

Ditt navn:

Reidar Stokke

E-post:

reidar.stokke@rogaland-asenter.no

Innspill:

Rusreformutvalet Høyringsinnspel, Stavanger 9.jan 2019,
v/Reidar Stokke,

avdelingssjef Rogaland A-senter, spes. rus-og avhengighetsmedisin
Rusreformen kjem i ei tid for store og tidkrevjande omleggingar i TSB,
med mellom anna innføring av pakkeforløp. Dette kan vere litt av
grunnen til at behandlingsapparatet kanskje er lite synlege i ordskiftet.
Underteikna har ikkje hatt tid til å sette seg grundig inn i alle sider ved
Rusreformen, og har heller ikkje detaljert juridisk/strafferettsleg
kunnskap, men har likevel nokre innspel:

Hovudpunkt:

- Folkehelseperspektivet, som er sentralt i norsk helsepolitikk, er lite vektlagt i Rusreformen.
- Å vere rusfri bør vere det primære kravet – ikkje behandling
- Sanksjonar ved manglande oppfølging bør vere klare, raske og moderate

****Folkehelseperspektivet****

Tankar om folkehelseperspektivet manglar i mandatet, og det er ein potensiell fare for at Rusreformen kan ende ut med tiltak som senker terskel for debut og utprøving . Av europeiske byar har Lisboa temmeleg pågåande selgjarane av mindre doser narkotika, kan reisande fortelje. Det blir viktig at ikkje rusreformen får slike utilsikta effektar. Ein må sjå dei positive effektane som skadereduksjon og verdighet opp mot eventuelle negative effektar for heile befolkninga – og resultatet må samla sett bli positivt for folkehelsa.

****Å vere rusfri må vere målet med behandling og sanksjonar - ikkje behandlinga i seg sjølv****

Slik rusreformen til no er framstilt kan det sjå ut til at behandlingsapparatet vil bli fylt opp av personar som er pålagt å vere i behandling, men der endringsønsket kan vere lite. Pålagt samtalebehandling eller anna pålagt behandling har liten eller ingen effekt, så langt u.t. kjenner til. Dette er neppe ei kunnskapsbasert tilnærming.

Underteikna meiner at det sentrale kravet ein bør stille til personar tatt for bruk og besittelse ikkje bør vere at vedkommande tar imot behandling, men at vedkommande held seg rusfri i ein viss periode. Ein sentral del av behandlingssopplegget må då vere uplanlagte rusprøver , som bør vere enklast mulig, minst mulig inngripande og minst mulig ressurskrevande å ta. Spyttprøver vil vere klart betre enn urinprøver – dette er mindre inngripande og vil lettare kunne bli oppfatta som forholdsmessig ved lite alvorlege lovbrøt. Sannsynlegvis er det nødvendig å gjennomgå «Prosedyre for rusmiddeltesting», og av kostnads- og effektivitetsomsyn bør rutinene for behandlingssmessige prøver følgjast, men med mulighet for spesifikke, sikre analyser dersom pasienten krev det. Den relative lave faren for falske positive prøver må ikkje handlingslamme oss. Svar på prøvene må komme raskt. (Knut Boe Kielland, konf under, har tidlegare foreslått at der dei spesifikke

analysene viser at dei første «screening»-analysene var falsk positive må føre til ei orsaking frå behandlingsapparatet, medan positive «screening»-analyser der pasient nektar for inntak, men der spesifikke analyser framleis påviser rusmiddelet, kostnadmessig må dekkast av pasienten sjølv)

Dette vil medføre markerte kostnadar til prøvetaking og analysering.

Innsparingane kan likevel totalt bli store, konf under.

Dersom det er vanskeleg å halde seg rusfri, bør det vere lett å intensivere behandlinga for ein periode, dvs lett tilgang på å komme i behandling sin institusjon.

****Sanksjonar – klare, raske og moderate****

Regjeringa vil ikkje legalisere bruk og besittelse, så dette blir framleis ulovleg og ein må dermed kunne rekne med at dette får reelle konsekvensar. Mandatet skisserer at manglande oppfølging vil kunne føre til sanksjonar.

Alle reaksjonar på bruk og besittelse, inkludert sanksjonar, må vere kjende på førehand, dei bør komme raskt og vere moderate.

Kven skal stå for sanksjonane ved manglande oppfølging? Etter mitt syn vil det vere klart destruktivt for pasient-behandlarrelasjonen dersom helsesektoren skal stå for sanksjonane – dette vil vere ei heilt urimeleg sammenblanding av straff og behandling. Dersom sanksjonen kjem som eit pålegg bør det vere justis-sektoren som gjer vedtaka.

Det må samtidig vere eit godt samspel mellom helse og justis, med rask og fleksibel «ballveksling». Dette vil kreve at det til ei kvar tid er ledig kapasitet, både hos helse og justis.

Her følgjer eit klinisk eksempel (dessverre sjeldant) på eit godt samspel mellom helse og justis, innanfor gjeldande system. Eksempelet gjeld alvorlegare kriminalitet enn bruk og besittelse, men er likevel illustrerende:

20 år gammal mann, heftig rusbruk med fleire rusmiddel, tatt av politiet for bruk og besittelse samt samfunnsplagsomme, men mindre alvorleg lovbrøt. Innbrakt til legevakten av politiet og innlagt til akutt avrusing. Men han var i «rusmodus», og bruk av narkotika inne på avdelinga inkludert deling av rusmiddel til andre pasientar gjorde at utskrivning var nødvendig. Han kom på ny i kontakt med politiet, som framleis meinte at han burde skånast frå rein strafferettsleg oppfølging. I forståing med behandlingsapparatet fatta politiet vedtak om varetektssubstitutt i form av ny innleggelse på avrusingspost, der utskrivning ville medføre overflytting til ordinær varetekt. Pasienten klarte då å samle seg og fullførte avrusingsopphaldet - og viste seg å vere ein grei fyr. Klar, rask og moderat reaksjon medførte atferdsending til beste for pasienten og for folk rundt.

Sanksjonar med mål om atferdsending

Knut Boe Kielland har tidlegare arbeidd med ein modell for endra straffereaksjonar der formålet er atferdsending i forhold til rusmiddelbruk. Modellen er først og fremst meint for meir alvorlege lovbrudd enn bruk og besittelse, men likevel interessant. Denne er nokre år gammal, og dersom vi erstattar omgrepet «straffereaksjonar», som blei brukt då, med «sanksjonar», som er det aktuelle no, blir forslaget slik:

Følgende prinsippar burde gjelde for at sanksjonar i størst mulig grad skulle kunne bidra til endret atferd med hensyn til stoffbruk:

- Kort tid mellom lovbrudd/forseelse og reaksjon.
- Høy sannsynlighet for at lovbrudd/forseelse vil føre til sanksjonar ikkje bare i teori, men også i praksis.
- Sanksjonane må vere kjent og forutsigbar.
- Den må kunne gjentas.
- Det må vere konsistens og klarhet omkring hva som kan føre til sanksjonar.
- En begrenset sanksjon som kjem raskt vil virke betre enn en omfattende sanksjon som kjem sent.
- Det bør vere en subjektiv opplevelse av at sanksjonen er rettferdig.
- Minst mulig skadevirkningar for den som får sanksjonen.

Dette er skildra i <http://www.fmr.no/forbudet-mot-narkotika-det-kan-brukes-konstruktivt.4958082-194443.html> .

Der er det også vist til forskning frå Hawaii, som har forsøkt ei liknande tilnærming. Ein randomisert kontrollert studie viser oppløftane resultat, der

intervensjonsgruppa oppnådde:

- Meir enn halvering av kriminalitet
- Rusbruk redusert til under 1/3
- Ikkje møtt redusert med 60%
- Halvering av personar som får omgjort straff frå betinga til ubetinga

Mest sannsynleg vil dette gi innsparingar som kan overførast til tiltak skissert over.

Reaksjonen på mindre alvorlege narkotikalovbrudd bør altså vere at personane må ta ansvar for å halde seg rusfrie, der samfunnet bør sette klare og gode grenser som er til hjelp for den enkelte. Kanskje kan dette også vere delar av straffen for meir alvorlege narkotikarelatert kriminalitet.

Diverse

Barn og pårørande: For barn av pasienten og for andre pårørande vil dette kunne vere tilnærming som er positivt.

Reaksjonar også for alkoholrelaterte lovbrøt? I samfunnsordskiftet er det eit mantra at også alkohol er eit farleg rusmiddel. U.t. ser ikkje noko i vegen for at ei slik tilnærming også kan gjelde alkoholrelaterte lovbrøt.

Storskala RCT? Dersom ein er usikker på effektane av tiltaka bør ein vurdere ein storskala RCT før ein endeleg konkluderer, for eksempel med regionsvis randomisering.

Sanksjonar? Under høyringa fekk eg spørsmål om korleis sanksjonane skal vere ved bruk og besittelse. I tråd med teksten over bør dei vere raske, klare og moderate, og minst muleg skadeleg for pasienten. Kor kraftige sanksjonane skal vere er også eit politisk spørsmål, og sanksjonane må vere i tråd med allmenn rettkjensle. Kanskje kan pasient få velgje mellom bøter/forelegg og rustesting i etterkant av ein obligatorisk samtale? Kanskje kan gjentatt bruk og besittelse medføre krav om ein litt lengre rusfri periode, alternativt litt større bot/forelegg? Gjentatte lovbrøt der bruken er meir skadeleg for pasienten og for omgjevnadane bør medføre klarare sanksjonar/tydelegare grensesetting.

Jeg samtykker i at
nettstedet lagrer
min informasjon.:

Checked