha "samtykkekompetanse" når behandlingsmålene synes uklare og pasienten selv er preget av ambivalens og motivasjonsproblemer?

Actis vil mene at det viktigste nå er å ha en bred og åpen diskusjon om dette der dette kan klargjøres før en går videre og vurderer HSB konkret. Målformuleringene for HSB slik det kommer fram i utvalgets rapport er alt for upresise og generelle.

Det er dernest liten forskningsmessig støtte for HSB (jf kunnskapsoppsummering til Cochrane samarbeidet og Kunnskapssenteret). Til sist er det store kostnader knyttet til HSB innen et felt som har begrensede resurser.

Vi er spesielt skeptiske til at en legger nye oppgaver inn i LAR der det allerede er store problemer med å gi en skikkelig sosialfaglig oppfølging. Den forskningen som peker på positive resultater kan tyde på at det er den helsemessige og sosialfaglige oppfølgingen som har effekt mens selve heroinutdelingen i seg selv ikke har det. Det første en da bør gjøre er å sikre at slik oppfølging finnes i LAR.

Sprøyterom og brukerrom

Actis støtter ikke en sammenslåing av sprøyterom og brukerrom. For det første kan ikke sprøyterommet vise til spesielt gode resultater. For det andre er det uheldig å samlokalisere tjenester for klienter som skal motiveres til videre behandling med tjenester for klienter som bruker heroin. Selv om også sistnevnte gruppe skal motiveres for videre behandling må disse holdes for seg selv.

Sprøyterommet kan vise til noen bedre resultater i sin siste evaluering fra Sirius, men fortsatt er resultatene blandede og svake. Det er ikke grunnlag for å si at det har redusert risiko for overdose og smitte. Det gir noe økt verdighet for brukerne og det gjennomføres noen samtaler og rådgivning men dette kan også gis andre kontaktpunkter slik som ved feltpleien og sprøytebytte.

Det er i dag allerede en rekke væresteder og lignende storbyer som Oslo og Bergen. Vi er ikke mot en bedre organisering og kanskje samlokalisering og effektivisering av disse, heller tvert om.