



OPPE I NORGE

Mange vil sige, at Norge kom sent i gang med substitutionsbehandling. Til gengæld er udbygningen gået meget stærkt.

AF ASTRID SKRETTING

Er misbrug af rusmidler en sygdom eller et produkt af sociale faktorer og personlig disposition? Er behandling for rusmiddelmisbrug sundhedsvæsenets eller socialvæsenets ansvar? Er rusmiddelmisbrugere patienter eller klienter? Holdningen til, hvad der er den mest hensigtsmæssige organisering af behandling, varierer. Mens det socialfaglige behandlingstilbud traditionelt har stået stærkt i Norden, er det i mange andre lande sundhedsvæsenet, der har ansvaret for behandling af rusmiddelmisbrug.

I Norge har vi set meget af dette komme og gå i bølger. Organiserin-

gen af hjælpe- og behandlingstilbud til rusmiddelmisbrugere er i løbet af de sidste ti år gået fra en overvejende centraliseret til en decentraliseret model - for så at gå tilbage til en centraliseret model. **Misbrugerne er gået fra at være patienter til at blive klienter - for så igen at ende som patienter. Holdningen til brug af medikamenter i behandlingen er også gået i bølger.** Hvor man tidligere var rundhåndet med medikamenter i behandlingen af alkoholmisbrug, kom der en periode med stor skepsis mod medikamentel behandling. I Norge blev substitutionsbehandling af opiatafhængige en del af det ordinære be-

handlingstilbud så sent som i 1998. Som i de fleste andre lande har vi også oplevet, at der er blevet lagt større vægt på forskellige former for det, som gerne kaldes skadesreduktion. Eksempelvis er der gennem mere end 20 år foregået uddeling af sprøjter i relativt stort omfang, og en forsøgsordning med offentlige sprøjterum blev sat i gang i 2005. Sprøjterumsloven blev gjort permanent fra 2010.

I det følgende redegøres for tre substantielle ændringer i tilbuddet til rusmiddelbrugere, som har fundet sted i løbet af de seneste år: Organiseringen af behandlingstilbuddet, indførelse af substitutions-

behandling for heroinmisbrugere og lov om lokaler til injektion af narkotika (sprøjterumsloven).

Behandling af rusmiddelbrugere: centralisering – decentralisering – centralisering

Behandlings- og hjælpetilbud rettet mod henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer i Norge har nogle forskellige historier både med hensyn til, hvor længe sådanne tilbud har været tilgængelige, og hvordan de har været organiseret. Mens de første tilbud rettet mod misbrugere af alkohol så dagens lys i tiden omkring 1900, er tilbud til misbrugere af narkotiske stoffer naturligt nok af nyere dato. Når det gælder behandlings- og hjælpetiltag for alkoholmisbrugere var det i udgangspunktet organisationer som Blå Kors, Hvide Bånd og Lægeforeningen som stod bag. Efterhånden kom staten på banen, og i årene efter 1970 øgedes statens engagement i behandlingen af alkoholmisbruget, både gennem øgede bevillinger, og ved at flere alkoholinstitutioner blev knyttet til sygehusloven.

Norge havde allerede i 1961 oprettet den første specialklinik i Europa for narkotikamisbrugere (Statens Klinik for Narkomaner). De fleste af patienterne var i udgangspunktet de såkaldte 'klassiske' narkomaner: voksne patienter, som misbrugte morfin eller andre opia-ter. Efterhånden blev der også behov for behandlingstilbud til unge og unge voksne, som havde fået problemer i forbindelse med misbrug af narkotika, og der blev lagt vægt på, at behandlingen skulle integreres i det ordinære hjælpeapparat inden for psykiatrien.

Det blev relativt hurtigt klart, at den traditionelle psykiatri ikke var indrettet til at tage imod denne nye patientkategori. I begyndelsen af 1970'erne begyndte man derfor at udvikle specielle tilbud i behandlingen af stofmisbrugere. I denne periode kom der politiske og faglige

strømninger, som førte til ændringer i synet på, hvordan unge stofmisbrugere skulle håndteres. **Vigtige elementer var, at sociale og psykiske problemer ikke skulle behandles inden for rammerne af en autoritær medicinsk-psykiatrisk forståelse. I stedet blev der taget metoder i brug inden for rammerne af en humanistisk psykologisk/ pædagogisk tilnærmelse, hvor ligeværd mellem klient og hjælper og socialt netværksarbejde var i fokus.** Synet på stofmisbrugere ændrede sig med andre ord fra en traditionel sygdomsopfattelse i retning af en socialpsykologisk forståelse. Ud fra en erkendelse af, at stofmisbrug blandt unge er et sammensat problem, som kræver utraditionelle tilgange, blev der etableret forskellige nye tiltag som opsøgende virksomhed og behandlingsskolektiver. Efterhånden blev der også etableret behandlingsskolektiver baseret på andre faglige tilgange. Initiativerne kom i stor udstrækning fra grupper eller enkeltpersoner, som byggede institutioner op ved hjælp af først statslige og senere også fylkeskommunale midler (svarende til de tidl. danske amtskommunale bevillinger, *red.*).

Fylkeskommunen får ansvar

Grundlaget for den fylkeskommunale organisering af behandlingstilbud til rusmiddelmisbrugere, som det var, før sygehus- og rusreformen trådte i kraft, blev lagt i Lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholinstitutioner m.v. af 8. marts 1984. Lov om sociale tjenester af 13. december 1991 nr. 81 gik et skridt videre ved at pålægge fylkeskommunen et samlet ansvar for videregående behandlingstilbud til rusmiddelmisbrugere. Dermed fik fylkeskommunen behandlingsansvar for både alkohol- og narkotikamisbrugere. Socialtjenesteloven pålagde fylkeskommunerne ansvar for, at der skulle findes et tilstrækkeligt antal institutionspladser for

at dække det behov, som til hver en tid måtte være til stede ('sørge for'-ansvar). Det klare fokus på kommunens ansvar for at sikre hjælp i nærmiljøet i stedet for at overlade rusmiddelmisbrugeren til institutionsbehandling, blev fulgt op i finansieringsordningen ved, at ophold på fylkeskommunale inshoutitioner under socialtjenesteloven blev finansieret som en delt betalingsordning mellem kommune og fylkeskommune.

Fylkeskommunen kunne selv eje og drive behandlingstilbuddene, men kunne også vælge at indgå i driftsaftaler med eller købe enkeltpladser i private tilbud. Tiltagene var i hovedsagen reguleret af socialtjenesteloven, men fylkeskommunerne kunne også opfylde deres behandlingsansvar ved at bruge behandlingstilbud, som var reguleret af andre love (sygehusloven). Dette gjaldt i praksis først og fremmest ambulante behandlingstilbud med udgangspunkt i psykiatrien (fx de psykiatriske ungdomsteams), men også enkelte døgntilbud.

Rusreform

I årene efter årtusindskiftet gennemførte Norge store sundhedspolitiske reformer. Gennem fastlægereformen (2001) fik alle landets indbyggere tildelt en praktiserende læge. Ved sygehusreformen (2002) blev ansvar og ejerskab for sygehus og andet specialistsundhedsvæsen overført fra fylkeskommunen til staten. Det blev etableret fem, fra 1.1.2009 fire, statsligt ejede regionale 'helsetjenester'(RHF). De fire regionale helsetjenester skal sørge for, at der findes de nødvendige tilbud om specialistbehandling til befolkningen i de respektive sundhedsregioner. Sygehusreformen blev fulgt op af den såkaldte rusreform (2004). Gennem rusreformen blev også behandling for rusmiddelmisbrug overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helsetjenester. Behandling for rus-

middelmisbrug blev dermed en del af specialistsundhedsvæsenet. Kommunerne beholdt imidlertid ansvaret for at yde andre typer af hjælp til rusmiddelmisbrugere.

De nye regionale helsetjenesters ansvar blev defineret som 'tværfaglig specialiseret behandling for rusmiddelmisbrug', og lovreguleringen af aktuelle behandlingenheder blev overført fra socialtjenesteloven til specialihelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet¹ har i en rundskrivelse redegjort for, hvad de vedtagne ændringer medfører². Skrivelsen giver også en fortolkning af patientrettighedslovens bestemmelser, og hvordan disse får anvendelse på tværfaglig specialiseret behandling for rusmiddelbrug. Departementet har desuden udarbejdet et strategidokument til de regionale helsetjenester, hvor de nationale perspektiver og strategier i anledning af rusreformen trækkes op³.

Rusreformens mål er ambitiøse. Det blev fremført, at rusmiddelmisbrugere med sammensatte problemer skal have bedre tilbud. Behandling for rusmiddelmisbrug skal udvikles til en tværfaglig specialihelsetjeneste med fokus på helhedsorienterede og individuelt baserede tilgange, der vægter såvel det socialfaglige som det sundhedsfaglige perspektiv⁴. Tanken med rusreformen er at sikre, at rusmiddelmisbrugeres rettigheder som patienter varetages på en bedre måde, og at rusmiddelmisbrugere på en enklere måde kan få de specialiserede sundhedsydelser, som er nødvendige for at reducere somatiske og psykiske problemer, samtidig med, at de er i misbrugsbehandling. Behovet for at sikre et bedre tilbud til rusmiddelmisbrugere, som samtidig har alvorlige psykiske lidelser, er specielt fremhævet.⁵

Hjælpe- og behandlingstilbuddet til rusmiddelmisbrugere i Norge har traditionelt haft et stort element af



Hjælpe- og behandlingstilbud til rusmiddelmisbrugere har været genstand for store ændringer op igennem tiden. Fx fik behandlingstilbud til alkohol- og narkotikamisbrugere, som i udgangspunktet var organiseret hver for sig, en fælles organisering i løbet af 1900-tallet. Og mens der i mange år var stor modstand mod at bruge medikamenter i behandlingen af narkotikamisbrugere, satses der nu stort på substitutionsbehandling af heroinmisbrugere. Ligeledes har vi gennem flere år set en stor satsning på skadesreduktionstiltag, fx lavtærskel-tilbud med sprøjteudlevering. Stortinget har også vedtaget en lov, som giver kommunerne adgang til etablering af såkaldte sprøjterum.

helsetjenester må sikre, at de private aktører får mulighed for at bidrage på lige fod med offentlige udbydere af behandling. Samtidigt blev det slået fast, at der må stilles de samme kvalitetskrav til det private som til det offentlige behandlingstilbud⁶. I og med, at behandling for rusmiddelmisbrug nu er den del af specialihelsetjenesten, er der grund til at tro, at såvel offentlige som private aktører vil opleve, at der stilles andre og større krav til kvalitet og resultater. Rammerne for at tilpasse sig sådanne krav vil imidlertid være forskellige. De offentlige behandlingenheder vil ikke på samme måde som de private risikere at blive holdt ude, selvom også offentlige behandlingenheder vil kunne få pålæg om

Da behandlingen blev en specialitydelse, tilsagde dette, at lægerne skulle overtage henvisningsretten, som det generelt er praksis for specialitydelser. Med baggrund i, at mange rusmiddelmisbrugere i ringe grad har kontakt med det primære sundhedsvæsen, vedtog Stortinget imidlertid, at socialtjenesten og lægerne skal være ligestillede med hensyn til at henvise til specialiseret, tværfaglig behandling for rusmiddelmisbrug i og uden for institution. Socialtjenestens ret til henvisning omfatter imidlertid ikke de specialiserede helsetjenester inden for somatik og psykiatri.

Patientrettighedsloven giver ret til frit sygehusvalg. På samme måde har rusmiddelmisbrugere fået ret til



frit valg af behandlingssted. Valget omfatter behandlingsenheder i hele landet, som indgår i de regionale helsetjenesters behandlingstilbud. Retten til frit valg er med andre ord ikke begrænset til den helseregion, hvor man som patient 'hører hjemme'. Retten til frit valg af behandlingssted omfatter imidlertid ikke valg af behandlingsniveau. En patient, som er visiteret til at modtage behandling for sit rusmiddelmisbrug, kan eksempelvis ikke vælge institutionsbehandling, hvis han eller hun er visiteret til ambulantly behandling.

Substitutionsbehandling

I Norge var der i mange år stor skepsis over for brugen af metadon i stofmisbrugsbehandlingen. I 1970'erne var der enkelte læger, som udskrev metadon, men i sidste ende gik Helsedirektoratet ud og advarede stærkt imod dette. Begrundelsen var først og fremmest knyttet til, at målet for stofmisbrugsbehandlingen skulle være stoffrihed og ikke afhængighed af medikamenter.⁷ Dette må igen ses i sammenhæng med den på det tidspunkt rådende forklaringsmodel til forståelse af årsagerne til misbrug af narkotiske stoffer.

Den første hvidbog om narkotikaproblemerne⁸ siger eksempelvis, at det er regeringens opfattelse, at misbrug af afhængighedsskabende

stoffer hovedsageligt må ses som et symptom på mistriivsel. Det er de bagvedliggende problemer og ikke selve misbruget, som skal være i fokus for behandlingen. Den samme hvidbog slår også fast, at det ikke er ønskeligt at bruge medikamenter i behandlingen af stofmisbrugere, da dette kan opfattes som støtte til at forlænge afhængigheden. Helsedirektoratet kom således i 1976 med retningslinjer om, at metadon kun kunne udskrives i tilknytning til sygehus, noget som i praksis forekom i meget begrænset omfang.⁹ I sidste ende forsvandt også denne mulighed. **I flere år var der med andre ord ikke noget tilbud om vedligeholdelsesbehandling med metadon i Norge, og der var heller ikke nogen diskussion om denne behandlingsform. Da regeringen i midten af 1980'erne fremlagde sin næste hvidbog om narkotikapolitikken¹⁰, blev metadonbehandling ikke engang diskuteret.** Norge var imidlertid ikke alene om denne indstilling. Mens substitutionsbehandling med metadon blev brugt i lande som USA, Storbritannien, Danmark, Schweiz og Holland, havde fx Frankrig, Tyskland, Belgien og Grækenland den samme restriktive holdning som Norge. Det er først i 1990'erne, at der er kommet gang i substitutionsbehandling i disse lande.¹¹

Behandlingsoptimisme – metadon giver negativ signalværdi

Efterhånden opstod der imidlertid en vis 'mumlen' i dele af fagfeltet; noget, som hang sammen med HIV-epidemien og det, at de fremlagte prognoser for spredning af virusset blandt sprøjtebrugere var meget dystre. Spørgsmålet blev udredt i det daværende 'Sentralrådet for narkotikaproblemer', men kom aldrig til nogen realitetsbehandling. I 1989 startede Oslo Kommune imidlertid forsøg med vedligeholdelsesbehandling af HIV-positive med alvorligt nedsat immunforsvar, uden at det vakte nogen nævneværdig debat. Dette blev ikke betragtet som behandling af misbrug, men som at HIV-syge stofmisbrugere skulle have mulighed for en så værdig afslutning på livet som muligt.

At der aldrig blev nogen reel diskussion om metadonbehandling som et alment tiltag mod HIV-epidemien blandt misbrugere hænger sikkert sammen med, at HIV-epidemien blandt stofmisbrugere i Norge snart viste sig at være relativt begrænset. Socialdepartementet gjorde også en indsats gennem en særskilt handlingsplan for at udbygge de medikamentfrie behandlingstiltag¹². Videre blev der etableret ordninger med gratis uddeling af sprøjter for at begrænse smitte gennem sprøjtedeling.

De vigtigste grunde til, at man i Norge var imod metadonbehandling til stofmisbrugere, kan kort opsummeres således:

- ▶ tro på forandring stor grad af behandlingsoptimisme
- ▶ metadon giver signaler om, at man opgiver misbrugerne og ikke tror, at de kan forandre sig (negativt menneskesyn)
- ▶ metadon indebærer, at man påfører misbrugere en livslang afhængighed
- ▶ modstanden mod metadon genspejler, at det medicinske felt i ringe grad var engageret i behandling af stofmisbrugere.¹³

Øget elendighed

I begyndelsen af 1990'erne kom der imidlertid stadig flere rapporter fra forskellige hjælpetjenester om en generel forværring af helbredsstanden blandt tunge stofmisbrugere. Samtidigt steg antallet af narkotikarelaterede dødsfald. Selvom det medikamentfrie behandlingstilbud efterhånden var blevet betydeligt udvidet, var det tydeligt, at dette ikke reducerede problemerne. **Det blev mere og mere åbenbart, at man også måtte se efter andre virkemidler, og spørgsmålet om metadonbehandling blev aktualiseret.**

På denne baggrund gav socialdepartementet i 1991 Norges almenvidenskabelige forskningsråd til opdrag at arrangere en såkaldt konsensuskonference om 'Medikamenter i behandlingen af stofafhængige' 'udskrivning af vanedannende lægemidler'¹⁴. Ud fra anbefalingerne fra konferencen blev der i 1994 startet et 3-årigt forsøgsprojekt i Oslo med metadonassisteret rehabilitering af 50 opiatafhængige stofmisbrugere. De 50 deltagere i forsøgsprojektet skulle opfylde følgende kriterier:

- ▶ være fyldt 30 år
- ▶ have misbrugt opiater i mindst 10 år
- ▶ have gennemgået medikamentfri behandling i rimeligt omfang
- ▶ ikke have uafklarede sager med politi og retsvæsen.

Målsætningen for projektet var, at de, som fik denne behandling, skulle holde op med at bruge illegale rusmidler og finde en plads som 'normale' samfundsborgere. Modellen var (og er), at substitutionsbehandling skal suppleres med indsatser fra det ordinære hjælpe- og behandlingsapparat for at sikre den nødvendige psykosociale opfølgning. Kontrolrutiner med overvågede urinprøver indgår som en vigtig del af oplægget. For at illustrere, at metadon var en del af et helhedsorienteret rehabiliteringsoplæg, fik projektet betegnelsen 'metadonassisteret rehabilitering'.

Forsøgsprojektet blev gjort til genstand for en omfattende evaluering¹⁵, og i 1997 vedtog Stortinget, at substitutionsbehandling skulle være et permanent landsdækkende tilbud til heroinmisbrugere. Stortinget vedtog senere at nedsætte aldersgrænsen til 25 år, og i sommeren 2000 blev retningslinjerne revideret i den forstand, at de blev mindre restriktive: Klienten skulle:

- ▶ være fyldt 25 år
- ▶ have en langvarig narkotikamisbrugs karriere, som på søgetidspunktet og i flere år op til havde været klart opiattdomineret
- ▶ i rimeligt omfang have gennemgået behandling og rehabilitering uden brug af metadon og opioider med sigte på rusfrihed¹⁶.

Cirkulæret lagde samtidigt op til, at der kunne gøres undtagelser for optagelseskriterierne, dersom der var tale om alvorlig kritisk og livstruende sygdom, som gjorde behandling nødvendig. Der blev med andre ord åbnet op for større skønmæssig vurdering. Samtidigt blev der åbnet for brug af andre lægemidler end metadon (buprenorfin) ud fra, hvad der vurderes som mest hensigtsmæssigt. Behandlingsoplægget blev derfor ændret til 'legemiddellassisteret rehabilitering'.

Frem til 2010 var substitutionsbehandling reguleret gennem cirkulærer. 1. januar 2010 kom der imidlertid et nyt sæt rammer for 'legemiddellassisteret rehabilitering' med forordninger¹⁷ og nationale retningslinjer.¹⁸

Antallet af patienter i substitutionsbehandling steg nærmest eksplosivt i årene efter, at Stortinget i 1997 vedtog, at substitutionsbehandling skulle være et permanent landsdækkende tilbud. Ved udgangen af 2009 var der knap 5.400 patienter i behandling. Selvom mange vil sige, at Norge kom sent i gang med substitutionsbehandling, er udbygningen med andre ord gået meget stærkt.

Sprøjterum

I december 2004 vedtog Stortinget en midlertidig lov og forskrift om prøveordning med lokaler for injektion af narkotika (sprøjterumsloven). Loven blev gjort permanent i 2009 med virkning fra 2010. Spørgsmålet om etablering af sprøjterum blev første gang rejst i Stortinget i en forespørgselsdebat i 1999, som resulterede i, at regeringen modtog en række forslag til narkotikapolitikken, deriblandt: 'Stortinget ber regeringen udrede etablering af 'sprøjterum' bemanded med sundhedspersonale'¹⁹. Med henvisning til en udtalelse fra FN's narkotikakontrolråd (INCB) til danske myndigheder²⁰, hvori det blev påpeget, at etablering af sprøjterum vil være et brud på FN's narkotikakonventioner, svarede daværende socialminister Melveit Kleppa, at det ikke var aktuelt at etablere et sådant tilbud i Norge.²¹

Skiftende regeringer – skiftende holdninger

Efter den borgerlige centrumsregering sagde nej til sprøjterum i 1999 havde skiftende regeringer forskellige holdninger til sagen. Spørgsmålet kom op i Stortinget på ny i marts 2001, da fire stortingsrepræsentanter fremlagde forslag om et nationalt kriseprogram mod 'overdosisepidemien'. Sprøjterum blev her nævnt som et muligt tiltag. Stortinget begrænsede sig i dette tilfælde til at bede regeringen igangsætte et nationalt kriseprogram mod overdosisdødsfald uden at konkretisere, hvad planen skulle indeholde.²²

Statsminister Jens Stoltenberg fulgte op på Stortingets ønske med et forslag om, at en prøveordning med sprøjterum blev sendt til høring lige før regeringsskiftet i sommeren 2001²³. Stortinget lod sig imidlertid ikke berolige. I oktober 2001, lige efter den borgerlige trepartiregerings tiltrædelse, og mens høringsrunden pågik, blev følgende anmodning fremlagt: 'Stortinget be-

der regeringen følge op på (den ny-
ligt afgåede) Stoltenberg-regerings
positive holdning til sprøjterum.²⁴
Ud fra dette valgte den borgerlige
trepartiregering at følge op på sa-
gen, selv om den var imod etable-
ring af sprøjtrum.

**Ikke overraskende var der
store forskelle i høringsudtalel-
serne.²⁵ Rigsadvokaten påpege-
de eksempelvis, at etablering af
sprøjterum ville indebære et am-
nesti for narkotikabrugere ved,
at handlinger - som er strafbare
på ethvert andet sted - ikke skal
forfølges i sammenhæng med et
sprøjterum.** Udfaldet af hørings-
runden blev refereret i forslag til
revideret nationalbudget, som blev
fremlagt i maj 2002²⁶. Regeringens
konklusion var her, at den ikke ville
gå ind for at godkende forsøg med

sprøjterum. Der blev henvist til, at
der kun forelå lidt dokumentation
på effekt af et sådant tiltag, og at
man højst sandsynligt kunne opnå
mere ved at satse på andre tilbud.
Der blev også henvist til, at spørgs-
målet var blevet drøftet i Nordisk
ministerråd i 2001. Mens Finland
og Island ikke anså sprøjterum for at
være aktuelt, blev det klart frarådet
af Danmark og Sverige. Danmark
havde i 1999 valgt at følge INCB's

anbefalinger, da sprøjterum blev
debatteret i Folketinget²⁷. Stortin-
get tog imidlertid ikke den siddende
regerings indstilling til efterretning.
Da sagen blev behandlet på ny, var
det klart, at stortingsflertallet øns-
kede en prøveordning med sprøj-
terum: 'Stortinget beder regerin-
gen om at tilrettelægge forsøg med
sprøjterum ud fra de præmisser,
som fremgår af udtalelser fra Ar-
bejderpartiet, Fremskrittspartiet og



Sosialistisk Venstreparti angående
forsøg med sprøjterum.²⁸

De strafferetslige sider ved etable-
ring af sprøjterum var i udgangs-
punktet tillagt ringe vægt, hvilket
blev påpeget af rigsadvokaten²⁹.
Ved fremlæggelsen af statsbudget-
tet for 2003, hvor Stortingets ved-
tagelse fra juni 2002 blev fulgt op,
blev det derfor sagt, at der var taget
initiativer i forhold til involverede
ministerier for afklaring af juridiske
og andre spørgsmål knyttet til en
eventuel etablering af sprøjterum³⁰.
Videre blev rigsadvokaten bedt om
at foretage en vurdering af de juri-
diske aspekter ved en sprøjterums-
ordning. Rigsadvokaten afgav sit
svar i april 2003 og rejste følgende
spørgsmål:

- ▶ Kan sprøjterum straffrit etable-
res, drives og benyttes?
- ▶ Hvad kræves for at indføre amne-

sti for ellers strafbare handlinger knyttet til oprettelse og drift af sprøjterum?

- ▶ Hvem skal give håndhævningsdirektiver?
- ▶ Er det muligt at udforme håndhævningsdirektiver, som kan fungere i praksis?³¹

Selvom Stortinget gennem anmodningsvedtagelsen fra juni 2002 havde bedt regeringen om at lægge forholdene til rette for sprøjterum, var det på baggrund af rigsadvokatens klare udtalelser vanskeligt at give grønt lys for, at en sådan prøveordning kunne sættes i gang uden videre. Regeringen var derfor tvunget til at sende sagen tilbage til Stortinget med forslag om eventuel lovhjemmel.

Regeringen handlede nu hurtigt. I forslaget til revideret nationalbudget for 2003 bad regeringen Stortinget om at tage sagen op på ny.³² Regeringen understregede, at de lovændringer, som rigsadvokaten mente var nødvendige, for at der lovligt skulle kunne etableres sprøjterum, ville byde på store juridiske udfordringer, og at de i lyset af sagens karakter burde sendes i en bred høring. Regeringen påpegede videre, at en forsøgsordning i offentlig regi med legalisering af brug af ulovlige stoffer ville blive svært vanskelig at ophæve igen.

Der blev også henvist til rigsadvokatens opfattelse af, at påtalemyndighederne ikke har retslig adgang til at give retningslinjer, som i realiteten fritager brugerne af narkotika for straf, uden at sådanne retningslinjer har hjemmel i lovgivningen. Regeringen fastholdt, at der derfor måtte foreligge en sådan lovhjemmel for, at man skulle kunne gennemføre et forsøg med sprøjterum. Ud fra den daværende regerings modstand mod sprøjterum anbefalede tinget derfor, at: 'Stortinget tager til efterretning, at regeringen ikke foreslår lovændringer, som baner vejen for forsøg med sprøjterum.'³³

Ved behandlingen af det revi-

derede nationalbudget i juni 2003 drøftede Stortinget sagen på ny. De forskellige partier stod fast på tidligere standpunkter. Arbejderpartiet, Socialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet havde imidlertid flertal i Stortinget, og Stortinget vedtog dermed en ny anmodningsvedtagelse: 'Stortinget beder regeringen foreslå lovændringer, som kan bane vejen for forsøg med sprøjterum.'³⁴ Regeringen fik således sagen tilbage endnu engang.

Lovarbejdet tog nogen tid, men i april 2004 blev der fremlagt et forslag til en treårig midlertidig særlov for at kunne gennemføre en prøveordning med sprøjterum i Norge.³⁵

I lovforslaget blev det foreslået, at der som en prøveordning kan etableres lokaler for injektion af narkotika for at få erfaringsgrundlag til at vurdere effekten af sprøjterum. Det beskrives, at ordningen skal give tungt belastede narkotikamisbrugere skjærmende og rene omgivelser at injicere i under opsyn af kvalificeret personale. Forslaget foreslog, at brug af en bruger dosis narkotika i sprøjterum skal være straffri.

Lovforslaget blev principielt vedtaget i juni 2004, men Stortinget ville have ændringer i regeringens forslag. I tråd med Stortingets vedtagelse udarbejdede regeringen i sommeren 2004 derfor et nyt lovforslag og en ny forskrift for at imødekomme de ændringer, som stortingsflertallet ønskede.³⁶ Ændringsforslaget blev fremlagt for Stortinget i oktober 2004 og vedtaget i december 2004. Dermed havde Stortinget vedtaget de endelige rammer for en treårig prøveordning med sprøjterum i Norge. Den midlertidige lov, som blev vedtaget d. 17. december 2004, var som udgangspunkt ment at skulle vare i tre år frem til 17. december 2007. Loven blev imidlertid forlænget frem til 17. december 2009 og blev gjort permanent i 2009. Dette inde-

bærer, at landets kommuner efter godkendelse fra Helsedirektoratet, har mulighed for at etablere sprøjterum. Oslo Kommune startede en ordning med sprøjterum allerede i januar 2004.³⁷ Indtil videre er andre kommuner ikke fulgt efter.

Slutbemærkninger

Som nævnt indledningsvist har der gennem årene været forskellige opfattelser af, hvorvidt misbrug af rusmidler har sin forklaring i sociale faktorer, eller om det skal opfattes som en sygdom. Mens sygdomsforklaringer på misbrug stod stærkt, da de første behandlingstilbud til alkoholmisbrugere i sin tid blev etableret, blev disse erstattet af sociale forklaringsmodeller i 1970erne. I de senere år har vi så været vidne til, at sygdomsforklaringer på misbrugsudvikling har fået stadig større plads, noget som igen har ført til, at medicinske hjælpetilbud mere eller mindre er i færd med at fortrænge de socialfaglige. Dette kan eksempelvis illustreres ved, at behandling for rusmiddelmisbrug er blevet indlemmet i specialisthelsetjenesten og den store satsning på substitutionsbehandling. Parallelt har vi set, at betegnelsen rusmiddelmisbrugere efterhånden er blevet fortrængt af betegnelsen rusmiddelafhængige. Vi befinder os med andre ord i en tid, hvor medicinske forklaringsmodeller på misbrug i stigende grad er fremherskende, og hvor behandlings- og hjælpetilbud bliver mere og mere medicinsk orienteret. ■

*Denne artikel har tidligere været bragt i det norske tidsskrift 'Fortid - Historiestudentenes tidsskrift', UiO nr. 4-2010, 7. årgang. www.fortid.no
STOF takker forfatter og redaktør for tilladelse til at bringe artiklen.*

OVERSÆTTELSE: BIRGITTE JENSEN.



LITTERATUR

- Buning, E.: Methadone in Europe. *The international Journal of Drug Policy*. Vol 5, no 4. 1994.
- Dokument nr 7.A (1999-2000) Svar på forslag oversendt fra Stortinget uten realitetsvotering til Regjeringen 1. halvår 1999.
- Dok. nr. 8:73 (2000-2001). Forslag fra stortingsrepresentantene May Britt Vidhovde, Lars Sponheim, Odd Einar Dørum og Gunnar Kvadsheim om kriseprogram mot 'overdoseepidemien'.
- Ervik, R.: Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2. Behandlingsforløp og status. SIFA rapport nr 5/97. Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning. Oslo. 1997.
- Franzen, E.: *Passe elendig? Ringvirkninger av et metadonprosjekt*. Institutt for kriminologi. UiO. 1997.
- Hallgrimson, O.: *Methadone Treatment: The Nordic Attitude*. Journal of Drug Issues. 10:463:475. 1980.
- Helsedepartementet. Rundskriv (I-8/2004). Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. 2004.
- Helsedepartementet. *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. 2004. Helsedirektoratet. Rundskriv. 1976.
- Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for legemiddelasert rehabilitering ved opioidavhengighet*. 2010. INCB. Brev til Sunhedsministeriet. 1999.
- Inn. S. Nr 255 (2000-2001). Innstilling fra Finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002. Inn.S. nr 260(2002-2003). Innstilling fra Finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2003.
- NAVF. *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler*. Rapport nr 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. NAVF, Oslo 1992.
- NOU. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Norges offentlige utredninger 2003:4*. 2003.
- Olsen, H. & Skretting, A.: *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. SIRUS-rapport nr 7/2007.
- Ot.prp. nr 56 (2003-2004). Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning).
- Ot.prp. nr 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) m.m.
- Ravndal, E. og Vaglum, P.: *Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse*. Institutt for medisinske atferdsfag 1997.
- Riksadvokaten 24.01.2002. Brev til Sosial- og helsedepartementet.
- Riksadvokaten 04.04.2003. *Sprøyterom – høring*. Skretting, A.: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 1*. SIFA-rapport Nr 4/97. Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning. Oslo. 1997.
- Skretting, A.: *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. SIRUS-rapport nr 7/2009.
- Sosial- og helsedepartementet. *Rundskriv I-35/2000. Retningslinjer for legemiddelasert rehabilitering av narkotikamisbrukere*.
- Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk. *Utvikling av behandlingsskapasiteten i perioden 1988-92*. 1988.
- Sosialdepartementet. *Høring. Anmodning om uttalelse til spørsmålet om etablering av sprøyterom til narkomane*. 2001.
- Sosialdepartementet. *Høringsuttalelser sprøyterom*. 2002
- St.prp. 63 (2001-2002). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*.
- St.prp. 1. (2002-2003). *For budsjetterminen 2003*. Sosialdepartementet.
- St. prp. 65 (2002-2003) *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2003*.
- Stortinget 2002-2003. Møte 16. Mai. (Meeting of 16th May)
- St meld nr 66 (1975-76) *Om narkotikaproblemer*.
- St. meld. Nr. 13 (1985-86) *Om narkotikaproblemer og narkotikapolitikken*.
www.lovdatab.no

NOTER

- 1 Helsedepartementet skiftede navn til Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober 2004.
- 2 Helsedepartementet. Rundskriv (I-8/2004) Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. 2004.
- 3 Helsedepartementet. *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelbrukere. Perspektiver og strategier*. 2004.
- 4 Som note 3.
- 5 Som note 3.
- 6 Som note 3.
- 7 Hallgrimson, O.: *Methadone Treatment: The Nordic Attitude*. Journal of Drug Issues. 10:463:475.1980.
- 8 Stortingsmelding (hvidbog) nr. 66. Om narkotikaproblemer. 1975-76.
- 9 Helsedirektoratet. Rundskrivelse. 1976.
- 10 Stortingsmelding (hvidbog) nr. 13. Om narkotikaproblemer og narkotikapolitikken. 1985-86.
- 11 Buning, E.: *Methadone in Europe* i The International Journal of Drug Policy, Vol. 5, no 4. 1994.
- 12 Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk. *Utvikling av behandlingsskapasiteten i perioden 1988-92*. 1988.
- 13 Skretting, A.: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 1*. SIFA rapport nr. 4/97. Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning. 1997.
- 14 NAVF. *Medikamenter i behandlingen af stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler*. Rapport nr. 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. NAVF, Oslo. 1992.
- 15 Ervik, R.: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 2. Behandlingsforløp og status*. SIFA rapport nr. 5/97. Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning. Oslo. 1997.
- 16 Franzen, E.: *Pass elendig? Ringvirkninger av et metadonprosjekt*. Institutt for kriminologi. UiO. 1997.
- 17 Ravndal, E. & Vaglum, P.: *Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse*. Institutt for medisinske atferdsfag, 1997.
- 18 Skretting, A.: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 1*. SIFA rapport nr. 4/97.
- 19 Sosial- og helsedepartementet. Rundskriv I-35/2000. Retningslinjer for legemiddelasert rehabilitering av narkotikamisbrukere.
- 17 www.lovdatab.no
- 18 Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for legemiddelasert rehabilitering ved opioidavhengighet*. 2010.
- 19 Dokument nr. 7.A (1999-2000) Svar på forslag oversendt fra Stortinget uten realitetsvotering til Regjeringen 1. halvår 1999.
- 20 INCB. Brev til sunhedsministeriet. 1999.
- 21 Som note 19.
- 22 Dok. Nr. 8:73 (2000-2001). Forslag fra stortingsrepresentanterne Mat Britt Vidhovde, Lars Sponheim, Odd Einar Dørum & Gunnar Kvadsheim om kriseprogram mot 'overdoseepidemien'.
- 23 Sosialdepartementet. *Høring. Anmodning om uttalelse til spørsmålet om etablering av sprøyterom til narkomane*. 2001.
- 24 Ot.prp.nr.56 (2002-2004). Om midlertidig lov om prøveordning for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven).
- 25 Sosialdepartementet. *Høringsuttalelser sprøyterom*. 2002.
- 26 St.prp. 63 (2001-2002). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*.
- 27 Som note 20.
- 28 Inst.S. nr.255 (2001-2001).
- 29 Riksadvokaten 24.01.2002. Brev til Sosial- og helsedepartementet.
- 30 St.prp.1. (2002-2003). *For budsjetterminen 2003*. Sosialdepartementet.
- 31 Riksadvokaten 04.04.2003. *Sprøyteromhøring*.
- 32 St.prp. 65 (2002-2003). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2003*.
- 33 St. prp. 65 (2002-2003).
- 34 Stortinget (2002-2003).
- 35 Ot.prp. nr.56 (2003-2004). Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning).
- 36 Ot.prp. nr. 8 (2004-2005). Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) m.m.
- 37 Olsen, H. & Skretting, A.: *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. SIRUS-rapport nr. 7/2007. Skretting, A. & Olsen, H.: *Nye lokaler – andre resultater? videreført evaluering av sprøyteromsordningen i oslo*. SIRUS-rapport nr. 7/2009.