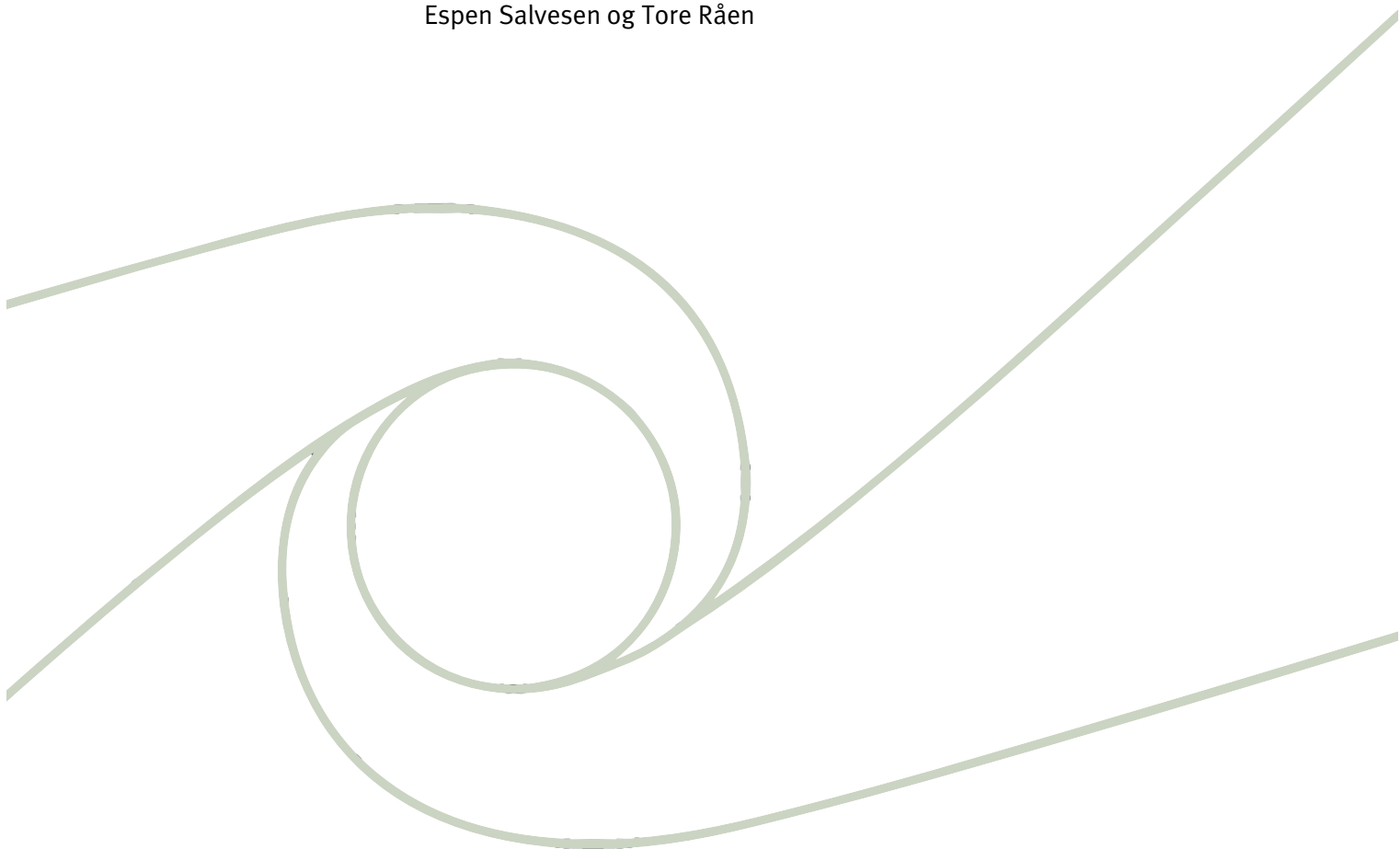


KRUS Håndbok 2/2006

Rusmiddelkunnskap for tilsatte i kriminalomsorgen

av Janne Helgesen (red.)
Ellen Ekhaugen, Terje Fredwall,
Ole Johan Heir, Svein Pettersen,
Espen Salvesen og Tore Råen



Utgitt av:
Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS
Boks 6138 Etterstad
0602 Oslo
www.krus.no

Copyright: Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS,
Oslo 2006

I serien:
KRUS Håndbok
Nr 2/2006
Opplag: 1000 eksemplarer

ISBN: 82-91910-55-3

Det må ikke kopieres fra denne bok i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Straffegjennomføringsloven stiller krav om at kriminalomsorgen skal forebygge ny kriminalitet, både gjennom sin kontrollvirksomhet og ved å legge til rette for at domfelte gjennom egen innsats skal kunne endre kriminell atferd. Det er velkjent at svært mange innsatte og dømte har problemer med bruk av rusmidler, og at dette direkte eller indirekte er en årsak til mye av kriminaliteten som begås. Dette medfører at behovet for kunnskap om rusproblematikk er stort for de tilsatte i kriminalomsorgen; bl.a. har kunnskap om tegn og symptomer på rusmiddelmissbruk i lang tid vært etterspurt.

Dette er første versjon av *Rusmiddelkunnskap for tilsatte i kriminalomsorgen*. Håndboken er laget for å gi tilsatte i kriminalomsorgen grunnleggende kunnskap innenfor dette feltet. Den gir en innføring i rusmiddelkunnskap og kontrollarbeid, med tilpasninger til kriminalomsorgen. For å være dekkende skal den suppleres av tilhørende undervisningsopplegg. For aspirantene vil dette primært bli gitt i praksisåret. Ved etter- og videreutdanningen, gir grunnmodulen «Rusmiddelproblematikk» en grunnleggende forståelse av arbeid med mennesker som bruker rusmidler og problematikken rundt dette. Det er et mål at denne kunnskapen skal gjøre tilsatte bedre i stand til å ivareta innsatte og domfelte med rusproblemer, og til å drive narkotikakontroll på best mulig måte.

Til slutt er det verdt å nevne at det finnes en rekke andre kurs og påvirkningsprogrammer som drives i regi av KRUS som gir mer utfyllende kunnskap om arbeid med mennesker som bruker rusmidler.

KRUS, mai 2006



Harald Føsker

Om denne boken:

Forfatterne som har bidratt til håndboken er:

Janne Helgesen kapittel 1, 2, 5, 6

Ole Johan Heir kapittel 3

Terje Fredwall kapittel 4

Svein Pettersen kapittel 7

Espen Salvesen kapittel 8

Tore Råen kapittel 9

Vi ønsker å takke alle som har bidratt i utarbeidelsen av håndboken, og retter en særskilt takk til Kristina Lægreid, Ellen Ekhaugen, Siri Gaarder Brock-Utne, Gro Heidi Løvendahl Johansen, Ottar Evensen og Gunnhild Hagberg-Karlsen for deres bidrag. Videre ønsker vi å takke: Hilde Lundebø, Ingunn Digenes, Elisabeth Jalland, Håkon Ingul, Mona Amundsen, Guri Spillhaug, Dag Roar Kaldahl og Marius Nielsen for gjennomlesing av manus og nyttige kommentarer.

Tegningene i boken er laget av Håvard Johansen.

Omslag og grafisk design: Marit Jørgensen, PDC Tangen.

Fotos: Photodisk

Bildene er gjengitt med tillatelse fra Norsk narkotikapolitiforening (NNPF).

Sammendrag

Tema for denne håndboken er rusmidler som alkohol, legemidler og narkotika og kontrollen av disse i kriminalomsorgen. Omlag 60 % av alle innsatte oppgir å ha et rusproblem (Friestad & Hansen 2004), og rusmidler er ofte direkte eller indirekte en årsak til mye av kriminaliteten som begås. Rusmiddelmissbruk kan dessuten gi fysiske og psykiske problemer/skader. Rusmiddelkunnskap i kriminalomsorgen er derfor svært viktig, både for å forebygge kriminalitet, og for å redusere de problemene narkotika og annen rusmiddelbruk kan medføre for den enkelte og samfunnet. Begrepet 'narkotika' er i Norge et juridisk begrep som omfatter de stoffer som lovgiveren til enhver tid har fastlagt, og omgang med narkotika er i seg selv ulovlig.

Håndboken gir først et historisk tilbakeblikk, og ser så på dagens situasjon med hensyn til rusmiddelproblematikk. Deretter presenteres lovverk og retningslinjer som regulerer narkotikamisbruk generelt, og Straffegjennomføringslovens bestemmelser som er relevante i forhold til narkotikakontroll. Så tar vi opp etiske problemstillinger og dilemma. Videre rettes fokus mot utfordringer knyttet til arbeidet med motivasjon og rehabilitering. Et kapittel gir grunnleggende rusmiddelkunnskap, herunder stoffgrupper, virkning og bruk. De to siste kapitlene tar for seg kontroll og tester i fengsel og friomsorg.

Historisk tilbakeblikk:

I Norge har vi hatt en sterk økning i omsetningen av alkohol fra 1967 frem til begynnelsen av 1980-årene, for deretter å holde oss på et relativt stabilt nivå. Den totale årlige omsetningen i Norge målt i ren alkohol per innbygger, var i 2003 på 4,4 liter. I tillegg til dette drikkes det også betydelige mengder alkohol som ikke er registrert. I Norge anslås dette forbruket å være 25–30 % av totalforbruket. Utviklingen av narkotikasituasjonen generelt i Norge de siste 50 år preges av økt geografisk utbredelse, større tilgjengelighet og flere som har erfaring med bruk av illegale stoffer. Kripos' beslagsstatistikk viser en økning på 90-tallet, mens vi har sett en utflatning eller nedgang etter årtusenskiftet for de fleste stoffgrupper. Tilsvarende kan vi se at tallene for overdosedødsfall de siste årene har vist markert nedgang, etter en jevnt stigende kurve over mange år. Dette skjer til tross for at anslaget over antall injiserende misbrukere indikerer en tredobling fra 1990 og frem til i dag.

For kriminalomsorgens del, er det mest sentrale utviklingstrekket i perioden 1960–1985 et kraftig skjerpet straffnivå og fra 1960-tallet frem til

i dag en stigning i antall strafferettslige reaksjoner for narkotikaforbrytelser.

Regulerende lovverk og retningslinjer, etiske problemstillinger:

Rusproblematikkens kompleksitet gjør mange ulike lovverk og bestemmelser relevante. Legemiddeloven regulerer bruk og besittelse av små kvanta, mens Straffeloven omfatter profesjonell omsetning, heleri o.l. Straffegjennomføringsloven regulerer forhold som innsmugling, omsetning og bruk i fengsel og friomsorg. Lovverk og styringsdokumenter som den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, Straffegjennomføringsloven, forskrifter, retningslinjer og rundskriv, regulerer hva som skal overholdes og hvilke rettigheter som må respekteres i kriminalomsorgens arbeid med rusmiddelmissbrukere og andre domfelte. I tillegg åpner regelverket opp for en forholdsvis vid bruk av skjønn. Denne handlefriheten stiller moralske krav til den enkelte tilsatte og til de holdninger vi møter den som kontrolleres med, der iblant vår evne til å sette oss inn i hans eller hennes opplevelse; vår oppmerksomhet mot det sårbare i situasjonen er av stor betydning. Godt og moralsk forsvarlig arbeid i kriminalomsorgen handler altså om noe langt mer enn å besitte kunnskap, beherske teorier og følge instruksjoner.

Utfordringer knyttet til arbeidet med motivasjon og rehabilitering:

Rusmiddelmissbrukere i kriminalomsorgen har ofte en svært sammensatt problematikk, noe som byr på utfordringer når en skal finne frem til hensiktsmessige tiltak. Internasjonal forskning omkring effekter av rehabiliteringstiltak rettet spesifikt mot rusmisbrukere i kriminalomsorgen, er ikke særlig omfattende. De nyere studiene som finnes, viser at virkningene er små. De viser også at i den grad man finner virkninger, så kan behandlingsopplegg basert på modeller fra terapeutiske samfunn og/eller kognitive programmer, vise til de mest positive resultatene.

For rehabiliteringsformål benytter norsk kriminalomsorg en såkalt «importmodell», hvor en etter individuelle behov samarbeider med tjenesteytere fra aktuelle etater som helsevesen, sosialetat, aetat o.l. I arbeidet med rusmiddelbrukere, er forvaltningssamarbeid derfor svært viktig. Helhetlig kartlegging og planlegging er sentralt. I det daglige praktiske arbeidet er en god relasjon mellom kontaktbetjenten eller saksbehandleren og den domfelte, en forutsetning for å drive godt rusforebyggende arbeid. Kriminalomsorgen har i denne forbindelse bl.a. satset på å gi de tilsatte opplæring i kontaktbetjentarbeid, innføring i samtalemotodikken 'motiverende samtale' (MI) og andre påvirkningsprogrammer.

Rusmiddelkunnskap:

Kurset «Tegn og symptomer» – som har sin opprinnelse fra USA på slutten av 1970-tallet – er et kursprogram basert på en kombinasjon av medisinske funn og polititjenestemenns erfaring fra arbeid med misbrukere. «Tegn og symptomer» har på mange måter vært banebrytende i forhold til å sette narkotikakunnskap blant politifolk i system også i Norge. Dette har påvirket kriminalomsorgens tilnærming til fagfeltet ved at flere av våre tilsatte har gjennomgått kurs i regi av politiet. Kriminalomsorgen hadde imidlertid mye kunnskap om rusmidler før «Tegn og symptomer» ble introdusert for oss, og vi har utviklet vår kompetanse på bakgrunn av praktisk arbeid på eget felt og gjennom ulike teoretiske tilnærminger.

Kapittel 6 om rusmiddelkunnskap starter med en kort beskrivelse av hvordan ulike rusmidler påvirker nervesystemet. Vi får deretter kjennskap til de tre hovedgruppene dempende, stimulerende og hallusinogene stoffer, som igjen kan deles inn i forskjellige undergrupper. Vi stifter bekjentskap med fenomenene toleranse, avhengighet, overdose og abstinens, samt inntaksmåter og en beskrivelse av indikasjoner på et rusmisbruk. De fysiologiske kjennetegnene som pupillstørrelse, pupillens reaksjon på lys, nystagmus, manglende evne til å se i kryss, puls og Rombergs test, blir alle beskrevet. Kapittel 7 om de ulike stoffgruppene gir en oversikt over mange forskjellige stoffgrupper. Herunder får vi en beskrivelse av det enkelte stoffet, historikk, inntaksmåter, korttidsvirkninger, langtidsvirkninger, abstinenssymptomer, lovmessig status samt ytre tegn og symptomer ved påvirkning av stoffet.

Kontroll og tester i fengsel og friomsorg:

Kapittel 8 om kontroll og tester i fengsel redegjør for kontrolltiltak og tester som er aktuelle i forbindelse med narkotikakontroll i fengslene. Kapitlet omhandler undersøkelse av innsatte, rom, eiendeler, bygninger og uteareal, og videre hvem som kan undersøkes og hvordan dette skal gjøres. Deretter ser vi i kapittel 9 om ruskontroll i friomsorgen, nærmere på hvilke tiltak som er aktuelle og hensiktsmessige i forbindelse med ruskontroll under straffegjennomføring i regi av friomsorgen.

Abstract

The Execution of Sentences Act stipulates that the (Norwegian) Correctional Services shall be a preventive instrument against new criminality, both directly through its control activities and indirectly by providing the conditions for the convicted person to through his or her own efforts stop criminal activities. Approximately 60 % of all detainees say they have an alcohol or narcotics problem (Friestad & Hansen 2004). This leads to the conclusion that the need for knowledge about the subject is pressing for the employees of the Correctional Services.

The theme for this handbook is inebriants and intoxicants such as alcohol, medical drugs and narcotics and the control of these in the Correctional Services. The term 'narcotics' is a legal term in Norway, and encompasses the compounds and substances the lawmaker has defined as narcotics at any point in time. The use of narcotics is illegal, and can result in the user developing physical and psychological problems/illness/damage. Knowledge of this group of compounds/substances in the Correctional Services is therefore vital. This in the cause of both crime prevention and the effort to reduce the problems this group of compounds/substances can result in for the individual citizen and society at large.

There was a steep rise in the sale of alcohol in Norway from 1967 and to the early 1980's, after which time the curve flattened to a relatively stable level. Total annual sales measured in pure alcohol per capita in 2003 was 4,4 litres. In addition to this there is a considerable volume of alcohol consumed that is not registered. This volume is estimated to be 25–30 % of total consumption in Norway. Developments in the narcotics situation in general in Norway during the past 50 years is typified by an increase in geographical spread, easier availability and an increase of persons who have experience in using illegal substances. Kripos' (The National Unit for Combating Organised Crime) seizure statistics show a rise through the 1990's, but we have seen a flattening out or fall after the turn of the millennium for the majority of narcotics groups. Likewise, we can see that figures for death through overdose during the last few years show a sharp decline after steady rise over a period of many years. This is happening despite the fact that the estimated number of injecting addicts indicates a tripling from 1990 and to date.

For the Correctional Services, the main development indicator for the period 1960–1985 is a notable increase in the degree of severity of punishment and a rise in the number of prosecutions of narcotics crimes up to today.

The complexity of the narcotics situation makes a large number of laws and regulations relevant. The Act Relating to Medicines regulates the use and possession of small quantities, while the Criminal Code encompasses professional dealing, receiving and so forth. The Execution of Sentences Act regulates matters such as smuggling, sale, and use in prisons and the open «care and confinement» system. Legislation and governing documents such as the European Convention on Human Rights, the Execution of Sentences Act, regulations, guidelines and circulars regulate what shall be adhered to and what rights shall be respected in the Correctional Services' work with narcotics users and other convicted persons. In addition, the rules of legislation allow a comparatively wide use of discretion. This freedom of action imposes moral obligations on the individual employee and to our attitude to those under our observation, hereunder our ability to put ourselves inside his or her experience; our recognition of the vulnerable in the situation is therefore of great import. Good and morally defensible work in the Correctional Services is in other words much more than simply having the knowledge, mastering the theories and following instructions.

Narcotics abusers in the Correctional Service system often have a highly complicated set of problems, and this naturally poses challenges when suitable measures and initiatives are to be identified. International research on the effects of rehabilitation measures aimed specifically at narcotics abusers in Correctional Services is not particularly extensive. The most recent studies available show that the effects are small. They also show that to the degree one sees effects, it is treatment regimes based on models from therapeutic environments and/or cognitive programmes that show the most positive results.

In its rehabilitation work the Norwegian Correctional Services employ a so-called import model, where one on the basis of individual needs cooperates with service providers from public authorities such as the health services, social services, Aetat (labour exchange services) and similar. In our work with addicts, which is a complicated problem, co-operation throughout the public service sector is therefore extremely important. Unified mapping and planning is an absolute necessity. In daily practical work a good relationship between the contact officer or case manager and the convicted person is a pre-condition if one is to carry out good preventive work in relation to the use and abuse of narcotics. The Correctional Services have in this connection expended a great deal of effort in giving the concentrated in providing the employees with training in contact officer work and an introduction to the conversation technique 'Motivational Interviewing' (MI).

The course «Signs and symptoms» – which is a course programme based on a combination of medical findings and police officers' experiences from work with addicts – originates from the USA in the late 1970's. «Signs and symptoms» has in many ways also been a trailblazer in organising knowledge of narcotics amongst police officers systematically in Norway. This has also affected the Correctional Services' approach to this field in that many of our employees have completed courses under the auspices of the police. It is however a fact that Correctional Services was in possession of a great deal of knowledge about narcotics prior to «Signs and symptoms» becoming a familiar term in Norway, and we have developed our expertise from a broad base of practical work in our specialised field and through various theoretical approaches.

The chapter on the abuse of narcotic substances commences with a short description of how the various substances affect the nervous system. We are introduced to the three main groups, mood stabilisers, stimulants, and hallucinogens that can in turn be divided into a number of sub-groups. We learn about phenomena tolerance, addiction, overdoses and abstinence, as well as methods of self-administration and a description of indicators of narcotics abuse. The physiological signs such as pupil size, the reaction of pupils to light, nystagmus, loss of ability to cross the eyes, pulse and Romberg's test are all described.

The chapter on the various groups of narcotics provides an overview of many groups of narcotic compounds and substances. We find descriptions of the individual compound or substance, its history, methods of administration, short-term effects, long-term effects, abstinence symptoms, legal status and visible signs and symptoms characteristic of the compound or substance.

The chapter on control and testing in the prison and detention system describes control measures and tests that are used in connection with narcotics control in these institutions. The chapter includes details on the examination of detainees, the inspection of rooms, personal property, buildings, and outside areas, and details whom can be searched and how this can be done.

We then look at the chapter on the control of narcotics in open care, take a closer look at what measures can be employed and are appropriate in connection with the control of narcotics use while serving sentence under the auspices of the open «care and confinement» system.

Innhold

1	Innledning	15
2	Narkotikasituasjonen	17
2.1	Hva forstås med rusmidler?	18
2.2	Hvorfor er rusmiddelkunnskap viktig i kriminalomsorgen?	18
2.2.1	Utviklingen av narkotikasituasjonen i Norge	19
3	Lov- og regelverk	31
3.1	Sammensatt situasjon – flere regelsett	32
4	Etikk og verdivalg	37
4.1	Veien mellom etikk og moral	38
4.2	Det moralske ansvar	39
4.3	Et grunnleggende vern	39
4.4	Det som bringer frem mest godt	41
4.5	Et spørsmål om hvem vi er	43
4.6	Sårbarhet og sikkerhet	45
4.7	Avsluttende refleksjon	45
5	Motivasjon, behandling og formidling	47
5.1	Behandling av rusmisbrukere i kriminalomsorgen – nytter det?	48
5.1.1	Mindre virkningsfulle tiltak	48
5.1.2	Kjennetegn ved effektive kriminalitetsforebyggende tiltak	49
5.1.3	Effektive tiltak ovenfor rusmisbrukere	50
5.2	Behov for helhetlige tiltak	54
5.2.1	Den praktiske hverdagen i kriminalomsorgen	56
5.3	Samtaler og videre oppfølging	59
6	Rusmiddelkunnskap, tegn og symptomer	61
6.1	Nervesystemet	62
6.1.1	Sentralnervesystemet	63
6.2	Stoffinndeling	66
6.3	Hvorfor ruser vi oss og hva skjer?	68
6.4	Blandingsmisbruk	69
6.5	Virkninger av bruk og gjentatt bruk	70
6.6	Inntaksmåter for rusmidler	73
6.7	Generelle indikasjoner på misbruk	74

6.8	Tilstander som kan ligne rusmiddelpåvirkning	76
6.9	Undersøkelse ved mistanke om rus	77
6.10	Bruk av prøver for å påvise rusmiddelmisbruk	82
7	Stoffgruppene	85
7.1	Sentralt dempende stoffer	86
7.1.1	Alkohol	86
7.1.2	Cannabis	89
7.1.3	Barbiturater	93
7.1.4	Benzodiazepiner	95
7.1.5	Løsemidler og gasser	98
7.1.6	GHB	100
7.2	Smertedempende stoffer	102
7.2.1	Opium	103
7.2.2	Kodein	104
7.2.3	Morfin	104
7.2.4	Heroin	105
7.2.5	Syntetiske opioider	105
7.3	Hallusinogene stoffer	109
7.3.1	Meskalin	110
7.3.2	Psilocybin og Psilocin	111
7.3.3	DMT (dimetyltryptamin)	111
7.3.4	LSD (lysergsyredietylamid)	112
7.3.5	Ecstasy	112
7.3.6	PCP (Phencyklidin)	113
7.3.7	Ketamin	113
7.4	Sentralstimulerende stoffer	117
7.4.1	Amfetamin	117
7.4.2	Metamfetamin	119
7.4.3	Kokain	121
7.4.4	Khat	124
7.5	Dopingpreparater	126
8	Kontroll og tester i fengsel	131
8.1	Innledning	132
8.2	Håndtering av ulovlige eller beslaglagte stoffer/gjenstander	133
8.3	Undersøkelse av innsatte, kroppsvisitasjon	134
8.4	Kroppsvisitasjon uten avkledning	137
8.5	Undersøkelse av besøkende til fengselet og fengselets tilsatte	138
8.6	Undersøkelse av innsattes rom og eiendeler	141
8.7	Undersøkelse av fengselsområdet	143
8.8	Undersøkelser for å avdekke bruk og besittelse av rusmidler	143
8.8.1	Hurtigtester	143
8.8.2	Urinprøve, utåndingsprøve, blodprøve mv.	143

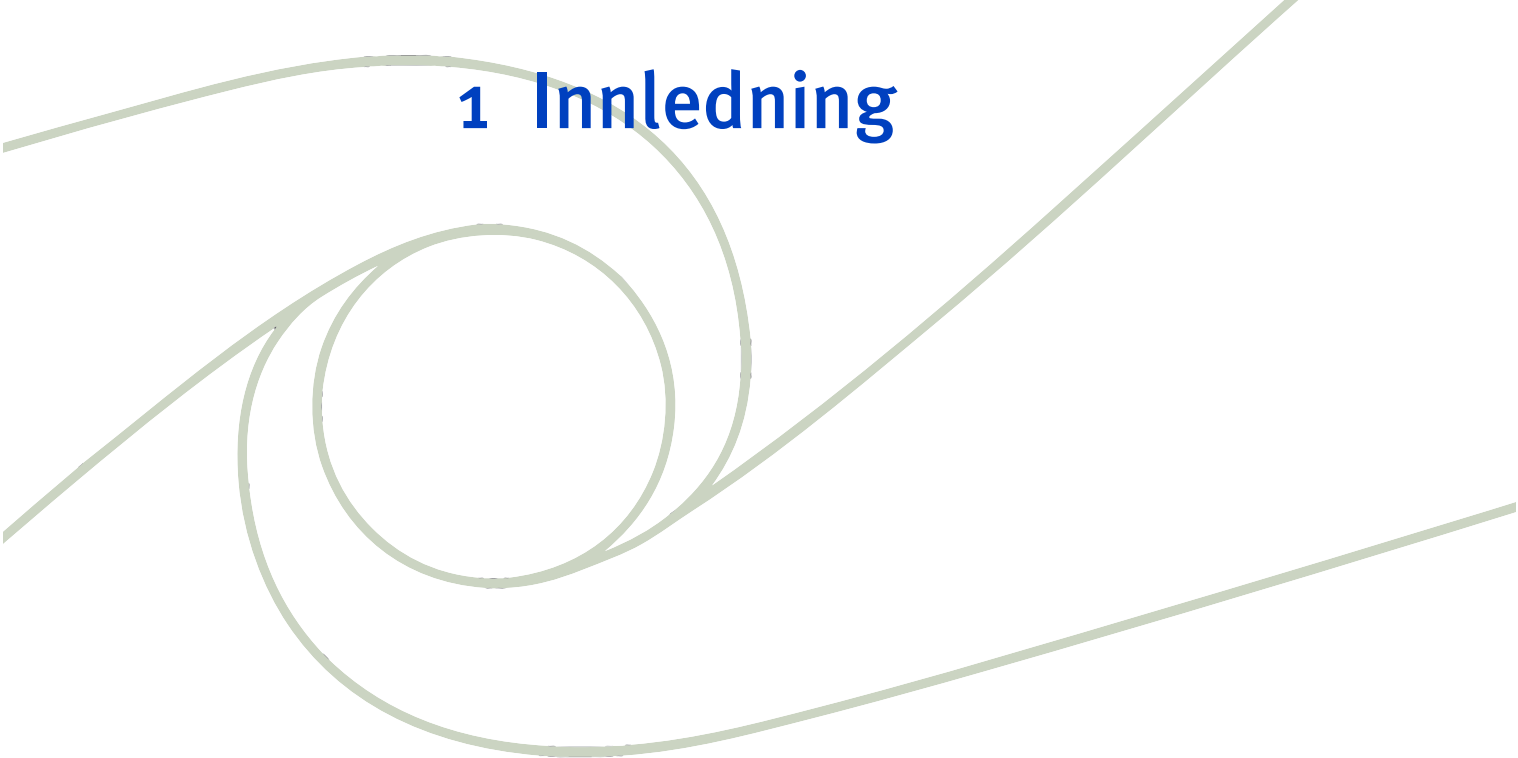
8.8.3	Spesialtoalett	144
8.8.4	Kroppslig undersøkelse eller annet tiltak	145
8.9	Personsök med hund	147
8.10	Undersøkelse for å avdekke ulovlig postforsendelse	148
8.11	Kontroll av besøk i fengselet	148
8.12	Telefonkontroll	149
9	Ruskontroll i friomsorgen	151
9.1	Innledning	152
9.2	Samfunnsstraff	153
9.2.1	Kontroll og konsekvenser ved mistanke om bruk av rusmidler	153
9.2.2	Forebyggende generelt rusforbud	155
9.2.3	Generelt rusforbud som reaksjon på brudd	155
9.2.4	Kontroll av generelt rusforbud	156
9.3	Prøveløslatelse	156
9.3.1	Kontroll og konsekvenser ved mistanke om bruk av rusmidler	156
9.3.2	Generelt rusforbud som reaksjon på brudd	158
9.3.3	Kontroll av generelt rusforbud	158
9.4	Betinget dom med promilleprogram	159
9.5	Gjennomføring av straff utenfor fengsel etter § 16	161
9.6	Ulike undersøkelser	161
9.6.1	Observasjon	161
9.6.2	Urinprøve	162
9.6.3	Utåndingsprøve	162
9.6.4	Blodprøve	162
9.7	Visitasjon	163
	Litteraturliste	164
	Stikkord	171

Figurer, tabeller og bilder

Figur 1 Antall beslag 2000–2004 fordelt på de mest vanlige stofftypene	22
Figur 2 Skjematisk oversikt over nervesystemet	63
Figur 3 Nervesystemet	64
Figur 4 Nervecellene	65
Figur 5 Klassifisering av rusmidler	68
Figur 6 Pupiller	78
Figur 7–9 Kontrollsituasjoner	136
Figur 10 Skjulesteder i sko	137
Figur 11 Gjemmesteder	142
Figur 12 Personsøk med hund	146
Tabell I Antall urinprøver og beslag i norske fengsler 2000–2005	29
Tabell II Antall positive urinprøver avlagt i norske fengsler for ulike narkotiske stoffer i 2004	30
Tabell III Ulike stoffgruppers kraft i forhold til toleranse, abstinens og avhengighet	72
Tabell IV Normal påvisningstid i urin	83
Bilde 1–3 Marihuana	89
Bilde 4 og 5 Hasjissj	90
Bilde 6–12 Brukerutstyr	91
Bilde 13 Barbituratholdige medikamenter	95
Bilde 14 Benzodiazepinholdige stoffer	97
Bilde 15 og 16 Opiumsvalmuer	102
Bilde 17 Råopium	103
Bilde 18 Ulike typer opium	104
Bilde 19 Ulike typer heroin	105
Bilde 20 Meskalinkaktus	110
Bilde 21 Spiss fleinsopp	110
Bilde 22 LSD tabletter	112
Bilde 23 Amfetamin	117
Bilde 24 Kokain	121
Bilde 25 Crack	122
Bilde 26 Khat	124



1 Innledning



Kunnskap om tegn og symptomer på rusmiddelmisbruk har i lang tid vært etterspurt i kriminalomsorgen. Denne håndboken gir grunnleggende kunnskap innenfor dette feltet. Det er et mål at denne kunnskapen skal gjøre tilsatte og deres samarbeidspartnere bedre i stand til å ivareta innsatte og domfelte med rusproblemer og på best mulig måte drive narkotikakontroll. Denne håndboken gir en innføring i rusmiddelkunnskap og arbeidet med kontroll, med tilpasninger til kriminalomsorgen.

Boken henvender seg til ulike grupper som arbeider i kriminalomsorgen. Blant andre kan nevnes aspiranter, betjenter, verksbetjenter, tilsatte i friomsorgen og arbeidsdriften m.fl. For å øke leservennligheten bruker vi betegnelsen «tilsatte» eller «tilsatte i kriminalomsorgen» – ellers ville teksten ha måtte lide av repetitive oppramsninger (som f.eks. betjent, førstebetjent, kontaktbetjent osv.). I noen av kapitlene kunne det ha vært naturlig å skille mellom tilsattegrupper i teksten, spesielt gjelder dette for kapittelet om kontroll i fengsel og friomsorg. En slik inndeling er allikevel ikke valgt fordi vi, i tillegg til å øke leservennligheten, ønsker å bidra til å styrke fellesskapsfølelsen blant de ulike faggruppene i kriminalomsorgen om et felles problemområde.

Innholdet i boken er tredelt:

Første del er en generell del. Boken starter her med å si noe om hva rusmidler er og hvorfor kunnskap om rusmidler er viktig i kriminalomsorgen. Deretter gis et historisk tilbakeblikk og vi ser så på dagens situasjon med hensyn til rusmiddelproblematikk. Så presenteres lovverk og retningslinjer som regulerer narkotika generelt, og Straffegjennomføringslovens bestemmelser som er relevante i forhold til narkotikakontroll. Videre rettes fokus mot etiske problemstillinger og dilemma, og så tar vi opp noen utfordringer knyttet til arbeid med motivasjon og rehabilitering.

Andre del gir grunnleggende kunnskap om rusmidler, herunder stoffgrupper, virkninger og bruk. Denne kunnskapen er av vesentlig betydning for å vite hvordan stoffer virker i kroppen og hvordan vi kan kjenne igjen ulike tegn og symptomer på rusmisbruk. Denne delen er tidvis detaljert, og den kan benyttes som et oppslagsverk for tilsatte i kriminalomsorgen som ønsker å lære mer om de ulike stoffgruppene.

Tredje del tar for seg temaene kontroll og tester i fengsel og friomsorg. Kapitlene i del tre er således mer å betrakte som en håndbok i hvordan tilsatte i fengsel og friomsorg skal nærme seg dette feltet.



2 Narkotikasituasjonen

Sentrale stikkord i kapittelet:

- Illegale rusmidler
- Legale rusmidler
- Rusavhengighet
- Rusbruk
- Rusmisbruk

Dette kapittelet sier noe om hva som forstås med rusmidler og hvorfor rusmiddelkunnskap er viktig i kriminalomsorgen. For å forstå fenomenet omkring rusmiddel- og narkotikamisbruk i Norge, ser vi på den historiske utviklingen og dagens situasjon generelt her til lands, og også i forhold til kriminalomsorgen spesielt. Sentrale temaer er omfang, bruk, misbruk, avhengighet og nødvendigheten av rusmiddelkunnskap i kriminalomsorgen.

2.1 Hva forstås med rusmidler?

Begrepet 'rus' er ikke et entydig begrep, og det refererer både til naturlig og kjemisk rus.

Kjemisk og naturlig rus

Felles for både naturlig og kjemisk rus, er at den påvirker hjernen som sender signaler videre til kroppen, og ved dette påvirker våre opplevelser. Den naturlige rusen kan f.eks. fremkalles når man er forelsket, hopper i fallskjerm, hører på musikk, ved naturopplevelser osv. (Bonsak 2003). Denne håndboken fokuserer på ulike kjemiske rusmidler.

Hva er rusmidler?

Med 'rusmidler' forstås stoffer som kan gi en form for påvirkning av hjerneaktiviteten som oppfattes som rus. Gjennom sin virkning på hjernefunksjonen forårsaker rusmidlene forandringer i stemningsleie, sanseoppfatning og læreevne (Statens rettsstoksikologiske institutt 1999). Stoffer med slike egenskaper kan være både legale og illegale, men det finnes også gråsoner f.eks. i forhold til legemidler. En del legemidler kan fungere som rusmidler, avhengig av hvordan de brukes. Tilsvarende vil vi i denne håndboken behandle dopingsmidler, selv om disse ofte ikke vil betraktes som rusmidler i vanlig betydning. Selv om det er juridiske skillelinjer mellom stoffene, har alle rusmidler uavhengig av dette betydelige likhets trekk med hensyn til virkninger.

2.2 Hvorfor er rusmiddelkunnskap viktig i kriminalomsorgen?

Kriminalomsorgens formål

Etter Straffegjennomføringsloven § 2 er kriminalomsorgens formål å gjennomføre straffen på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, og som motvirker nye kriminelle handlinger. Videre heter det i § 3 at kriminalomsorgen skal legge forholdene til rette for at domfelte skal kunne gjøre en egen innsats for å motvirke nye straffbare handlinger.

Etter Straffegjennomføringsloven § 52 gjelder dette også for varetektsinnsatte.

Bruk av illegale rusmidler er ulovlig, og kriminalomsorgen skal forebygge kriminalitet. Det er velkjent at svært mange innsatte og dømte har problemer med bruk av rusmidler, og at dette direkte eller indirekte er årsak til mye av kriminaliteten som begås. I FAFO-rapporten «Levekår blant innsatte» (Friestad & Hansen 2004) fremgår det at i overkant av 60 % av de spurte innsatte oppga at de hadde et rusmiddelproblem i tiden før innsettelse. Dette viser at rusmiddelproblematikk er en av de vesentligste utfordringer kriminalomsorgen står ovenfor. For å møte utfordringen, er det nødvendig å ha god kunnskap. Kriminalomsorgen må vite hvem som har rusmiddelproblemer, hvorfor de har det, hva som kan gjøres for å bedre situasjonen, hvordan dette gjøres og hva vi ønsker å oppnå. Både for å kunne stille de riktige spørsmålene, og for å besvare dem, er det nødvendig med høy kompetanse på området. Dette kan bare oppnås ved utdanning, opplæring, erfaring og kreativitet.

Rusproblematikk er ikke bare et spørsmål for kriminalomsorgen. Det er også et samfunnsproblem. Straffens formål er på den ene siden at den dømte skal oppleve dommen som et onde, men det er samtidig et formål å legge forholdene til rette for en kriminalitetsfri tilværelse. Med de tiltak kriminalomsorgen har til rådighet, kan de legge forholdene til rette for å hjelpe rusmisbrukere ut av misbruket, eller i det minste redusere det vesentlig. Dette krever et bevisst arbeid i kriminalomsorgen, et arbeid som krever god kunnskap om rusmidler.

2.2.1 Utviklingen av narkotikasituasjonen i Norge

Narkotikasituasjonen kan beskrives ut fra mange ulike dimensjoner og på forskjellig samfunnsmessig nivå. Det kan f.eks. anlegges et individuelt eller strukturelt perspektiv, eller en kan ha en juridisk, medisinsk eller samfunnsøkonomisk innfallsvinkel. Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor mange som misbruker narkotika, men nivået kan anslås ved å sammenholde ulike typer kildemateriale. Kartlegging som gjentas regelmessig, kan gi oss et noenlunde riktig bilde av utviklingen over tid. Selv om det kan opptre en viss feilmargin, kan vi anta at feilene er rimelig konstante og at målingene dermed kan si noe om utviklingen over tid.

Det som er hevet over enhver tvil, er at tilgjengeligheten på illegale stoffer omkring i landet har økt dramatisk i løpet av de få tiårene siden de ble introdusert på det norske markedet. Antall avhengige av de tyngste stoffene viser igjen sterk økning, etter en utflatingsperiode på 1990-tallet (SIRUS 2006).

Rusmisbruk er et samfunnsproblem

Hvordan forstå rusmidler? (Ulike perspektiver på rus)

Tilgjengelighet

Økning av strafferammen

Samfunnets syn på narkotika, uttrykt gjennom straffenivået, er blitt kraftig skjerpet siden 1960-tallet. Dette illustreres bl.a. ved at strafferammen for narkotikalovbrudd var på rundt 6 måneder da de første dommene ble avsagt på slutten av 1960-tallet, mens maksimumsstraffen var blitt skjerpet til 21 år omlag 20 år senere (Christie & Bruun 2003). Det ble i 2004 idømt i underkant av 12 000 strafferettslige reaksjoner for narkotikaforbrytelser, noe som fordeler seg omtrent likt mellom Straffelovens § 162 og legemiddeloven. Tallene viser en kraftig økning. Eksempelvis økte denne typen strafferettslige reaksjoner med nesten det tredobbelte i perioden fra 1997–2004. Narkotika er hovedlovbrudd i 40 % av alle forbrytelsessaker. I tillegg kommer alle volds- og vinningsaker hvor narkotika eller andre typer rusmidler utgjør en indirekte faktor. Både antallet domfellelser og straffens lengde i denne kategorien, bidrar betydelig til antall soningsdøgn i norske fengsler (SSB 2006).

Nedkriminalisering

I kontrast til den norske tendensen, er flere europeiske land for tiden inne i en nedkriminaliseringstrend – selv om dette stadig er et av de mest kontroversielle spørsmålene innen den europeiske narkotikapolitikken. Eksempler er Belgia og Storbritannia, som nylig har nedjustert straffenivået for bruk og besittelse av cannabis til eget forbruk. Flere land har dessuten innført alternative straffereaksjoner i form av rehabilitering og behandling fremfor fengselsstraff for denne typen lovbrudd. Norge innførte i 2006 en ny straffereaksjon med det treårige prøveprosjektet «Narkotika-program med domstolskontroll». Hensikten med dette programmet er å bidra til at rusmiddelmisbrukere reduserer, eller aller helst blir kvitt, sin avhengighet av rusmidler.¹

Parallelt med dette sees en stadig større satsning i EU-området på samordning av ruspolitiske handlingsplaner, som ofte er basert på en helhetlig tilnærming med både etterspørsels- og tilbudsreducerende tiltak (EONN 2004).

Skadereduksjon

Selv om vi de seneste årene har fått et økt fokus på skadereduksjon, står imidlertid den norske visjonen om et narkotikafritt samfunn fortsatt sterkt som narkotikapolitisk fundament. Det synes slik sett å være mindre politisk strid om narkotikapolitikken enn de alkoholpolitiske reguleringene (Regjeringens handlingsplaner mot rusmiddelproblemer 2003–05 & 2006–08).

Legale og illegale rusmidler

I Norge er det vanlig å skille rusmidler som er legalt fremstilt, innført og omsatt fra de såkalte 'illegale'. Det er således flere faktorer enn kun egen-

¹ For ytterligere omtale, se kapittel 5.2.

skaper ved rusmidlene som avgjør den juridiske statusen i et gitt tilfelle. De respektive lands salgsreguleringer og kontekst er med på å avgjøre om et rusmiddel betraktes som legalt eller illegalt. For eksempel vil det å innta alkohol for en person under 18 år være illegalt i Norge. I tillegg vil det finnes gråsoner f.eks. med hensyn til legalt forskrevne legemidler med misbrukspotensiale, når disse benyttes i strid med legens forskrivning. I Norge er det vanlig praksis å betegne all bruk av illegale stoffer som misbruk, noe som også gir konsekvenser for hvordan vi klassifiserer de som bruker illegale rusmidler. Begrepet 'narkotika' er i Norge et juridisk begrep som omfatter de stoffer som lovgiveren til enhver tid har fastlagt. All narkotika er illegale rusmidler, og omgang med narkotika er i seg selv ulovlig.

Bruk, misbruk og avhengighet

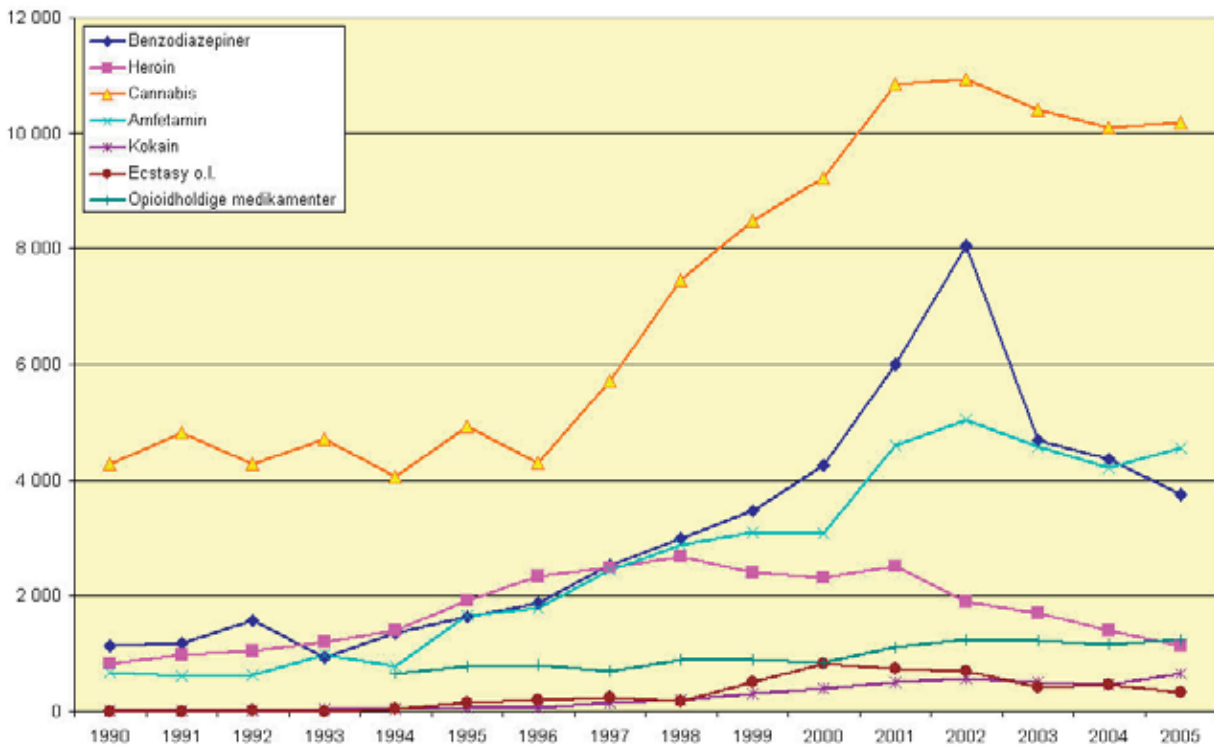
Det store flertall av mennesker i Norge har aldri prøvd narkotiske stoffer. Sammenlignet med skader og problemer knyttet til bruk av tobakk og alkohol, er det totale skadeomfanget knyttet til narkotika langt mindre. Dette gjelder enten man ser på de samfunnsmessige omkostningene eller på antall personer som berøres av problemene, til tross for at mediebildet gir et helt annet inntrykk. Først og fremst har dette sammenheng med at relativt få bruker narkotika, selv om de individuelle problemene kan være svært omfattende (SIRUS 2006).

Grensen mellom bruk og misbruk kan ikke trekkes uavhengig av hva som anses som sosialt og kulturelt akseptert (Christie & Bruun 2003). De internasjonalt anerkjente diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV² inneholder kriterier for klassifisering av misbruk, kontra avhengighet (APA 1997 og WHO 1992). Den diagnostiske kartleggingen gjøres på bakgrunn av en mengde symptomer, hvor kriterier som fysisk eller psykisk abstinens, toleranseøkning og tvangsmessig trang til å innta substansen er sentrale, men ikke absolutt nødvendige kriterier for å stille diagnosen avhengighet. En slik medisinsk diagnose er imidlertid ikke alene avgjørende for å få behandling i Norge, siden det i dag er pasientrettighetsloven som regulerer adgangen til behandlingstjenester. De regionale helseforetakenes vurderingsinstanser utreder både helsetilstand, forventet nytte av behandling og kostnadseffektivitet.

² Diagnosen «avhengighet» kan stilles når minst 3 av følgende 7 kriterier er oppfylt i en 12-månedersperiode: 1) Toleranse, 2) abstinens, 3) bruk av større doser eller over lenger tid enn planlagt, 4) gjentatte mislykte forsøk på å redusere bruken, 5) mye bruk av tid på å skaffe stoff, på å bruke stoff og på komme seg etterpå, 6) vesentlig reduksjon i sosiale aktiviteter på grunn av bruken, og 7) fortsatt bruk til tross for innsikt i negative konsekvenser.

Beslag

Ved hjelp av ulike indikatorer, som f.eks. offisiell statistikk og ulike typer spørreundersøkelser, kan vi til en viss grad følge utviklingen over tid og



Figur 1 Antall beslag 2000 – 2005 fordelt på de mest vanlige stofftyper

Kilde: KRIPOS 2006

måle problemenes omfang. En indikasjon på problemet kan vi få ved å se på omfanget av narkotikabeslag som gjøres av politi og tollvesen. Her opererer Kripos-statistikken med to ulike mål: Antall beslag og mengde beslaglagt stoff.

Som vi ser av figuren har vi de siste årene hatt en reduksjon i antall beslag. I 2005 har vi både beslaglagt mindre stoff og hatt en reduksjon i antall beslag. Nedgangen i antall beslag fra 2004 til 2005 er relativt sett størst for khat, ecstasy, heroin og benzodiazepiner³.

Cannabis

'Cannabis' beslagene er hovedsaklig hasj, men beslagstatistikken føres samlet. Cannabis, er som vi ser fremdeles det mest utbredte narkotiske stoffet i Norge. I 2005 utgjorde dette 43 % av alle beslag i samtlige av landets politidistrikt. Den beslaglagte mengden i 2005 var 1359 kg, som er en betydelig nedgang fra 2004 med 2242 kg. Det er imidlertid gjort

³ De ulike stoffene blir gjennomgått i kapittel 7.

beslag i alle landets politidistrikt og antall beslag er relativt stabilt på i overkant av 10 000 de siste 4 årene.

Benzodiazepiner og amfetamin utgjør de nest største beslagene, med en andel på henholdsvis 15 og 19 % i 2005. I 2005 ble det beslaglagt 548 000 tabletter i gruppen benzodiazepiner fordelt på 3742 beslag. Til tross for fortsatt mange beslaglagte tabletter har antall beslag falt jevnt siden toppåret i 2002 med sine 8058 beslag og 1 251 178 tabletter.

Beslaglagt mengde amfetamin og metamfetamin var i 2005 henholdsvis 114,7 kg og 34,5 kg. På tross av at beslaglagt mengde er halvert siden 2004, så er antall beslag større enn noen gang. For amfetamin er den gjennomsnittlige styrkeprosenten blitt beregnet til ca. 45 %, mens den for metamfetamin er blitt beregnet til ca. 50 %.

De siste 3 årene har det vært en nedgang i antall beslag av både heroin, ecstasy og khat. I 2005 utgjorde beslagene av heroin 4,8 %, ecstasy 1,4 % og khat 0,9 % av den totale markedsandel ut ifra beslagsantallet.

Prisen på heroin gikk kraftig ned på 1990-tallet, og har ikke steget siden. Oslo-området er fremdeles sentrum for heroinomsetningen, men det er også heroinmiljøer i flere av de største kommunene, noe som bl.a. fremkommer av søknadspågangen til legemiddelasisterte rehabiliteringstiltak (LAR).⁴ Den beslaglagte mengden heroinholdig stoffblanding har de siste årene ligget relativt stabilt rundt på 50 kg per år, men gikk i 2005 ned til en mengde på 36 kilo fordelt på 1138 beslag. Det ble i 2005 beslaglagt heroin i 25 av landets 27 politidistrikter. Heroinbeslagene konsentrerer seg om Oslo, Østfold, Hordaland, Romerike og Troms som står for 96 % av den samlede mengden. Den gjennomsnittlige styrkeprosenten på heroin ble i 2005 beregnet til 25 %, som er den samme lave konsentrasjonen som de siste år.

LSD og andre hallusinogene stoffer har aldri hatt stor utbredelse i Norge. Stoffene har lenge vært nesten helt borte fra markedet, men i 1995 så det ut til at vi fikk en ny oppblomstring i kjølvannet av ecstasybølgen på

Benzodiazepiner

Amfetamin og metamfetamin

Heroin

LSD

⁴ Målgruppen for legemiddelasistert rehabilitering er rusmiddelmisbrukere som har hatt et langvarig, opiatdominert misbruk uten at andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak har forhindret tilstanden. Målet med bruk av legemidler som ett av flere virkemidler i helhetlige rehabiliteringsopplegg, er å bistå de aktuelle misbrukerne med å komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene, nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak, redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og oppnå rusfrihet, få bedret livskvalitet og så langt mulig bidra til yrkesmessig og sosial rehabilitering. Slike legemidler kan f.eks. være metadon eller buprenorfin (Subutex). Inntakskriterier er at klienten skal ha fylt 25 år og har hatt en langvarig misbrukskarriere. Misbruket skal ha vart over flere år og være opiatdominert. Klienten skal i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av legemidler med sikte på rusfrihet (Sosial- og helsedepartementet 2001).

Ecstasy

90-tallet. 16 768 ecstasytabletter fordelt på 334 beslag ble beslaglagt i 2005. Dette betyr at beslagsfrekvensen er redusert til 1/3 og beslaglagt mengde til 1/6 av det den var i toppåret 2001. Dette tyder på at spredningen og misbruket av ecstasy går tilbake.

Kokain

2005 ble for kokain et spesielt år, siden det ble gjort et enkeltbeslag på hele 152 kg kokain. Etterforskningen viste at dette partiet ikke var tiltenkt det norske markedet. Utover dette ble det beslaglagt 23 kilo kokain i 2005, og beslagsfrekvensen synes (med unntak av det ene enkeltbeslaget) å være stabil eller svakt på retur. Det er ikke påvist kokainbase («crack») og kun gjort ett beslag av kokablader. Den gjennomsnittlige styrkeprosenten av kokain ble beregnet til ca. 45 % mot over 70 % før tusenårsskiftet.

Khat

Den beslaglagte mengde khat i 2005 var på 2,7 tonn fordelt på 211 beslag. Dette er 1,2 tonn mindre enn i 2004. LSD ser fortsatt ut til å ha en beskjeden markedsandel med 125 doser fordelt på 34 beslag i 2005. I alt ble det foretatt beslag av 8,5 liter GHB fordelt på 67 beslag (KRIPOS 2006).

Ungdom og bruk av rusmidler

Norge har et omfattende datagrunnlag for å følge utviklingen når det gjelder ungdom og bruk av rusmidler. Siden 1968 har Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)⁵, foretatt årlige spørreundersøkelser blant ungdom mellom 15–20 år for å kartlegge bruken av rusmidler og utviklingstrekk ved denne⁶. Undersøkelsene ble først bare gjennomført i Oslo, men ble senere utvidet til å omfatte hele landet.

Ungdom ruser seg primært på alkohol

Rekrutteringstendensene blant ungdom er gjerne et av de ruspolitiske spørsmålene som får bredest dekning i mediene. På samme måte som for voksne, er imidlertid alkohol det rusproblemet som angår flest og følgelig det som utgjør det mest omfattende problemet. Ungdoms alkoholkonsum er dramatisk økt på noen få år. Dette viser seg bl.a. ved at det gjennomsnittlige årlige konsumet har økt fra 3 liter ren alkohol på 1980- og 90-tallet, til nærmere 5 liter etter årtusenskiftet. Andre markante trekk er at kjønnsforskjellene er i ferd med å utjevnes og at helsevesenet rapporterer om flere akutte alkoholforgiftninger blant ungdom. Dette til tross for at debutalderen har holdt seg stabil (SIRUS 2006).

⁵ Tidligere Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA).

⁶ En skal imidlertid ta med i betraktningen at svarprosenten er relativt lav, noe som kan antas å gi noe for lave tall, særlig fordi det i de mest belastede gruppene antas å være størst bortfall med hensyn til svar.

Resultatene fra SIRUS' ungdomsundersøkelse i 2004 viser at etter en økning i andelen som har prøvd de ulike narkotiske stoffene på slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, er andelen som oppgir at de har prøvd de ulike stoffene, nå gått noe ned. Frem til 1990-tallet var det under 10 % av ungdom på landsbasis som oppga noen gang å ha forsøkt cannabis, mens andelen steg til 18–19 % omkring tusenårsskiftet. I 2004 var den tilsvarende andelen redusert til i overkant av 13 %. Når det gjelder de «tyngre» stoffene, er det 3–4 % som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, og mellom 1–3 % som oppgir at de noen gang har forsøkt ecstasy og kokain. De årlige ungdomsundersøkelsene viser en klar økning i positiv holdning til narkotika fra begynnelsen av 1990-tallet frem til tusenårsskiftet. Mens 2 % av ungdom i aldersgruppen 15–20 år i 1990 mente at cannabis burde selges fritt og 5 % oppga at de ville forsøkt cannabis dersom det ikke var fare for å bli arrestert, var de tilsvarende andelen i 2000 steget til henholdsvis 10 % og 13 %. I de siste par årene har det imidlertid igjen vært en nedgang. I 2004 var det 9 % som oppga at cannabis burde kunne selges fritt her i landet og 10 % som oppga at de ville ha prøvd cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert av politiet. Et forbehold ved disse undersøkelsene er imidlertid den lave svarprosenten, som kan tenkes å gi et systematisk bortfall av de ungdommene med størst problemer (SIRUS 2004).

I 1995, 1999 og 2003 ble det gjennomført europeiske skoleundersøkelser (ESPAD) i regi av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) i Sverige. Hensikten med undersøkelsen, som nå omfatter over 30 europeiske land inkludert Norge, er å sammenligne utviklings-trekk for bruk av ulike rusmidler og tobakk blant 15–16 åringer. De internasjonale rapportene viser at norske 15–16-åringer ligger relativt lavt sammenlignet med andre land i Europa når det gjelder bruk av narkotika. Det samme gjelder stort sett for bruk av alkohol, eksempelvis antall ganger de unge har drukket alkohol. Når det gjelder alkoholinntak per drikkesituasjon og beruselse, kommer imidlertid norske 15–16-åringer dårligere ut, noe som må kunne forklares med at de naturlig nok adopterer det nordiske drikkemønsteret (Skretting & Bye 2003).

De tyngste misbrukerne

Den tallmessig relativt lille, men likevel godt synlige gruppen som utgjør de aller tyngste misbrukerne, er en gruppe som skiller seg fra andre misbrukere på mange måter. De har en langt dårligere helsetilstand både fysisk og psykisk, og de er marginalisert både på boligmarkedet, i forhold til arbeidsliv, økonomi og personlig nettverk (Friestad & Hansen 2004, Skardhamar 2002). Studier dokumenterer at svært mange av de tyngste misbrukerne har slitt med psykiske lidelser og tidlige atferdsproblemer allerede før de begynte å ruse seg, samt at de svært ofte kommer fra fami-

De fleste av ungdommene oppgir ikke å ha forsøkt narkotika

De tunge rusmisbrukerne har ofte mange problemer/dårlige levekår

lier hvor rus eller psykiske lidelser har vært en nærværende faktor (Melberg, Lauritzen & Ravndal 2003). Vi vet også at denne gruppen har et underforbruk av ordinære sosial- og helsetjenester, og det er derfor ofte nødvendig å lage tilpassede løsninger om en skal nå disse personene med hjelp (Ruud & Reas 2003, Helsetilsynet 2005).

Norge har anslagsvis
14–15 000
injiserende
misbrukere

Sprøytemisbruk i Norge

Å kartlegge hvor mange som misbruker narkotiske stoffer innebærer som nevnt metodiske vansker. Når det gjelder kjennskap til antall sprøytemisbrukere i Norge, er det bare mulig å operere med estimater, som er heftet med stor usikkerhet. I 1990 ble det for første gang gjort en beregning på antallet sprøytemisbrukere i Norge. Denne beregningen baserte seg på tall fra stikkmerkeundersøkelsen blant arrestanter i Oslo, politiets NARKSYS-register og dødelighetstall. Man mente at antallet aktive sprøytemisbrukere i 1990 var mellom 4 000 og 5 000 (Skog 1990), og at nyrekrutteringen var svært liten i denne perioden. Et nytt estimat, basert på den såkalte «dødelighetsmultiplikatoren,» tar utgangspunkt i alle registrerte narkotikadødsfall i 1999. Denne beregningsmåten anslø antallet sprøytemisbrukere i Norge til mellom 9 000 og 12 000 (Bretteville-Jensen & Ødegård 1999). Beregninger med samme metode som over viser at antallet sprøytemisbrukere for 2001 lå mellom 10 500 og 14 000, mens tallene er steget til mellom 11 000–15 000 for 2002 (SIRUS 2006).

Store variasjoner i
antallet
narkotikarelaterte
dødsfall

Narkotikarelaterte dødsfall

I Norge begynte registreringen av narkotikarelaterte dødsfall i 1977. Tallet for denne typen dødsfall steg gradvis fra 25 i 1982 til 64 i 1989. På 1990-tallet og frem til 2001 var det en kraftig økning, fra 75 personer i 1990 til 338 i 2001. Av de døde i 2001 var 286 menn og 52 kvinner. Denne økningen i antall narkotikarelaterte dødsfall kan spores tilbake til flere faktorer. For det første er det blitt flere misbrukere. Videre har misbrukergruppen blitt eldre, mer forkomne både fysisk og psykisk, og at flere har erfaring med en rekke overdoser er også faktorer som spiller inn. Andre elementer som kan nevnes er økt tilgjengelighet, prisnedgang og blandingsmisbruk, samt at mange misbrukere etter soning eller behandling har problemer med redusert toleranse, som igjen øker faren for overdoser. Trenden de senere årene har imidlertid hatt en mer positiv karakter: fra 2001 til 2002 var det en nedgang i antall døde fra 338 til 210. I 2003, 2004 og 2005 ble det registrert henholdsvis 172, 223 og 184 narkotikarelaterte dødsfall (KRIPOS 2006).

Omsetning

Alkoholproblematikk i Norge

Den samlede omsetningen av alkohol per innbygger (både for brennevin, vin og øl) ligger vesentlig lavere i Norge enn i de fleste europeiske land.

Norge har siden 2001 hatt den laveste totalomsetningen per innbygger i Europa⁷ Med unntak av Island, som har hatt en jevn stigning i alkoholomsetningen, har de andre nordiske landene hatt en sterk økning i omsetningen fra 1967 frem til begynnelsen av 1980-årene, for deretter å holde et relativt stabilt nivå.

Brennevinsomsetningen i Norge har siden 1985 og frem til i dag hatt en sterk nedgang, mens omsetningen av vin og alkoholholdige fruktdrikker har steget kraftig. Ølomsetningen har også steget noe i denne perioden. Den totale årlige omsetningen av alkohol i Norge målt i ren alkohol per innbygger, var i 2003 på 4,4 liter. I tillegg til dette drikkes det også betydelige mengder alkohol som ikke er registrert. Dette gjelder både legalt og illegalt hjemmeprodusert alkohol, samt alkohol som drikkes på utenlandsreiser og som importeres av reisende. I Norge anslås dette forbruket å være 25–30 % av totalforbruket (SIRUS 2006).

I WHO's anerkjente diagnosesystem ble betegnelsen alkoholisme fjernet i 1979, og erstattet med betegnelsen alkoholavhengighetssyndrom. Imidlertid kan et alkoholproblem være alvorlig og omfattende uten en slik diagnose. Den nordeuropeiske drikkemåten med forholdsvis høy promille, medfører en større risiko for akutte skader og ulykker, i tillegg til sosiale og økonomiske konsekvenser. Til sammenligning har det søreuropeiske mønsteret med hyppigere drikking men lavere beruselsesgrad, større grad av individuelle helseskader, som f.eks. leverchirrose (Fekjær 2004). Et problematisk alkoholkonsum kan altså være knyttet til både atferd og helse. En «storkonsument» defineres å være som en som drikker mer enn 10 cl ren alkohol per dag i gjennomsnitt over hele året, dvs. 36,5 liter ren alkohol per år. Med denne definisjonen er det om lag 66 000 «storkonsumenter» i Norge. En skal imidlertid huske på at tallet er nokså usikkert. Beregner vi en øvre og nedre grense som ett standardavvik til hver side, får vi at antallet «storkonsumenter» ligger et sted mellom 50 000 og 92 000 personer (SIRUS 2006). Det er vanlig å regne med at minst 2–3 personer i problemdrikkerens nære nettverk berøres av misbrukets konsekvenser. Det må da også påpekes at den individuelle sårbarheten er svært forskjellig. Noen kan kanskje drikke en «storkonsument» mengde alkohol uten at folk vil karakterisere vedkommendes atferd som påfallende. Og omvendt vil sikkert mange som drikker mindre enn 10 cl ren alkohol per dag i gjennomsnitt, helt tydelig ha fysiske, psykiske eller sosiale problemer som følge av sin alkoholbruk (SIRUS 2006).

⁷ Beregningen for brennevin, vin og sterk øl bygger på AS Vinmonopolets salgstill, samt registrert privat import. Tallene for salg av øl bygger på produksjons- og importstatistikk fra toll- og avgiftsdirektoratet.

Kulturbestemte
rusbruksmønstre

Storkonsumenter av
alkohol

Bruk, misbruk og avhengighet av legemidler

Legemidler kan brukes av alle i befolkningen og må i legale former forskrives av lege. De befinner seg av den grunn i en særstilling. Medikamentavhengighet finnes både i grupper av tyngre belastede, etablerte narkotikamisbrukere, blant ungdom i gruppen «rekreasjonsbrukere» eller «partydopere», og hos veltilpassete mennesker som ikke på noen måte identifiserer seg med begrepene rus eller misbruk (Hafseng 1998). Det finnes god dokumentasjon for at visse typer medikamenter inngår som en integrert del av den illegale rusøkonomien (Smith-Solbakken & Tungland 1997). Legemidler inntatt i strid med legens instruks, vil kunne klassifiseres som misbruk, samtidig som det er viktig å være oppmerksom på at avhengighet kan oppstå selv ved langvarig bruk i henhold til legens forskriftsmessige dosering. Det er særlig to medikamentgrupper som har misbrukspotensiale og dermed også avhengighetsskapende potensiale, opioidene (smertestillende) og benzodiazepinene (sove- og beroligende). Legenes oppmerksomhet omkring denne tilvenningsfaren er økt gjennom systematisk informasjonsarbeid de seneste årene.

Utvikling av tilgjengelighet og bruk av narkotika i kriminalomsorgen

Som man ser av kriminalomsorgens offisielle statistikk fra 2000–2004 over urinprøver og beslag i fengslene, har antall beslag gått noe tilbake i 2003 og 2004 etter toppåret 2002. Det samme gjelder for antall positive urinprøver, som hadde en tilbakegang fra 2003 till 2004.

Som vi ser av tabellen, er det en liten nedgang i antall beslag fra 2003–2004. De fleste fengsler rapporterer imidlertid om økt kontrollaktivitet. Dette tilsier mindre omfang av stoff inne i fengslene. Type og mengde stoff er ofte vanskelig å angi, og statistikk føres derfor ikke. Det er imidlertid i hovedsak snakk om brukerdoser, hvorav cannabis er klart mest utbredt. Slike beslag kan, i tillegg til vanlig brukerstyr, også dreie seg om f.eks. beslag av askebeget hvor det er påvist utslag av cannabis. Det var stor nedgang i antall beslaglagte Rohypnoltabletter, men fortsatt økende antall beslag av amfetamin og ecstasy. Flere fengsler rapporterer om beslag av GHB. Oppsporing av legal medisin er ikke tillatt, og beslag av dette inngår i tallene over.

Andel urinprøver hvor man har påvist illegalt inntak av narkotika i fengsel, har svingt noe, men er relativt stabilt, rundt 10–12 %. Av dette kan man imidlertid konkludere med at ca. 90 % av alle urinprøver er uten spor av illegalt inntak av narkotika i fengsel. Også i land som Sverige, Danmark, Storbritannia og Canada ligger andelen positive urinprøver på rundt 10–12 %. I forhold til at i overkant av 60 % av de innsatte kan antas å ha et rusproblem (Friestad & Hansen 2004), kan dette tyde på at

rusbekjempelsesarbeidet er ganske effektivt. De tilsatte foretar imidlertid urinprøver både ved mistanke, rutinemessig og ved stikkprøver. Slutningen i resonnementet om at rusbekjempelsen i seg selv er effektiv, forutsetter en jevn fordeling mellom disse tre testformene.

Tabell I. Antall urinprøver og beslag i norske fengsler

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Antall beslag av narkotika	494	523	651	638	611	788
Antall beslag av brukerstyr	1 097	882	1 008	1 005	1 162	786
Antall kroppslige undersøkelser	23	64	23	11	3	5
Antall funn kroppslige undersøkelser	14	24	4	1	1	2
Antall urinprøver ¹⁾	18 603	20 995	21 663	27 605	23 105	20 557
Antall positive urinprøver	2 404	2 538	1 999	3 244	2 626	2 548
Andel positive urinprøver ¹⁾	12,9%	12,1%	9,2%	11,8%	11,4%	12,39%

¹⁾ Statistikken er lagt om fra 2. kvartal 2002 ved at positive prøver som skyldes sannsynlig inntak før ankomst, legal medisiner, metadon og liknende ikke regnes som illegalt inntak i fengsel. Tallene f.o.m. 2002 er derfor ikke sammenlignbare med tall fra tidligere år.
Kilde: St.prp. 1 (2005–06)

Media har stadig artikler og programinnslag hvor man omtaler såkalt «narkoflom i fengslene». Statistikken, sett i lys av de situasjonsrapporter fengslene og regionene utarbeider, kan tyde på at medias, og dermed også opinionens bilde av situasjonen, ikke er helt reelt. Både tollvesen og politi har i de senere år rapportert om en sterk økning i beslaglagt mengde narkotiske stoffer. Så langt synes det ikke som om den samme utvikling har forplantet seg inn i fengslene. Men vi kan likevel se at fordeling på stoffgrupper og stofftrender i samfunnet for øvrig, gjenspeiler seg i fengslene. Dog med unntak for ecstasy, som det hittil har vært relativt lite av i fengslene. Dette kan nok skyldes at dette var et typisk ungdomsfenomen på 1980 og 90-tallet, og at relativt få av disse brukerne er dømt i dag eller fortsatt bruker ecstasy.

Det rapporteres fra flere fengsler at de i perioder er antatt «helt fri for stoff». Dette varierer gjerne i forhold til hvilke innsatte som er der til enhver tid. Men i hovedsak er dette et fenomen som kommer til syne i de små og mellomstore fengslene. I de større fengslene er dette svært sjelden tilfelle. De største fengslene har som regel en større andel påviste illegale

Medias fremstilling av narkotikasituasjonen er ofte skjev

inntak og vesentlig flere beslag, enn de små fengslene. Dette har nok også sin forklaring i at det rent faktisk er et større marked i de største fengslene, og innsatte er der gjennomgående på grunn av mer alvorlige forhold.

Dette kan også forklares med at store fengsler ofte har et høyere kontrollnivå.

I friomsorgen er det svært få kontroller, med unntak av utåndingsprøver i promilleprogram. Dette skyldes blant annet hjemmelsgrunnlaget, som vi kommer nærmere inn på i kapittel 9 «Ruskontroll i friomsorgen».

Tabell II. Antall positive urinprøver avlagt i norske fengsler for ulike narkotiske stoffer i 2004

Stofftype	Antall
Cannabis	2393
Benzodiazepiner	2536
Amfetamin	682
Metamfetamin	286
MDMA	21
Opioider	884
Metadon	769
Buprenorfin	377

Kilde: Folkehelseinstituttet 2006

3 Lov- og regelverk

Sentrale stikkord i kapittelet:

- Forvaltningsloven
- Helsepersonelloven
- Importmodell
- LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)
- Legemiddeloven
- Psykisk helsevernloven
- Rehabilitering
- Smittevernsloven
- Sosialtjenesteloven
- Straffeloven
- Straffegjennomføringsloven

Dette kapittelet tar opp noen av de lover og retningslinjer som regulerer narkotikamisbruk generelt. Videre redegjøres det for de av Straffegjennomføringslovens bestemmelser som er relevante i forhold til narkotikakontroll. Annet lovverk som er sentralt i forhold til narkotika, innsatte og domfelte i kriminalomsorgen, blir kortfattet kommentert.

3.1 Sammensatt situasjon – flere regelsett

All bruk, besittelse, omsetning og andre former for ulovlig omgang med narkotiske stoffer i Norge, kan medføre straffeansvar. Norge er et av de landene i Europa som har de strengeste straffene for narkotika. Begrepet 'narkotika' er i Norge, som tidligere nevnt, et juridisk begrep, og omfatter de stoffer som lovgiveren til enhver tid har fastlagt som narkotika. Legemiddeloven regulerer hvilke stoffer som er narkotika, og Statens helsetilsyn har laget en detaljert liste (narkotikalista) over hvilke stoffer dette gjelder.

Legemiddeloven omfatter de mindre alvorlige forhold, som bruk og besittelse av små mengder, hvor maksimumsstraffen er inntil 6 måneders fengsel. Dette rammer lovovertræderens umiddelbare misbruk. Straffeloven § 162 ble vedtatt i 1968 med særlig sikte på profesjonell omsetning av narkotika. Den retter seg mot tilvirkning, innførsel, utførsel, erverv, oppbevaring, sending og overdraging. Den ordinære maksimumsstraffen her er 2 års fengsel. Dersom det dreier seg om grov overtrædelse er maksimumsstraffen 10 år, og under særdeles skjerpede omstendigheter kan lovbruddet straffes med lovens strengeste straff på 21 års fengsel. Straffeloven § 317 rammer heleri og annet økonomisk utbytte av en narkotikaforbrytelse. Det betyr at hvitvasking av utbytte fra narkotikaforbrytelse er kriminalisert. Strafferammen er gradert, men kan under særdeles skjerpene omstendigheter medføre fengselsstraff inntil 21 år.

Som antydnet reguleres narkotika og legemidler av mange lover og avledet regelverk. For kriminalomsorgen er det imidlertid Straffegjennomføringsloven som er den viktigste loven.

Straffegjennomføringsloven har en rekke bestemmelser om kontrolltiltak for å avdekke innsmugling, omsetning og bruk av narkotika i fengsler, men også tilsvarende regler for kontroll og bekjempelse av rusmiddelmissbruk blant domfelte under kontroll av friomsorgen. Kontrollreglene har sin begrunnelse i Straffegjennomføringsloven §§ 2 og 3. Av § 2 fremgår at ett av kriminalomsorgens formål er å forebygge og forhindre ny kriminalitet. Som også vist ovenfor, er all bruk, besittelse, omsetning og andre

former for ulovlig omgang med narkotiske stoffer straffbart. Brudd på dette er kriminalitet, som skal bekjempes av kriminalomsorgen. Avdekker kriminalomsorgen handlinger som er omtalt i Straffelovens bestemmelser, skal dette som hovedregel meldes til politiet. Da kan Straffe- og legemiddelovens bestemmelser om narkotika komme til anvendelse. Etter retningslinjene til Straffegjennomføringsloven pkt. 3.43, kan imidlertid besittelse av små mengder eller bruk av narkotika møtes med reaksjon i stedet for anmeldelse.

Etter Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt, jf. *Informasjonsutveksling mellom kriminalomsorgen og politiet/påtalemyndigheten* (KSF 2005/G-3) og *INFOFLYT – særskilt saksbehandlingsinstruks* (KSF 2005/2), er det dessuten en rekke opplysninger kriminalomsorgen til dels er pliktig, dels oppfordres, til å gi til politiet – selv om det ikke dreier seg om en formell anmeldelse. Dette vil i særlig stor grad være aktuelt i saker som dreier seg om rusmidler, da dette uten sidestykke er årsaken til de fleste forhold kriminalomsorgen reagerer på overfor innsatte og domfelte. Etter politiloven § 2 plikter også politiet å samarbeide i størst mulig grad med kriminalomsorgen for å motvirke rusmiddelmissbruk under straffegjennomføring, siden dette ligger under politiets forebyggende oppgaver. Etter *Påtaleinstruksen* § 5-3 plikter politiet og påtalemyndigheten å informere kriminalomsorgen om iverksatt etterforskning mot innsatte og domfelte. Siden omfanget av rusrelaterte forbrytelser er relativt stort, vil dette være en viktig regel å forholde seg til også for kriminalomsorgen.

Straffegjennomføringsloven § 3 pålegger dessuten kriminalomsorgen å legge forholdene til rette for at de innsatte og domfelte skal kunne skape seg en kriminalitetsfri tilværelse. Dette gjøres ved bruk av rehabiliterende tiltak. Siden vi kan legge til grunn at omlag 60 % av alle innsatte oppgir å ha et rusproblem før innsettelse (Friestad & Hansen 2004), og at tilbakefallsprosenten er høy, er det åpenbare utfordringer for kriminalomsorgen å finne rehabiliterende tiltak som virker.

En hovedutfordring for kriminalomsorgen er at ruspåvirkning som hovedregel vil redusere evnen til å dra nytte av et rehabiliteringstilbud (Smith, Goggin & Gendreau 2004). Noen narkotiske stoffer kan ved terapeutisk bruk for enkelte nok bidra til økt konsentrasjon og læreevne (for eksempel ritalin), men dersom disse stoffene ikke er forskrevet av lege, er bruken ulovlig.

Rehabilitering innebærer at det skal legges til rette for en kriminalitetsfri tilværelse etter gjennomført straff. Personer med alvorlige rusmiddelproblemer har ofte mangelfull utdannings-, arbeids- og boligsituasjon.

(Skardhamar 2002, Friestad & Hansen 2004). Siden de må ha penger til livsopphold, herunder også penger til rusmidler, forsterkes deres motivasjon til å utøve kriminalitet fordi de har få andre inntjeningsmuligheter.

I norsk kriminalomsorg benyttes en «importmodell». Denne modellen innebærer at det er den etat som har ansvar for borgernes rettigheter ute i samfunnet, som også har ansvar for de innsattes og dømtes rettigheter under varetekt og straffegjennomføring. For at kriminalomsorgen i størst mulig grad skal kunne legge til rette for en kriminalitetsfri tilværelse, pålegger derfor Straffegjennomføringsloven § 4 kriminalomsorgen å legge til rette for et best mulig samarbeid med representanter for rusomsorgen, helsevesenet, sosialetaten, aetat, skoleetaten osv. Et felles rundskriv som omhandler ansvarsforholdet mellom helsetjenesten, sosialtjenesten og kriminalomsorgen, er under utarbeidelse. Målet med å formalisere forholdet mellom disse tjenestene, er at innsatte rusmisbrukere skal få et best mulig tilbud både under og etter soning (St. prp. 1. 2005–2006).

Helsevesenet reguleres bl.a. av Helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven m.fl. Behandlingsformer rettet mot rusavhengige reguleres også av disse. Dermed har også innsatte og domfelte krav på f.eks. legemiddelassistert rehabilitering (LAR) dersom vilkårene for tildeling oppfylles for øvrig. Innsatte og domfelte har også krav på nødvendig helsebehandling, f.eks. medisinerings mot ulike sykdommer og andre tilstander. Dette kan innebære at innsatte og domfelte med rusproblemer har en rett til behandling med sterkt vanedannende legemidler. Når dette skjer i regi av helsetjenesten, er det behandlende lege som ut fra sitt faglige skjønn avgjør om pasienten skal få medisinen. Selv om enkelte av disse medisiner kan gi en sterk ruseffekt, er det altså legalt siden det skjer i regi av helsetjenesten. Ruspåvirkede innsatte og domfelte kan som tidligere imidlertid ha en kontraproduktiv effekt på kriminalomsorgens sikkerhetsmessige- og rehabiliterende tiltak. Det er derfor viktig at helsetjenesten og kriminalomsorgen samarbeider tett for å unngå uheldige resultater av f.eks. medisinerings og medisintilgang. Dette reguleres bl.a. i «Veileder for fengselshelsetjenesten», utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2004), som også gjelder for alle tilsatte i kriminalomsorgen som har med rus- og helsespørsmål å gjøre i sine arbeidsoppgaver. Veilederen er utarbeidet i samarbeid med kriminalomsorgen.

Smittevern er også et tema som er svært relevant i forhold til rusmiddel-misbrukere i kriminalomsorgen, og da spesielt med tanke på sprøytemisbrukere. Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 1995 gjelder også for kriminalomsorgen (Smittevernloven). Av denne med forskrifter fremgår f.eks. at innsatte i fengslene skal ha anonym tilgang til å rense sprøyter (f.eks. klorin). Tilsatte skal dessuten ha opplæring i smittevern.

Rusmiddelmissbrukere har ofte problemer med å skaffe seg og bo i fast bolig (Skardhamar 2002, Friestad & Hansen 2004). Midlertidige bosteder eller ingen overhodet, kan bidra til at noen begår kriminelle handlinger. Sosialtjenesten har i henhold til Sosialtjenesteloven ansvar for at vanskeligstilte personer tilbys hjelp til å skaffe bolig. Mange innsatte og domfelte har ingen bolig å komme til etter endt straffegjennomføring (Skardhamar 2002, Friestad & Hansen 2004). For å legge forholdene bedre til rette for en kriminalitetsfri tilværelse, har derfor Justisdepartementet inngått en avtale med Kommunenes sentralforbund og Husbanken (Justis- og politidepartementet & Kommunenes sentralforbund 2005), for at innsatte og domfelte skal tilbys bolig dersom de mangler dette.

Den innsatte som får og beholder et arbeid etter løslatelsen, antas å ha bedre forutsetninger for å leve et liv med mindre kriminalitet. Kriminalomsorgen etablerte derfor i 2005 en samarbeidsavtale som tok sikte på å styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet. Formålet med avtalen var å legge til rette for en videreutvikling av forvaltningssamarbeidet mellom kriminalomsorgen og aetat (Samarbeidsavtale mellom aetat & kriminalomsorgen 2005).



4 Etikk og verdivalg

Sentrale stikkord i kapittelet:

- Etikk
- Dydsetikk
- Konsekvensetikk
- Moral
- Pliktetikk
- Holdninger
- Idealer

Lovverk og styringsdokumenter setter grenser for hva som skal overholdes og hvilke rettigheter som må respekteres i kriminalomsorgens arbeid med rusmiddelmissbrukere. Samtidig åpner regelverket opp for en forholdsvis vid bruk av skjønn, en handlefrihet som stiller betydelige moralske krav til den enkelte tilsatte. Våre holdninger til den som kontrolleres, vår evne til å sette oss inn i hans eller hennes opplevelse, og vår oppmerksomhet mot det sårbare i situasjonen blir her av stor betydning.

4.1 Veien mellom etikk og moral

Det er et stort ansvar kriminalomsorgen har fått: Vi skal fullbyrde de reaksjoner som domstoler eller påtalemyndighet har besluttet. Å frata et menneske friheten er én av de kraftigste former for maktutøvelse vi har i vårt samfunn. Det er derfor etikk og kommunikasjon, menneskesyn og empati, er så viktige deler av yrkeshverdagen, og det er derfor kriminalomsorgen stiller så store krav til tilsattes væremåte og holdninger.

Etikk er refleksjon over handling, det vi tenker, leser og resonnerer oss frem til. Moral knytter seg til hva vi faktisk gjør. Veien mellom disse, forholdet mellom tanke og atferd, kunnskap og handling, blir dermed av stor betydning for en etat som forvalter betydelig makt over andre. Måten vi møter rusmisbrukeren på. Hva vi gjør for å sette oss inn i hans eller hennes livssituasjon. Hvordan vi opplever egen og andres sårbarhet i kontrollsituasjonen. Dette er områder kriminalomsorgsetikken formulerer regler og forventninger til, og som vi som tilsatte behøver å reflektere over før vi står i situasjonen og skal foreta våre handlingsvalg.

Vi skal i dette kapitlet gå nærmere inn på de verdier og etiske tenkemåter som etter vårt syn bør ligge til grunn for kriminalomsorgens arbeid med rusmiddelkontroll. Vi skal se hvordan plikter og regler er med på å skape forutsigbarhet og vern om ethvert menneske. Vi skal argumentere for at disse pliktene samtidig må ses i sammenheng med følgene av våre handlinger, og vi skal understreke viktigheten av å la idealer og holdninger bli en integrert del av oss som yrkesutøvere. Slik vil vi forsøke å bidra til økt innsikt og kompetanse om sentrale etiske standpunkter – om ikke så mye for å presentere ferdige løsninger og svar, som for å stimulere den enkelte til økt bevissthet omkring egne holdninger og handlingsvalg.

Etikk

Moral

4.2 Det moralske ansvar

Som tilsatte i kriminalomsorgen har vi et moralsk ansvar overfor ethvert menneske vi møter i jobbsammenheng, uavhengig av hvordan de oppfører seg, hvilke verdier de har eller hva de tidligere har gjort.

Få har beskrevet dette ansvaret bedre enn Knud E. Løgstrup, den danske teolog og filosof som på midten av femtitallet utga boken *Den etiske fordring*. «Gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. [...] Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom min holdning», skriver han og skisserer på den måten den utfordringen som til enhver tid møter det enkelte menneske: Vi holder alltid noe av et annet menneskes liv i våre hender (Løgstrup 1999:39f).

For Løgstrup er det en sentral tanke at moralen ikke begynner i et spørsmål om hva den andre har gjort for meg, eller i betraktninger over hvilke handlinger hun har gjort som fortjener min respons. I stedet fremhever han at vi har en grunnleggende forpliktelse overfor ethvert menneske vi treffer – ikke ved å påta oss ansvaret for den andres handlinger, vilje eller personlighet, men gjennom å finne de rette handlinger å gjøre overfor henne. Å befinne seg i en moralsk situasjon er på den måten å rette oppmerksomheten mot den andre. Det er å si at ansvaret for å ta vare på dette livet er mitt, og det er å bruke av alt man har av skjønn, empati, kunnskap og innsikt for å møte mennesket vi står overfor på en etisk forsvarlig måte.

4.3 Et grunnleggende vern

Hvordan griper vi så dette moralske ansvaret an? Og på hvilken måte får det konsekvenser for kriminalomsorgens arbeid med rusmiddelkontroll? Vi tror et naturlig og godt sted å begynne letingen etter dette «hvordan», er i pliktetikken, den innfallsvinkel som kanskje er mest utbredt i hverdagslivets måte å tenke etikk på.

I pliktetikken setter vi enkelt sagt opp kategoriske regler i form av påbud, forbud eller tillatelser for å ramme for det moralske samlivet med andre mennesker. Det møter oss som et «du skal» eller et «du skal ikke», som et «det er tillatt» eller et «det er ikke tillatt». På den måten anretter vi gjerder omkring hvert menneskes liv, regler og normer som fungerer

Moralsk ansvar

Pliktetikk

Immanuel Kant

som rettesnorer for hvordan vi skal leve som mennesker blant andre. Tenk bare på religiøst funderte verdikataloger som De ti bud og Den gyldne regel. På Menneskerettighetserklæringen, FNs barnekonvensjon eller de lover, forskrifter og rundskriv som vi i kriminalomsorgen til daglig forholder oss til. Felles for dem alle er at de formulerer plikter som skal følges, normer og regler som er med på å etablere rammer rundt våre liv – og som slik er tenkt å verne oss mot urettferdighet, krenkelse og vilkårlighet.

Dette behovet for et grunnleggende vern om vår felles menneskelighet, uansett hvilke levekår eller situasjon vi befinner oss i, kommer tydelig frem hos filosofen Immanuel Kant. Alle mennesker, understreker Kant, skal behandles med den samme absolutte verdighet og respekt, og for å sikre at dette skal skje, er det etablert visse regler (eller imperativer) som er kategoriske og alltid må gjelde. Den første av disse imperativene sier at reglene for våre handlinger alltid også skal kunne gjelde alle andre mennesker. Det betyr: Stjeler jeg penger fra en annen, må jeg samtidig kunne tillate at handlingen blir gjort til en allmenn lov verden over, og mener jeg det er forsvarlig å lyve når det passer seg slik, må jeg kunne godta at alle andre er lemfeldige med sannheten. Den tredje av Kants regler sier: Du skal handle slik at du aldri bruker mennesket bare som et middel, men også som et formål i seg selv. Gjennom dette fastslår han at det finnes en fundamental grense for hva det er moralsk tillatt å gjøre mot andre og seg selv. Som mennesker har vi alle det samme krav på respekt og verdighet som andre – uavhengig av hvem vi er eller hva vi har gjort, og dette menneskeverdet har ingen rett til å ta fra oss (Kant 1964).

På den måten ser vi hvordan tradisjonell pliktetikk i bunn og grunn handler om å beskytte hvert enkelt menneske. Om gjensidig respekt for vårt eget og andres menneskeverd, samt om å etablere en størst mulig grad av forutsigbarhet i samfunnet. Så er det da også denne tenkningen som i all hovedsak ligger til grunn for Straffegjennomføringslovens og kriminalomsorgsmeldingens understreking av rettssikkerhet og likebehandling. Gjennom lovverk, forskrifter, retningslinjer og rundskriv får vi her føringer for hvilke regler enhver kriminalomsorgstilsatt skal følge, for hvilke vilkår og rettigheter som må respekteres, og for hvilke forventninger samfunnet kan ha til kriminalomsorgen som straffegjennomføringsapparat. Disse pliktene blir ikke minst viktige i kontrollarbeidet med innsatte, domfelte, tilsatte og besøkende. «Kriminalomsorgen kan på fengselsområdet undersøke personer og gjenstander ved bruk av teknisk utstyr eller hund for å forhindre at det tas med gjenstander som ikke er tillatt», «det er ikke adgang til full kroppsvisitasjon [av øvrige personer] som innbefatter avkledding og besiktigelse av naken kropp», «det skal tas særlig hensyn til barn», er eksempler på slike påbud og forbud som regulerer

hvilke rettigheter eller forpliktelser den enkelte domfelte, pårørende eller tilsatte har i forhold til rusmiddelkontroll (KSF 2002). Dette er regler som ofte er nødvendige for at sikkerheten ikke skal trues, og de er viktige for å beskytte selvrespekten, integriteten og verdigheten til så vel tilsatte som pårørende og domfelte.

Ut fra et etisk hverdagsperspektiv kan man derfor vanskelig overdrive betydningen av å overholde de forpliktelser som et demokratisk samfunn har gitt seg selv. Som vi har sett, ivaretar det ikke bare det enkelte menneskes integritet og verdighet. Forpliktelsene er også en forutsetning for at vi overhodet kan ha tillit til verden omkring oss. Nettopp når det gjelder slike vanskelige oppgaver kriminalomsorgen står overfor, ja, i selve det faktum at samfunnet velger å frata enkelte mennesker friheten, er det viktig med regler som sier klart i fra om hva som er lov og hva som ikke er det.

Så langt vil de fleste være enige. Problemet er bare at pliktetikken ikke kan være den eneste etiske tilnærmingen vi orienterer oss etter. For hva skjer når regler og normer kommer i konflikt med hverandre, når to eller flere etiske hensyn går inn i et spenningsforhold og det ikke er gitt hvilken regel som skal ha forrang? Er det alltid moralsk forkastelig å lyve, selv for å verne et annet menneskes liv? Kan det være etisk riktig å ta liv i enkelte gitte situasjoner – som i krig eller en gisselaksjon i fengsel? Skal hensynet til samfunnets, tilsattes og innsattes sikkerhet alltid gå først, også når man risikerer å krenke prinsippet om enkeltmenneskets integritet? Selv når vi tar hensyn til både første og tredje formulering i Kants kategoriske imperativ, får vi problemer med å avgjøre slike konflikter. Pliktetikken kan slik sett ikke være den eneste etiske tilnærmingen vi har. Våre handlinger har også følger, og det er i dette perspektivet konsekvensetikken blir et viktig verktøy for å hjelpe oss til å finne de rette og balanserte løsningene.

4.4 Det som bringer frem mest godt

I konsekvensetikken rettes nemlig ikke blikket lenger mot klare og kategorisk utformede regler, slik som i pliktetikken, men mot følgene av våre handlinger. Det er nødvendigheten av å tenke fremover i tid som her står i sentrum, og det er behovet for å forestille seg konsekvensene av de ulike handlingsalternativene som blir etikkens grunntone. Evnen til å sette seg inn i egen og andre menneskers situasjon og følelsesliv, til å tenke langsiktig og til å vurdere utgangen av våre valg, blir på den måten viktige faktorer for å kunne foreta moralsk riktige avgjørelser.

La oss gi et eksempel. Det kan settes frem en rekke gode grunner for å bekjempe rusmisbruk i fengslene: Narkotiske stoffer er straffbare å omsette eller bruke. Ruspåvirkede personer kan være en sikkerhetsrisiko for tilsatte og andre domfelte. Det er vanskelig å drive rehabilitering med mennesker som er påvirket av rus. Innsatte som har et rusmisbruk bør hjelpes til å bli rusfri, og de som allerede er stoffrie, bør skjermes fra å få tilgang til stoff under straffgjennomføringen.

Hvis vi i kjølvannet av slike argumenter antar at innsmuglingen av rusmidler hovedsakelig skjer ved besøk, ved innsatte kommer tilbake fra permisjon, eller ved at det fysisk kastes over fengselsmurene, er det ikke da nærliggende å fullstendig nekte innsatte besøk, lufting og permisjoner? Nei, kan det her innvendes, konsekvensene av en slik tilnærmet hermetisering av fengslene vil i urimelig grad krenke den innsattes menneskerverd. Tilværelsen vil ikke bare for de aller fleste oppleves nærmest uutholdelig i øyeblikket. Det vil også kunne føre til alvorlige psykiske og fysiske skadevirkninger i ettertid. Viktigheten av å ha kontakt med barn, familie og venner, behovet for i størst mulig grad å minske skadevirkningene av frihetsberøvelsen, og nødvendigheten av en gradvis overgang fra fengsel til full frihet, er med andre ord også elementer som må tas med i vurderingen og vektlegges.

Dette er et sentralt poeng i all konsekvensetikk: Den beste handling er den handling som frembringer mest godt eller minst ondt av de handlingsalternativene som er tilgjengelige. Men i dette ligger også tilnærminnets største svakhet. For hvor langt fremover i tid skal man kunne forvente å se konsekvensene av sine handlinger? Hvor gode prognoser er det mulig å stille i forhold til egne handlingers innvirkning på andre personers handlingsvalg, og gjør ikke et tidsspenn på kanskje mange år at sjansene for å forutsi følgene innskrenkes betraktelig? Dessuten er det vel også slik at en for sterk sentrering omkring konsekvenser lett kan legitimere uredelighet, beregning – og til tider også kynisme. Tenk deg f.eks. at du ved å ta livet av ett menneske hadde gitt hundre andre en tryggere, rikere og bedre tilværelse – ville handlingen da være etisk forsvarlig? Pliktetikeren ville her øyeblikkelig protestert og sagt at et menneske aldri skal brukes bare som et middel, men som et formål i seg selv; ethvert individ har jo fra begynnelse til slutt det samme krav på respekt og menneskerverd som alle andre. Men hva hvis vi fortalte at denne personen var en grusom diktator og despot, og at du ved å ta livet av ham ikke bare ville spart hundre liv, men kanskje både titusener, hundretusener, ja, millioner? Gjør dette handlingen mer etisk legitim?

Vi nevner slike spørsmål for å vise hvor nødvendig det er at pliktetikk og konsekvensetikk kombineres. Der pliktetikken lett blir blind for kom-

pleksiteten i menneskelivet, fremhever konsekvensetikken hvor viktig det er å undersøke følgene av våre handlinger. Og der konsekvensetikken i for stor grad kan føre til kynisme og kald beregning, sier pliktetikken at det finnes et vern omkring hvert menneske som aldri skal rokkes. Langt på vei er det da også en slik kombinerings som ligger til grunn når lovgiver i Straffegjennomføringsloven vektlegger både hensynet til sikkerheten og til den innsattes menneskeverd. På den måten kan det tillates å gjennomføre kontroll av innsatte, tilsatte og besøkende i fengselsområdet, men samtidig poengteres at visitasjonen skal gjennomføres så hensynsfullt som mulig, at besøkende ikke skal gjennomgå full kroppsvisitasjon, og at det skal utvises særlig varsomhet i møte med barn – for å nevne noen eksempler. Det er i denne balansegangen, i spenningen mellom plikter og konsekvenser, at vi må orientere oss som moralske mennesker. Og det er her, idet regler og følger møtes, vi som kriminalomsorgstilsatte skal utføre våre handlingsvalg.

4.5 Et spørsmål om hvem vi er

Men med det er ikke alt sagt. For selv om en slik kombinerings av pliktetikken og konsekvensetikken er helt nødvendig i kriminalomsorgens møte med innsatte, har vi ennå ikke funnet et svar på hvordan denne balansegangen skal foregå. Enkelt sagt: Hvis vi i enhver situasjon skal veie plikter og konsekvenser opp mot hverandre, vil ikke det kreve uforholdsmessig mye av oss som mennesker? Og er ikke spørsmålet om hvem vi er som mennesker, om hvilke holdninger, idealer og verdier vi bærer med oss i møtet med andre, også av sentral betydning for kvaliteten på våre handlingsvalg?

Det er i den sammenheng dydsetikken trer frem med en særlig viktig stemme. Dyd, understrekes det her, er det intuitive preg som vedvarende gode handlinger etterlater i oss. Dyd er de karaktertrekk vi dyrker frem i oss selv, det er de atferdsmønstre som tilegnes gjennom gode vaner og eksempler, og det er de holdninger jeg møter andre mennesker med. Dydsetikken flytter på den måten blikket fra selve handlingen og over mot det enkelte individs vesen og karakter, og den spør oss kort, godt og utfordrende: Hvem ønsker du å være som menneske?

I dydsetikken er det en sentral tanke at ethvert menneske har egenskaper og evner som det kan utvikle. Som individer står vi alle på ulike steder i forhold til disse. Det er gjennom praksis, i det å tilegne oss gode vaner, lære av tidligere erfaringer og trekke vekslers på gode forbilder, vi settes i stand til å virkeliggjøre det beste i vår menneskelighet. Og det er ved

bevisst å arbeide med etiske handlingsvalg hele livet gjennom, vi får muligheten til å leve gode og moralske liv – for oss selv og i møte med andre. Dydsetikken er av enkelte derfor også omtalt som holdningsetikk. Mer enn noen annen tilnærming retter den oppmerksomheten mot de holdninger og handlingsmønstre som preger oss som enkeltindivider. Den vektlegger viktigheten av å utvikle skjønnnet, vår etiske dømmekraft, og den viser oss hvor nødvendig det er å forberede oss på å måtte foreta valg der løsningen ikke er entydig eller gitt på forhånd.

Er det mulig å være en god kriminalomsorgstilsatt og betrakte rusmisbrukende domfelte som «søppelnarkomane» eller mindreverdige mennesker? Møter jeg alle lovbrytere med den samme respektfulle og omsorgfulle holdning, også hvis de har begått handlinger jeg selv oppfatter som avskyelige? Hvordan oppfører jeg meg i det jeg skal kroppsvisitere et menneske som møter meg med nedsettende kommentarer og ytringer? Det er ikke minst i slike øyeblikk dydsetikken kommer oss i møte. Den retter blikket mot de verdier og holdninger vi bærer med oss, og den utfordrer oss, dag etter dag, til å spørre: Hvem ønsker jeg å være i møte med kolleger, domfelte, pårørende og besøkende? Hva er min oppfatning av det å være en god medarbeider i kriminalomsorgen? Hvilket selvbilde tar jeg med meg inn i yrkeshverdagen? Hvilke idealer mener jeg skal prege min identitet som menneske? Hvilke grenser setter dette for hva jeg kan jobbe med?

Urørlighetssonen

Løgstrup skriver i en av sine bøker om den menneskelige urørlighetssonen, disse innerste, hellige rom som ingen andre skal bevege seg innenfor, så sant man ikke er invitert. Urørlighetssonen knytter seg til vår integritet, og den appellerer til andre om å vise oppmerksomhet mot våre grenser. Denne grensen, denne grunnleggende respekten for den andre, vil vi da også i dagliglivet normalt vegre oss mot å trå over (Løgstrup 1982:161ff). Likevel: Gjennom kriminalomsorgens kontrolltiltak, som for mange kan oppleves som både ubehagelige og invaderende, beveger vi oss til tider svært nær denne sonen. Dette er det viktig å være bevisst. Kroppsvisitasjon, celleundersøkelse, urinprøver eller bruk av spesialtoilet, er alle tiltak som domfelte kan oppleve som krenkende. Våre holdninger til den kontrollerte, vår evne til å sette oss inn i hans eller hennes opplevelse, og vår oppmerksomhet mot det sårbare i situasjonen blir her avgjørende. Den andre er ikke et objekt som skal kontrolleres, men et likeverdig menneske – med samme krav til omtanke, respekt og verdighet som oss selv.

4.6 Sårbarhet og sikkerhet

Dette leder over til de verdier og idealer vi mener kan hjelpe oss til å navigere moralsk forsvarlig gjennom en etisk utfordrende yrkeshverdag. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, Straffegjennomføringsloven, forskrifter, retningslinjer og rundskriv setter grenser for hva som skal overholdes og hvilke rettigheter som må respekteres. Samtidig åpner både lovverk og styringsdokumenter opp for en forholdsvis stor bruk av skjønn, en handlefrihet som igjen stiller betydelige krav til oss selv som mennesker og til utdanningen av tilsatte i kriminalomsorgen. Respekten for det enkelte menneske, for den personlige integritet og for den oppgaven som skal utføres, må her repeteres, innpodes og understrekes gang etter gang.

Filosofen Henrik Syse er inne på nettopp dette når han i boken *Rettferdig krig? Om militærmakt, etikk og idealer* undersøker krigens etikk og hvilke konsekvenser det får for norske soldater i fredsoppdrag. Med utgangspunkt i klassiske filosofer som Platon og Aristoteles, skisserer han her fire dyder som for ham blir stående som svært sentrale for enhver militær aktør. Dette er egenskaper vi tror også er helt nødvendige for å kunne gjøre en god jobb i kriminalomsorgen. Idealer som underbygger muligheten for å skape gode relasjoner, og som gir hjelp til å balansere det moralske hensynet til forsvarlig sikkerhet, menneskelig sårbarhet og troen på at mennesker kan ordne opp i egne liv. Vi snakker om de klassiske dydene 'mot', 'selvbegrensning', 'rettferdighet' og 'visdom'. Motet, skriver Syse, gjør at vi våger å ta de tunge avgjørelsene når disse må tas, og andre ganger besinner oss når vi anser det som nødvendig. Selvbegrensning får oss til å holde igjen slik at vi motstår fristelsen til å vise muskler eller statuere et eksempel når vi blir utfordret. Rettferdighet skaper bevissthet om hva som står på spill for alle de involverte i konflikten, ikke minst for dem som tilsynelatende opptre uten stemme og reell makt. Visdom understreker behovet for å lære av egen og andres erfaring, og slik oppøve evnen til å finne frem til gode moralske løsninger (Syse 2003).

4.7 Avsluttende refleksjon

Poenget er: Godt og moralsk forsvarlig arbeid i kriminalomsorgen handler om noe langt mer enn å besitte kunnskap, beherske teorier, følge instruksjoner og ha inngående innsikt i hva som står i lover, forskrifter og rundskriv. Det knytter seg også til dannelsen og idealer, til refleksjon, ver-

dier, forberedelser og holdninger, og til å integrere dette i både personlighet og praksis.

I våre møter med innsatte og domfelte, med pårørende, besøkende og kolleger, kommer vi ikke sjelden i situasjoner som stiller oss overfor komplekse etiske dilemmaer som krever raske avgjørelser. Samtidig utfordres vi kanskje vel så mye av dagligdagse hendelser som tilsynelatende ikke er problematiske, og som ved første øyekast kan virke svært rutinemessige og lite moralsk viktige. I begge disse tilfellene behøver vi godt forberedte holdninger som kan ivareta det sårbare i situasjonen. Som kan sette oss i stand til å leve oss inn i det andre menneskets livssituasjon, ivareta hensynet til fellesskapets beste, bevare vår egen integritet – og på den måten legge forholdene til rette for et verdig og etisk forsvarlig møte.

Mot, selvbegrensning, rettferdighet og visdom – filosofiens fire klassiske dyder – trer på den måten frem som nødvendige og gode moralske kompass i arbeidet med rusmiddelkontroll.



5 Motivasjon, behandling og formidling

Sentrale stikkord i kapittelet:

- Behandling
- Forvaltningssamarbeid
- Helhetlige tiltak
- MI
- Påvirkningsprogrammer
- Terapeutiske samfunn

Dette kapittelet omhandler rehabilitering og virksomme behandlingsmetoder rettet mot rusmiddelmisbrukere under kriminalomsorgens kontroll. Rusmiddelmisbrukere har ofte en sammensatt problematikk, noe som gir utfordringer i forhold til å finne frem til hensiktsmessige tiltak. I denne forbindelse diskuteres behovet for helhetlige opplegg, samt noen av de tilsattes oppgaver og utfordringer i forhold til gjennomføring av disse.

5.1 Behandling av rusmisbrukere i kriminalomsorgen – nytter det?

Til tross for at mange innsatte i fengsler verden over er rusmisbrukere, finnes det ganske få studier som belyser effektene av ulike behandlingsmetoder rettet mot denne gruppen.⁸

5.1.1 Mindre virkningsfulle tiltak

Det finnes flere behandlingsmetoder som ikke har kunnet fremvise positive effekter overfor rusmisbrukere i fengsel og friomsorg. Noen av disse er:

- Straff som følge av lovbrudd er ikke i seg selv en effektiv tilnærming for å forhindre tilbakefall til kriminalitet. En meta-analyse⁹ som omfattet 151 studier og nærmere 450 000 domfelte, viste at ingen type straff eller sanksjon reduserte tilbakefall i seg selv (MacKenzie, Mitchell & Wilson 2002, Pallone 2003).
- Forskning har påvist en sammenheng mellom økt innesperringstid og økt tilbakefallsrisiko (MacKenzie et al. 2002).
- «Boot Camps», dvs. et fengselsregime bygd på militære treningsprinsipper som tar sikte på å avskrekke innsatte fra å begå kriminalitet, reduserer ikke tilbakefall, men øker det snarere (Sherman et al. 2003, MacKenzie & Shaw 1993).
- Metadonbehandling for misbrukere i frihet gir positive resultater ved å forbedre deres helse- og sosiale situasjon, samt reduserer kriminaliteten. For misbrukere i fengsel er resultatene ikke like entydige. Et par

⁸ En svakhet ved de studiene som finnes er at få av studiene har et randomisert design. Dette vil si et design der tilfeldighetene avgjør hvem som havner i kontrollgruppen, og hvem som får behandling. En annen begrensning er at en detaljert beskrivelse av tiltakene/programmene og av hva som utmerker de som deltar i dem, savnes. En ytterligere svakhet er at de fleste studiene kun benytter tilbakefall til kriminalitet som oppfølgingskriterium, mens få måler både tilbakefall til misbruk og kriminalitet (BRÅ 2005).

⁹ En meta-analyse er en statistisk metode som kombinerer resultatet av to eller flere empiriske studier og gjør dem statistisk sammenlignbare (se f.eks Nesvik 2001). Meta-analyser har i de senere år blitt nært knyttet til spørsmålet om «what works».

studier av denne behandlingsformen i fengsel viser imidlertid at meta-donbehandling minsker misbruket under fengselsoppholdet, men at det ikke har positive effekter i forhold til tilbakefall til kriminalitet etter endt straffegjennomføring (MacKenzie et al. 2002, Bullock 2003).

5.1.2 Kjennetegn ved effektive kriminalitetsforebyggende tiltak

Forskningen omkring tilbakefall til *kriminalitet generelt* viser at effektive tiltak kjennetegnes ved at de baserer seg på kartlegginger og vurderinger knyttet til lovbruterens risiko, behov og responsivitet (Gendreau, Little & Goggin 1996, Sherman et.al. 2003, Andreassen 2003).

I følge Andreassen (2003) forteller *risikoprinsippet* noe om hvilken intensitetsgrad et tiltak bør ha, og at intensiteten ved et tiltak må være tilpasset risikonivået til domfelte/innsatte. Flere studier har funnet at intensiv behandling er nødvendig for å oppnå reduksjon i kriminalitet blant kriminelle med høy risiko for tilbakefall. Kriminelle med lav risiko for tilbakefall derimot, bør motta tiltak med minimal eller ingen intervensjon (Andrews, Bonta & Hodge 1990). *Behovsprinsippet* sier noe om hvilke områder behandlingen bør fokusere på for å være virksom. Ut fra Andreassens (2003) sammenfatning over forskningen, assosieres noen faktorer med opprettholdelse av kriminalitet: Risiko- og beskyttelsesfaktorer deles inn i statiske og dynamiske faktorer i forhold til muligheter for forandring. Dynamiske behov er de som er mulig å forandre. *Behovsprinsippet* skiller også mellom kriminogene og ikke-kriminogene behov. Kriminogene behov defineres som dynamiske risikofaktorer, og når disse reduseres vil den kriminelle atferden også reduseres. De ikke-kriminogene behovene er også dynamiske, men når disse reduseres vil man ikke oppleve tilsvarende reduksjon i kriminell atferd. Behandlingsprogrammer og tiltak som søker å redusere kriminalitet, må altså rettes mot kriminogene behov for å være effektive. I forhold til *Responsivitetsprinsippet* er man opptatt av hvilken stil og form en intervensjon bør ha for å være virksom. Stilen må innrettes etter den som skal motta tilbudet, og det er ikke slik at ett tilbud passer alle. Det er individuelle evner, læringsstiler og personlighetstrekk som regulerer et menneskets mulighet til å bli motivert og til å lære (Andreassen 2003).

For å redusere tilbakefall til *kriminalitet generelt* bør tiltakene videre være strukturerte, systematiske og rette seg mot lovbruterens kriminalitetsrelaterte tankemønstre og atferd. I stedet for å være straffende bør det fokuseres på belønnende og forsterkende prinsipper, og det må sikres at involverte tilsatte får kvalifisert veiledning og opplæring for å sikre kvalitet og integritet. Til sist skal tiltakene sikre at de tilsatte forholder seg til

Risikoprinsippet

Behovsprinsippet

Responsivitetsprinsippet

den innsatte/domfelte på en konstruktiv måte som er preget av responsivitet (Andreassen 2003).

Disse prinsippene er altså anbefalinger fra forskningslitteraturen om hvilke prinsipper som har betydning for å redusere tilbakefall generelt. Ifølge James Bonta (1997) er det tre forutsetninger for å kunne overføre denne forskningen til praksis. Første forutsetning er at organisasjonen har solid verdiforankring i rehabiliterende tiltak. Dette vil si at man lar rehabiliterende tiltak være styrende for beslutninger, og at disse er godt balansert i forhold til behovet for kontroll. Organisasjonen må forplikte seg med hensyn til tid og ressurser som benyttes til dette. Andre forutsetning er at organisasjonen tar i bruk reliable og valide instrumenter i kartlegging av lovbrysterens risikoprofil og behov knyttet til dette¹⁰. Den siste forutsetningen er å benytte tilnærminger som baserer seg på kognitiv atferdsorientert teori og metode (Bonta 1997, Andreassen 2003, Sherman et. al. 2003).

I Storbritannia har man ut fra ovennevnte forskning laget en guide som beskriver ulike prinsipper som bør ligge til grunn for en effektiv kriminalomsorg. For det første skal prinsippene om risiko, behov og responsivitet legges til grunn. Videre bør tiltakene være ferdighetsorienterte, fremme aktivitet, ha fokus på problemløsning i sosiale interaksjoner samt andre typer mestringsferdigheter. Det skal også være integritet i tiltakene som sikrer kompetanse, veiledning, og gode beskrivelser av mål og stil i gjennomføringen. Til sist skal tiltakene baseres på nærhet til samfunnet og søke oppfølging eller utprøving i samfunnet (Home Office 2003).

5.1.3 Effektive tiltak ovenfor rusmisbrukere

I sum viser forskningen på effekter av ulike behandlingsmetoder rettet spesielt mot rusmisbrukere i fengsel, at behandling påvirker tilbakefall til kriminalitet, men at effektene er små.¹¹ To behandlingsformer peker seg imidlertid ut sine positive effekter på både tilbakefall til kriminalitet og til rusmisbruk – nemlig terapeutiske samfunn og restrukturerende og atferdsterapeutiske programmer.

Effekt av behandling

¹⁰ Validitet sier noe om hvor godt instrumentene gir svar på det vi ønsker å måle, mens reliabiliteten handler om hvor pålitelige svarene er.

¹¹Fridell og Hesse gjennomgikk et 150-talls forskningsstudier, inkludert 14 meta-analyser, som viste effekter av ulike behandlingsmetoder rettet mot narkomane i fengsler. Ut fra disse studiene gjorde de en fordypende analyse av 51 randomiserte studier, som både målte tilbakefall til misbruk og til kriminalitet generelt. Kun 22 av disse inneholdt sammenlignbare data og ble gjenstand for en meta-analyse av effektnivåene i de studerte intervensjonene (BRÅ 2005).

Terapeutiske samfunn

De tiltakene som viser best resultater overfor rusmisbrukere i fengsel, er *terapeutiske samfunn*. Karakteristisk for disse er at de har en hierarkisk struktur og en sterk påvirkning på den enkelte og på gruppen. Påvirkningen skjer i stor grad ved bruk av gruppeteknikker. Det kreves engasjement og forandring av destruktiv atferd gjennom ulike metoder for å lære ny atferd i interaksjon med andre mennesker. Videre er det i terapeutiske samfunn strenge krav til avholdenhet fra stoff og kriminell atferd. Det anses som helt avgjørende at de tilsatte i terapeutiske samfunn klarer å skape delaktighet, slik at gruppen selv etablerer gode normer som motvirker kriminell holdning og atferd (Fridell 1996, Andreassen 2003, Sherman et. al. 2003). I tillegg til prinsippet om en slik positiv interaksjon i gruppen, benytter terapeutiske samfunn ulike behandlingsmetoder. Disse inkluderer ofte behandling med atferdsterapeutiske innslag – enkeltvis eller i grupper, ofte supplert med selvhjelpsgrupper basert på 12 trinns-ideologien¹².

Det er vanlig at behandlingen i terapeutiske samfunn inneholder både en fengselsdel og en etterfølgende friomsorgsdel, noe som synes å bedre effekten av behandlingen. Av særlig stor betydning for gode resultater, er at den sammenhengende behandlingstiden er tilstrekkelig lang, dvs. minst 3–6 måneder (BRÅ 2005).

Sealocks undersøkelse av 700 rusmisbrukende ungdomskriminelle støtter opp om disse resultatene (Sealock, Gottfredson & Gallagher 1997). De ungdommene (n=298) som mottok 2 måneders institusjonsbehandling, ble vurdert å ha lavere rusmisbruk og fikk bedre kognitive ferdigheter enn kontrollgruppen som kun mottok rådgivning (n=222). Ungdommene som ble intervjuet med standardiserte intervjuer, ble evaluert ved oppstart og etter avsluttet institusjonsopphold. Resultatene av undersøkelsen viste at de som hadde oppholdt seg på institusjon hadde lavere rusmiddelmisbruk og bedre kognitive ferdigheter. Etter utskrivning var det imidlertid ingen forskjell i risiko for nye arrestasjoner, men de som hadde oppholdt seg i institusjon begikk ikke nye kriminelle handlinger like raskt som kontrollgruppen. En konklusjon som trukket på bakgrunn av denne undersøkelsen, var at 2 måneders institusjonsbehandling er å anse som for kortvarig for denne gruppen (Andreassen 2003).

¹² 12 trinns-behandling er en fellesbetegnelse på behandlingsmetoder som bygger på programmet til Anonyme Alkoholikere (AA). Ideologien assosieres også med Minnesota-navnet, etter delstaten hvor mye av denne retningens behandling og forskning har sitt utspring. Innenfor denne metodikken spiller tidligere rusavhengige ofte en sentral rolle i behandlingsarbeidet. Mange andre behandlingsopplegg, så som terapeutiske samfunn, anbefaler sine deltakere å gå i åpne selvhjelpsgrupper som AA eller Anonyme Narkomane enten parallelt eller som ettervernstiltak (AA 1995).

Det er i Norge etablert egne behandlingsopplegg rettet mot rusmisbrukere som baserer sitt arbeid på prinsippene for de terapeutiske samfunn. Stifinner'n i Oslo fengsel og Ungfirer'n i Trondheim fengsel er eksempler på slike.

Tyrikkollektivet

Tyrikkollektivet, et tiltak for ungdom med problematferd generelt, som også benyttes overfor enkelte ungdommer underlagt straffegjennomføringen, kan også sies å arbeide etter disse prinsippene. I perioden 1980–1993 gjennomførte Tjernsland (1995) en retrospektiv studie av hvordan det var gått med omlag 115 av de ungdommene som hadde vært plassert ved Tyrikkollektivet. Aldersgruppen ved plassering var mellom 16–19 år, og kun 28 % av plasseringene var frivillige. Bakgrunnsdata ble samlet inn i forhold til rus, familieforhold og skolegang. 25 % av ungdommene ble vurdert å være viderekomne misbrukere som ved inntak hadde brukt narkotiske stoffer daglig i inntil 2 år, 30 % hadde brukt narkotiske stoffer i 2–4 år, mens noe over 40 % hadde brukt stoffer i mer enn 4 år. Et gjennomgående funn var at jo lenger tid i behandling, desto bedre resultater. Tre elementer ble trukket frem som sentrale elementer i behandlingen. Ungdommene skal for det første få økt selvinnsikt og lære nye måter å handle på. Videre legges det vekt på faktorene 'tid' og 'tilhørighet', og et typisk opphold varer i 18 måneder. Dersom det i overgangsboligen som tilbys etter endt opphold oppstår problemer, er det muligheter for å komme tilbake. Altså legges det vekt på ettervernet. Til sist vektlegges det å skape tilknytning og å bygge opp gode relasjoner til andre (Andreassen 2003).

Påvirkningsprogram

En annen type behandling i kriminalomsorgen som har vist seg å redusere risikoen for tilbakefall for rusmisbrukere, er restrukturerende og atferds-terapeutiske påvirkningsprogram (Andreassen 2003, Sherman et al. 2003, BRÅ 2005). Disse kan inngå som en del av et terapeutisk samfunn eller de kan tilbys i andre typer fengsels- og friomsorgsmiljø.

I fagstrategien for norsk kriminalomsorg oppgis en liste med krav til programmer som benyttes i Norge (Strategi for for faglig virksomhet i kriminalomsorgen 2004–2007). Felles for denne type programmer er at de har et atferdsmodifiserende utgangspunkt, og det store flertall av dem baserer seg på læringsteori. De er manualbaserte, krever en utdanning av instruktørene, og behandlingen kan både gis individuelt og i grupper. Norsk kriminalomsorg benytter en rekke slike programmer. Noen er utviklet i Canada, England og USA, mens andre er utviklet her hjemme. Det første programmet som ble innført i norsk kriminalomsorg var «Traffikk og rus» – et kort program opprinnelig etablert for promillekjørere. Senere er andre kognitive rusprogrammer innført, som f.eks. «Ruspro-

Kognitive rusprogram

gram i fengsel» (Rif) og «Mitt valg», som benyttes i friomsorgen. Disse kognitive rusprogrammene er hentet fra kanadisk kriminalomsorg (CSC). Hensikten er å redusere både risikoen for tilbakefall til rusmisbruk og til kriminell atferd. Programmets intensjoner er å motivere til atferdsendring og skape holdninger som er uforenlig med rusmisbruk. Når det gjelder utvelgelse av domfelte til programmet, arbeider KRUS i henhold til retningslinjene gitt av CSC, som anbefaler at alle fengselsinnsatte som vil starte med Rif, testes med ulike tester¹³ før de eventuelt tas opp som deltakere i programmet. Programmet egner seg for personer som har moderate, betydelige eller alvorlige rusproblemer. Testingen må gjennomføres for å sikre at personene vil ha nytte av programmet (KRUS 1995).

De fleste påvirkningsprogrammer som drives i regi av kriminalomsorgen i dag, har rusmiddelproblematikk som et av flere fokusområder¹⁴. Forskning i forhold til effektene av programmene viser at rekruttering av rette deltakere til programmet og instruktørens evne til formidling og relasjonsbygging er helt avgjørende for resultatet (jf. f.eks. Isdal et al. 2006, Friestad 2005).

Falshaw et al. (2003) som evaluerte de to kognitive programmene «Reasoning & Rehabilitation» og «Thinking Skills» (senere kjent som «Enhanced Thinking Skills») fant at hvordan de tilsatte leverte programmene, og motivasjonen hos både hos tilsatte og innsatte har stor betydning for resultatet. Mens den første evalueringen av programmene i perioden 1992–1996 hadde vist reduksjon i tilbakefall blant deltakerne, var resultatene av evalueringene i perioden 1996–1998 ikke like positive. Forklaringer som ble gitt på denne nedgangen, var at det i første periode var høyt motiverte tilsatte som frivillig ønsket å arbeide med programmet, som ble rekruttert. Likeså ble høyt motiverte innsatte plukket ut til å delta. Etter hvert som programmene ble spredt til stadig flere fengsler og deltakere, endret dette seg. Ikke alle tilsatte og innsatte var nå like motiverte. Videre endret man målgruppen ved at programmet nå ble gitt til innsatte med lavere risiko, mens det tidligere hadde blitt gitt til en gruppe med høyere grad av risiko.

Slike forhold er av betydning også her hjemme. Avpassing av målgruppen til de ulike programmene eller tiltakene, hvordan de tilsatte leverer programmet eller arbeider med de innsatte/domfelte, samt begge parter motivasjon, synes å være viktige faktorer for å bedre resultatene av programlevering og behandling (Andreassen 2003, Friestad 2005).

¹³ DAST, alkoholtesten ADS og PRD (Problem Related Drinking Scale).

¹⁴ For beskrivelse av disse se «Programbanken» på nettsidene til KRUS: www.krus.no.

5.2 Behov for helhetlige tiltak

Som vi så over øker noen tiltak rettet mot rusmisbrukere i fengsel altså sannsynligheten for tilbakefall, mens andre forebygger tilbakefall til misbruk og kriminalitet (Kider et. al. 2003, Smith et al. 2004).

Ifølge *St.prp. nr. 1 (2005–2006)* har kriminalomsorgen som hovedmål å gjennomføre varetektsfengsling og straffereaksjoner som er betryggende for samfunnet, og som motvirker nye straffbare handlinger. Det skal legges til rette for at lovbryster kan gjøre en egen innsats for å endre sitt kriminelle handlingsmønster. Narkotikakontrollen er i denne forbindelse et betydningsfullt element, og skal medvirke til at domfelte får gjennomføre straffen i et miljø som ikke preges av rusmisbruk eller andre kriminelle forhold.

Samtidig er det som påpekt i forrige kapittel, viktig å huske på at narkotikakontrollen har en del menneskelige omkostninger som må tas med i betraktning når man vurderer hvilket kontrollnivå og hva slags kontroll som er hensiktsmessig å benytte. Gjennom å intensivere kontrollen vil den domfelte/innsatte tape større deler av sin frihet. Det å bli kontrollert, å få innskrenket kontakt med sin familie og venner, å stadig måtte bevise sin uskyld i form av at man ikke har tatt eller oppbevarer stoff, vil prege både den innsattes syn på seg selv og hans/hennes forhold til sine omgivelser (Mathiesen 1995, Christie 1982, Christie & Bruun 2003, Friestad & Hansen 2004). Clemmer beskrev allerede i 1940 hvordan fangene gjennom opphold i fengsel sosialiseres inn i en fangekultur som skiller seg negativt fra det øvrige samfunnets normer. Denne effekten kalt Clemmer for *prisoniseringseffekt*. Modellen ble undersøkt og videreutviklet av Weeler (1961). Gjennom å be tilsatte og innsatte ta stilling til hypotetiske konfliktsituasjoner, fant Weeler at det ved begynnelsen av et fengselsopphold var størst overenstemmelse mellom de tilsattes og de innsattes holdninger, men at det gradvis ble større avstand mellom de to gruppernes opplevelser, og dermed holdninger. Mot slutten av oppholdet tilpasset de innsatte seg i større grad samfunnets normer, men de kom ikke tilbake til det samme nivået i holdninger som de hadde før innsettelsen (Hauge 2001). Ikke bare kan et fengselsopphold bidra til å endre den domfeltes og samfunnets syn på personen, men det kan også bidra til en materiell *prisonisering*, dvs. at de etter fengselsoppholdet får redusert sine personlige eiendeler, bolig, jobb etc. (Ødegaardshaugen 2005).

Det er i dag bred enighet om at kriminalitet og misbruk er et sammensatt problem som krever innsats på flere områder samtidig. Rusmisbruk er ofte kun ett av flere problemer de domfelte sliter med, og disse kan ikke løses med verken rusmiddelkontroll eller rusbehandling alene. Levekårs-

situasjonen til de innsatte rusmisbrukerne i norske fengsler tegner et bilde av alvorlig marginalisering og opphopning av levekårsproblemer på flere områder (Friestad & Hansen 2004). I en intervjuundersøkelse oppgir halvparten av misbrukerne at de trenger behandling for å komme ut av sitt misbruk, men de sier videre at ressurser på områder som bolig, arbeid, utdanning, venner og fritid, er like avgjørende for å kunne leve et rusfritt liv (Hörnquist 2003, Nesvik 2005).

En meta-analyse av behandlingsstudier i tilbakefall til misbruk og kriminalitet viser at effektene var større på tilbakefall til misbruk enn tilbakefall til kriminalitet. En så her at kriminell atferd reduseres mer hos misbrukere som har kriminalitet som sekundært problem når de tas inn i behandling, enn hos de som har misbruk som et sekundært problem (BRÅ 2005:15). Det er derfor av stor betydning å kartlegge hvilke problemer den innsatte/domfelte har i forhold til misbruk og kriminalitet, ettersom dette er faktorer som påvirker resultatene av innsatsene som gjøres. For å klare dette behøver kriminalomsorgen et godt kartleggingsverktøy som kan hjelpe til med å klargjøre hvilke tiltak en person har behov for og kan dra nytte av. OASys og/eller andre kartleggingsverktøy kan bidra til å systematisere og strukturere et slikt kartleggingsarbeid under straffegjennomføringen¹⁵.

Etter Straffegjennomføringslovens § 4 skal kriminalomsorgen i samarbeid med andre offentlige etater legge til rette for at innsatte og domfelte får de tjenester de etter loven har krav på. Dette innebærer at innsatte og domfelte har de samme rettighetene som befolkningen for øvrig i forhold til primærhelsetjenester, spesialisthelsetjenester og sosiale tjenester m.m. I en helhetlig tiltakskjede er mange samarbeidspartnere aktuelle. Pårørende, frivillige organisasjoner, aetat, Husbanken, religiøse institusjoner og mange andre kan ha mye å bidra med i forhold til de problemer og behov den domfelte har for å kunne endre sitt liv i forhold til rusmisbruk og kriminalitet. I et rehabiliteringsarbeid er det grunnleggende at det trekkes veksler på de ressurser som finnes i domfeltes eksisterende nettverk. Dette kan f.eks. være familie og rusfrie venner.

Helse- og sosialtjenesten er helt sentrale samarbeidspartnere for rusmisbrukere. Forholdene må legges til rette slik at tiltak som er iverksatt ovenfor rusmisbrukeren kan følges opp før, under og etter straffegjennomføring. Misbrukere som ønsker behandling og oppfølgingstiltak

¹⁵ OASys (Offender Assessment and Management System) er et risiko-kartleggingsverktøy som anslår sannsynligheten for nye lovbrudd, og i tillegg hva personen må jobbe med for å redusere risikoen for å begå nye straffbare handlinger. OASys skal implementeres i kriminalomsorgen og målet er at dette verktøyet skal gi viktig informasjon som vil bidra til en mer effektiv straffegjennomføring (Årsmelding OASys prosjektet 2005).

Levekår

Kartlegging

Rettigheter

Tiltak overfor gjengangere

under soningen, skal få vurdert sine behandlingsbehov, og om nødvendig få igangsatt egnede tiltak, som igjen følges opp etter avslutning av straffen. I *St.prp. 1 (2005–2006)* sies det at egnede tiltak for rusmiddelmissbrukere er et prioritert område. For mer effektivt å kunne tilby helhetlige tiltak til rusmiddelmissbrukere i fengsel og friomsorg, er det derfor også nødvendig å intensivere samarbeidet mellom kriminalomsorgen og en rekke andre aktører. «Tiltak overfor gjengangere» (TOG), et prosjekt i Region Øst, hadde et slikt siktemål. Prosjektets involverte arbeidet med å styrke forvaltningssamarbeidet mellom kriminalomsorgen, hjelpe- og omsorgsetater, fagpersoner og andre interessenter rundt hver enkelt domfelt/innsatt som deltok i prosjektet. Evalueringen av prosjektet viser at et slikt koordinerende arbeid rundt den enkelte gir klart positive utslag i forhold til tilbakefall, både med hensyn til kriminalitet og rusmisbruk (Nesvik 2005).

Narkotikaprogram med domstolskontroll

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er en ny straffereaksjon som startet opp som et 3-årig prøveprosjekt i 2006. Det skal bidra til at rusmiddelmissbrukere reduserer, eller aller helst blir kvitt, sin avhengighet av rusmidler. I forhold til den enkelte deltaker blir det etablert et individuelt tilpasset rehabiliteringsopplegg, som skal redusere faren for ny kriminalitet og fremme domfeltes rehabilitering. Retten kan bare fastsette vilkår om å gjennomføre narkotikaprogram dersom domfelte samtykker. Rehabiliteringsopplegget utarbeides og følges opp av et team som består av representanter fra ulike forvaltningsgrener. Før saken fremmes for retten, skal teamet utarbeide et opplegg for narkotikaprogrammet med forslag til vilkår for gjennomføringen. Opplegget går over fire faser. I denne straffereaksjonen har domstolen en annen rolle enn den tradisjonelle. Det er domstolen som skal oppheve, endre fastsatte vilkår og sette nye vilkår, samt fastsette reaksjon ved brudd på vilkår og ved eventuelle nye straffbare handlinger i prøvetiden. Det er også domstolen som foretar faseflytninger i programmet.

5.2.1 Den praktiske hverdagen i kriminalomsorgen

Selv om de ulike enhetene har sine særegne utfordringer i forhold til arbeidet med rusmisbrukere, må en generelt som tilsatt i kriminalomsorgen til enhver tid forholde seg til mennesker med misbruksproblematikk og deres pårørende. Dette er omfattende oppgaver for den enkelte tilsatte. For å oppfylle kravene i Straffegjennomføringsloven § 2 og § 3, er det viktig at den tilsatte gradvis bygger opp sin kompetanse og systematisk forsøker å bedre sin arbeidsutførelse. Videre er det viktig at enhetene fører en bevisst politikk, som ser ulike tiltak som kontroll og motivasjonsarbeid i en sammenheng, og samarbeider med offentlige og private aktører i rehabiliteringsarbeidet rundt den enkelte.

Kontaktbetjentordningen er et viktig tiltak i denne forbindelse. I følge rundskrivet om kontaktbetjentarbeid, har kontaktbetjenten et særlig ansvar for å følge opp den innsatte under straffegjennomføringen (KSF 2002/2). Kontaktbetjentens oppgaver varierer noe fra fengsel til fengsel, men hovedfunksjonene er å sikre at den innsatte får informasjon om fengselet, om hvilke rettigheter og plikter han/hun har, og om kontaktbetjentens oppgaver og avgrensning i forhold til disse. Kontaktbetjenten skal snarest mulig etter innsettelsen gjennomføre en kartlegging av problemer, behov og ressurser, og støtte og motivere den innsatte til å arbeide konstruktivt under sitt opphold i fengselet. En kontaktbetjent skal være et bindeledd mellom den innsatte og fengselet for øvrig, og han/hun skal medvirke i fremtidsplanleggingsprosessen. Arbeidsoppgavene handler også om å bistå ved henvendelser utad, f.eks. til helsetjenesten, sosialkontor, arbeidskontor og skolemyndigheter.

Hvem som tar de operative beslutningene i forhold til ruskontroll og reaksjoner, vil avhenge av type fengsel og tid på døgnet. Generelt sett har inspektørene et overordnet ansvar for personalet og de innsatte. De har som oppgave å passe på at regelverket følges, og kan i tilknytning til rus f.eks. komme inn i forbindelse med reaksjoner som overføringer til andre fengsler. Førstebetjentene kommer hovedsakelig inn når det skal tas beslutninger i forhold til en enkelt innsatt. Dette kan dreie seg om urinprøvetakning eller andre reaksjoner som følge av mistanke om ruspåvirkning, innsmugling eller salg av stoff. Verksbetjentene i arbeidsdriften og ansatte i skolen har mye å gjøre med de innsatte på dagtid. De har således en viktig rolle i forhold til påvirkning og oppfølging av innsatte med rusproblemer, og er sentrale observatører i forbindelse med rusmisbruk. Ved mistanke om at de innsatte er ruset, skal de melde det videre til den som har det operative ansvaret.

En viktig forutsetning for en god straffegjennomføring er at dagliglivet i fengslene fungerer tilfredsstillende og bygger opp under motivasjons- og læringsprosesser. Det viktigste bidraget for å nå denne målsettingen skjer i det daglige samspillet mellom innsatte og tilsatte. Miljøarbeid inngår i varierende grad i det vanlige arbeidet som utføres av betjentene på avdeling. Fengselsskolen har i mange år gitt aspirantene ved KRUS opplæring i miljøarbeid. Ved FOU-avdelingen utarbeides det for tiden et etterutdanningskurs i «Strukturert miljøarbeid som metode», som skal tilbys ledere og andre tilsatte i kriminalomsorgen.

Grunnet problematikkens kompleksitet vil den tilsatte ikke alltid selv ha tilstrekkelig kompetanse til å hjelpe den innsatte eller domfelte, men den tilsatte skal ha kunnskap om hvordan og hvor nødvendig kompetanse kan skaffes til veie. Under gjennomføring av straff i fengsel eller friom-

Kontaktbetjentordningen

Verksbetjentene

Miljøarbeid

sorg har kriminalomsorgens tilsatte et spesielt ansvar for å etablere et samarbeid mellom helsetjenesten, skolen, sosialtjenesten og aetat. Det skal samarbeides med helsetjenesten og sosialtjenesten når rusmiddelmissbrukere i kriminalomsorgen har behov for behandling og oppfølgingstiltak, og for å raskest mulig sikre kartlegging og kontaktetablering med primærhelsetjenesten og sosialtjenesten ved behov. Kriminalomsorgen og de tilsatte skal gi nødvendig informasjon til helsetjenesten og sosialtjenesten om behov for poliklinisk behandling, straffegjennomføring i institusjon (§ 12), individuell plan, LAR osv.

Heldøgnsopphold i institusjon

I Straffegjennomføringsloven § 12 åpnes det opp for at straffen i særlige tilfeller helt eller delvis kan gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon. *St.prp. 1 (2005–2006)* vektlegger at flere innsatte skal få tilbud om denne typen soning. Dette tilbudet er aktuelt dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller at andre tungtveiende grunner taler for det. Rusproblematikk kan være en slik grunn. Domfelte må selv søke om § 12-soning, og det er fengselslederen som har ansvaret for straffegjennomføringen som fatter vedtak. Oppholdet skal vanligvis ikke vare lengre enn ett år. Dersom det foreligger en henvisning fra fastlegen eller fengselslegen, kan saken vurderes av helsevesenet, som kan innvilge pasientrettigheter for vedkommende. Sikkerhetsmessige vurderinger og sviktfarevurdering blir imidlertid alltid prioritert når det gjelder å innvilge eller avslå en søknad.

Det skal legges til rette for at innsatte skal kunne fortsette behandling som er satt i gang før innsettelse, og for at poliklinisk behandling utenfor fengsel ved permisjon/fremstillinger skal være mulig å gjennomføre. Tilsatte skal så tidlig som mulig samarbeide med primær- og spesialisthelsetjenesten om koordinering av tiltak som skal følges opp etter straffegjennomføringen, og om å legge til rette for at individuelle planer følges opp. Dette vil si at den tilsatte skal delta i prosesser rundt den enkelte sammen med aktuelle etater og instanser, og skape fora der informasjons- og erfaringsutveksling kan skje. Retten til individuell plan ble innført med Pasientrettighetsloven i 2001, og den gjelder for alle pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. I praksis vil dette gjelde de aller fleste tyngre rusmisbrukere. Retten er tilsvarende hjemlet i flere deler av lovverket, slik at den forplikter både kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten, alt etter hvilke instanser som er inne i saken. En slik individuell plan skal utarbeides i samarbeid med den enkelte, og den skal inneholde beskrivelser av behov, handlingsmål og ansvarshavende for gjennomføring (Syse 2004). Det poengteres spesielt i regjeringens handlingsplan for perioden 2006–2008, at innsatte skal sikres et likeverdig tilbud som andre samfunnsborgere ved at spesialisthelsetjenestens og sosialtjenestens tilbud i fengslene styrkes. Videre heter det

at domfelte rusmisbrukere med særlig behov for oppfølging skal få tilbud om å gjennomføre straffen i *rusmestringsenheter* i enkelte fengsler. Slike tiltak skal ha særlig fokus på tilrettelegging av tverrfaglig forvaltnings-samarbeid med aktuelle instanser eksternt. Disse målsetningene følges opp i *St.prp. nr. 1 (2005–06)* ved at kriminalomsorgen skal utarbeide en helhetlig rusmiddelstrategi som omfatter både kontroll- og rehabilite-ringsaspekter. Arbeidet er i gang med etablering av *koordinerende rus-team* i de største fengslene. Teamene skal i tillegg til tverrfaglig samarbeid også ha oppgaver knyttet til informasjon og kompetanseutvikling.

Godt rusforebyggende arbeid forutsetter en god relasjon mellom inn-satte/domfelte og tilsatt. Gjennom samvær og jevnlig samtaler med inn-satte/domfelte vil den tilsatte kunne oppdage endringer i atferd og/eller andre tegn og symptomer på at ulovlige rusmidler benyttes. Når den til-satte mistenker at slik bruk finner sted, bør en samtale med personen det gjelder om temaet, prioriteres. I friomsorgen vil det ofte være saksbe-handleren som gjennomføre disse samtalene, mens det i fengselet vil være naturlig at kontaktbetjenten gjør det. Det er i denne sammenhengen avgjørende at de tilsatte har tilstrekkelig kunnskap om tegn og sympto-mer, og at de har gode samtaleferdigheter og holdninger som muliggjør en konstruktiv dialog.

5.3 Samtaler og videre oppfølging

Den tilsatte bør i en samtalesituasjon innledningsvis stille spørsmål til den innsatte/domfelte om hvordan han/hun har det. Den tilsatte bør også tidlig formidle hva han eller hun konkret har observert av tegn og sym-ptomer, og snakke med personen om dette på en spørrende og ikke-for-dømmende måte. Dersom personen uttaler ikke å ha brukt ulovlige mid-ler, men den tilsatte likevel ønsker å foreta kontroll, kan dette gjøres på ulike måter (se kapitlene 8 og 9). Den tilsatte bør klargjøre hva som videre kommer til å skje, og hvilke valg personen har i situasjonen. Når prøvesvar foreligger, bør domfelte/innsatte innkalles til en ny samtale hvor reaksjoner på eventuell positiv prøve tilkjennegis. Det er viktig å huske på at den tilsatte både i denne situasjonen og senere skal arbeide med å motivere personen til å endre sitt rusmisbruk. Som tidligere nevnt, viser forskning at straff og sanksjoner i seg selv ikke bidrar til å endre rusatferd. De tilsatte forventes altså ikke bare å ha kunnskap om kontroll og iverksettelse av sanksjoner ved brudd på regelverk, men også å ha kunnskap om hvordan man følger opp og motiverer en innsatt/domfelt til å gjøre noe med sitt misbruk.

Motiverende samtale

Kriminalomsorgen har i denne forbindelse satset spesielt på å gi de tilsatte opplæring i «Motiverende samtale» eller Motivational Interviewing (MI). MI er en samtalemetodikk med teoretisk fundament fra sosialpsykologi, kognitiv atferdsteori og humanistisk psykologi. Den er en klient-sentrert, veiledende metode, som søker å øke motivasjon for endring ved å utforske og få frem ambivalens (Miller & Rollnick 2002:25). Metodens prinsipper og teknikker, som har vist seg virksomme i motivasjons- og endringsarbeid, innbefatter bl.a. at den tilsatte skal skape en god atmosfære, vise empati og en støttende holdning. Bruk av åpne spørsmål, utforsking av ambivalens, fremlokking og speiling (refleksjon) av ytringer som har fokus på endring, er også viktig. Den tilsatte skal videre bekrefte og oppsummere de innsattes/domfeltes fortellinger, samt lokke frem endringsfokuserte utsagn. I et motivasjonsarbeid er det viktig å huske på at i enhver endringsprosess vil motivasjonen variere, og det vil som oftest finnes episoder med tilbakefall.

Endringsfokuserte utsagn

At de tilsatte på ulike nivåer skaffer seg økt kunnskap om rusmiddelkontroll, er ett skritt mot bredere innsikt, noe som gjennom praktisk trening vil gi økt handlingskompetanse. Samtidig er kjennskap til rusforebyggende arbeid minst like viktig for å få en helhetlig forståelse av personen som bruker rusmidler. Det er brukeren som selv er spesialist på eget liv og som har mulighet for å skape varig endring. Videre er det av grunnleggende betydning at det på systemnivå etableres gode samarbeidsrutiner, med interne så vel som eksterne samarbeidspartnere. Det er et ledelsesansvar å legge forholdene til rette slik at de tilsatte får mulighet til å tilegne seg slik kunnskap, og for at systemer for slikt samarbeid tilrettelegges.

6 Rusmiddelkunnskap, tegn og symptomer

Sentrale stikkord i kapittelet:

- Abstinens
- Avhengighet
- Demente stoffer (eks. benzodiazepiner, opiater)
- Hallusinogene stoffer (eks. LSD, meskalin)
- Inntaksmåter (eks. sniffing, injeksjon)
- Medisinske tilstander som likner på ruspåvirkning
- Overdose
- Rus

Dette kapittelet starter med en kort beskrivelse av hvordan rusmidler påvirker nervesystemet. Deretter gis en oversikt over ulike virkninger av rusmidler og hvordan disse kan gjenkjennes hos brukerne. En rekke undersøkelser som kan være med på å styrke eller svekke mistanke om at rusmidler er benyttet omtales, samt generelle tegn og symptomer. Kurset «Tegn og symptomer» har sin opprinnelse fra USA på slutten av 1970-tallet. Amerikansk politi startet da med systematisk evaluering av bilførere som ble mistenkt for kjøring i påvirket tilstand. På bakgrunn av dette utviklet de et program basert på medisinske funn kombinert med tjenestemenns erfaring fra arbeidet med misbrukere. «Tegn og symptomer» har på mange måter vært banebrytende i forhold til å sette narkotikakunnskap blant politifolk i system også i Norge. Dette har også påvirket kriminalomsorgens tilnærming til fagfeltet, ved at flere av våre tilsatte har gjennomgått kurs i regi av politiet. Kriminalomsorgen hadde imidlertid mye narkotikakunnskap før «Tegn og symptomer» ble et introdusert og kjent i Norge, og vi har utviklet vår kompetanse på bakgrunn av praktisk arbeid på eget felt og gjennom ulike teoretiske tilnærminger.

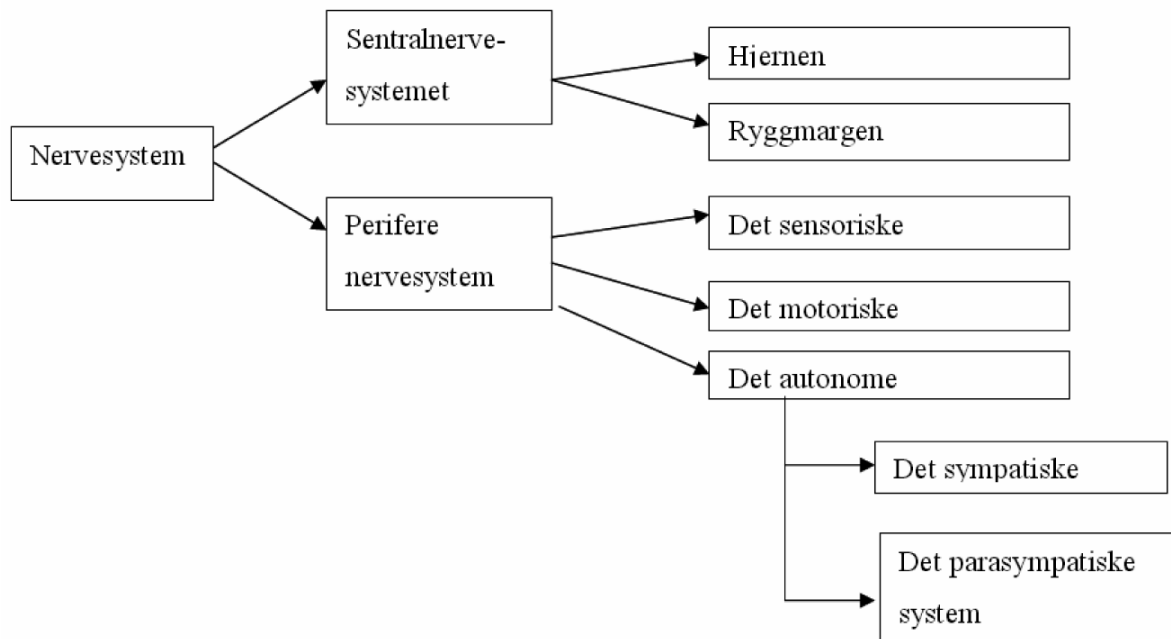
6.1 Nervesystemet

Felles for naturlig og kjemisk rus, er som nevnt før, at de påvirker hjernen som sender signaler videre til kroppen, og ved dette påvirker våre opplevelser. Bruk av rusmidler påvirker i hovedsak nervesystemet, og for å forstå hva som skjer når man bruker rusmidler, bør vi derfor ha litt kunnskap om hvordan nervesystemet fungerer.

Nervesystemet oppdeles gjerne i sentralnervesystemet og det perifere nervesystemet. Sentralnervesystemet omfatter hjernen og ryggmargen. Det perifere nervesystemet utgjør alt nervevev utenfor sentralnervesystemet, og vi skjelner her ofte mellom det motoriske, det sensoriske og det autonome nervesystemet (se f.eks. Øiseth, Kjeldsen & Sundvoll 1999).

Sentralnervesystemet er spesielt viktig i forhold til ulike rusmidlers spesielle effekter. Nedenfor vil vi kort forklare sentralnervesystemets oppbygning og funksjoner, for deretter å se på hvilken virkning forskjellige rusmidler har på det.

Skjematisk kan de ulike delene av nervesystemet oppdeles som følger:

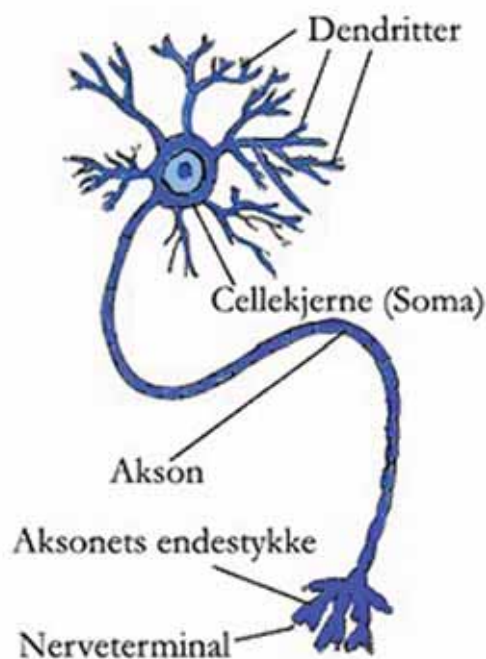


Figur 2 Skjematisk oversikt over nervesystemet

6.1.1 Sentralnervesystemet

Hjernen og ryggmargen kalles sentralnervesystemet. Her samordnes og bearbeides alle innkomne signaler fra nervecellene i kroppen, og herfra sendes signaler ut til kroppens ulike organer. Ryggmargen er hovedforbindelsen mellom hjerne og kropp, og foruten de signalene som sendes direkte gjennom hjernenervene, har den ansvar for de enkle, ulærte refleksene som oppstår som reaksjon på ytre stimuli.

For at hjernen skal kunne sende ut beskjeder til kroppen, er den avhengig av at cellene kommuniserer godt seg imellom, og at alle hjernecellene sender ut riktige signaler. For at cellene skal kommunisere riktig er de avhengige av det vi kaller nevrontransmittere (signalstoffer) som skaper balanse i hjernens sende- og mottakerfunksjon (Smith et al. 2003).



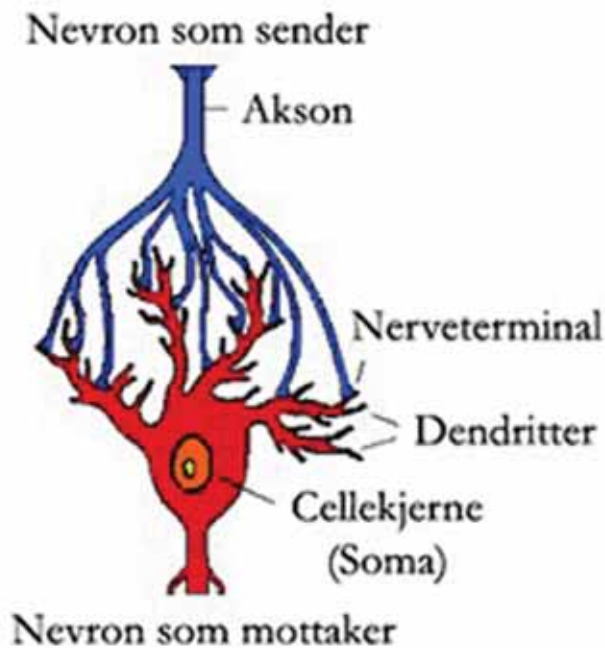
Figur 3 Nervesystemet

Nervecellene

Nervecellene i hjernen, også kalt 'nevroner', er de minste enhetene i nervesystemet. Hver av disse grå cellene er som en liten datamaskin og står i forbindelse med andre nevroner.

Nevroner

Nevroner er nerveceller med 'forgreninger' eller 'utløpere', og de varierer sterkt i størrelse og form. Utløperne er av to slag; 'dendritter' og 'nevritter'. Dendrittene forgrener seg i cellens nærmeste omgivelser og leder inntrykk *inn* til cellen. Nervecellene har bare én nevritt (også kalt 'akson') som kan bli meget lang og leder inntrykk *ut* fra cellen. I sine endeforgreninger har nevritten kølleformede fortykkelser, 'endeføtter', som etablerer kontakten med andre celler. Kontaktstedet kalles en 'synapse', og hver nervecelle har mellom 10 000 og 150 000 kontaktsteder. Ved synapsene er de enkelte nervecellene skilt fra hverandre ved en smal spalte. Her foregår impulsoverføringen fra et nevron til et annet, eller impulsen blir blokkert. Når en nerveimpuls ankommer, blir nevrontransmittere her tømt ut. Altså vil en nerveimpuls 'hoppe' fra en nervecelle til en annen (Smith et al. 2003, Klein 2005).



Figur 4 Nervecellene

Transmittersystemer (signalstoffer)

Impulsoverføringen mellom nervecellene formidles som oftest via kjemiske stoffer som kalles 'signalstoffer'. I alt er det over 70 slike signalstoffer, og de har ulike virkninger på nevronene i hjernen (Smith et al. 2003). Enkelte signalstoffer binder seg til flere mottakerceller og gir forskjellige virkninger på de ulike nevronene. Et signalstoff kan videre ha stimulerende virkning på ett sted i hjernen og hemmende på ett annet. Det finnes en rekke signalstoffer som GABA, substans-P, histamin og endrogene idioider (Håkonsen 2003). Noen andre slike signalstoffer er av betydning i forhold til bruk av rusmidler:

Nevroner som har **acetylkolin** som transmitter, kalles 'kolinerge' nevroner. Vi finner slike nevroner flere steder i hjernen, bl.a. i hippocampus, hvor de er viktige for hukommelsen. Ved ulike former for aldersdemens der personer mister hukommelsen og intellektuelle evner, ser man et svinn av kolinerge nevroner (Håkonsen 2003, Smith et al. 2003).

Nevroner som har **noradrenalin** som transmittersubstans, kalles 'adrenerge' nevroner. Virkningen av disse ses ved inntak av rusmidler som påvirker disse nevronene. Stoffer som kokain og amfetamin hemmer nedbrytningen av noradrenalin, og forlenger dermed den virkningen stimu-

leringen av disse nevronene har. Dette medfører økt stemningsleie og en falsk følelse av å få nye krefter (Håkonsen 2003, Smith et al. 2003).

Dopamin er et annet sentralt signalstoff. Det finnes i nevroner i hjernen som styrer bevegelser, og i nevroner som har betydning for oppmerksomhetsfunksjonen og for læringsevnen. Dopaminet spiller en sentral rolle for belønningssystemets funksjon, og de fleste rusmidler påvirker direkte eller indirekte dopaminsystemet ved at dopamin i synapsespalten øker. Dette gjelder f.eks. stoffer som cannabis, alkohol, amfetamin og kokain. Det blir hevdet at økt aktivitet i dopaminerge nevroner fremkaller symptomer som sees ved schizofreni, som f.eks. hallusinasjoner, forstyrrelser i tankeprosesser og manglende evne til å orientere seg i realitetenes verden (Håkonsen 2003, Smith et al. 2003).

Serotonin er et signalstoff som påvirker nevroner, og som har betydning for humør og stemningsleie, sultfølelse, søvn, våkenhet og smerteopplevelser. LSD er et rusmiddel som påvirker serotinerge nevroner. Det nedsetter smerteopplevelser og sultfølelse, og kan fremkalle hallusinasjoner. Legemidler som øker serotininmengden i nervebanene ved å begrense gjenopptagelsen, har en sterk virkning på depressive tilstander. Ved bruk av stoffer som ecstasy vil serotininmengden minke og brukeren opplever etter hvert symptomer som angst, depresjoner og uro (Håkonsen 2003, Smith et al. 2003).

Endorfiner er kroppens egne opioider. Disse finner vi i hjernens belønningssenter, de utløses ved stress og hjelper en til å holde ut smerte eller være mer utholden. Ved f.eks. bruk av heroin, vil belønningssenteret ved gjentatt bruk settes ut av spill, og hjernens egen endorfinproduksjon avta. For mange som har vært avhengige av heroin, vil trangen til mer stoff være sterk over lang tid. Noen hevder at hvis man først har vært avhengig av heroin, så vil hjernen aldri helt fungere normalt igjen (Bonsak 2003).

6.2 Stoffinndeling

Rusvirkningene av et stoff skjer som nevnt i hjernen. Forskning har vist at helt spesielle deler av hjernen er involvert i fremkallingen av rus (Se f.eks. Håkonsen 2003, Smith et al. 2003). Flere vidt forskjellige rusmidler, som kokain og heroin, har vist seg å føre til samme virkning, nemlig en økning av signalsubstansen dopamin i spesielle deler av hjernen. En økning av dopamin i de samme områder av hjernen skjer også naturlig når man opplever lykke, glede eller tilfredsstillelse av de basale behov som mat, drikke eller seksuell aktivitet. Dette er fra naturens side en måte

å få oss til å «huske» nyttig atferd på, og denne delen av hjernen er derfor viktig i læringsprosesser.

I tillegg til denne felles 'rusvirkningen' har hvert rusmiddel sine spesielle effekter på andre deler av nervesystemet og/eller de påvirker andre signalstoffer. Dette gjør at vi kan finne fysiske og psykiske tegn som er mer eller mindre typiske for de forskjellige gruppene av rusmidler. I følge Statens rettskjemiske institutt (1999) kan vi ut fra disse ulike virkningene dele inn rusmidler i tre hovedgrupper:

1. Dempende stoffer
2. Stimulerende stoffer
3. Hallusinogene stoffer

1. Dempende stoffer

Fellestrekket for disse stoffene er at de nedsetter aktiviteten i sentralnervesystemet med den konsekvens at brukeren blir mindre anspent, mer avslappet og roligere. I større doser vil de kunne føre til søvn, bevisstløshet og i ytterste konsekvens dødsfall som følge av lammelse av åndedretsorganene. Gruppen dempende stoffer kan deles i to undergrupper:

- Sentralt dempende stoffer som f.eks. alkohol og benzodiazepiner.
- Smertedempende stoffer som f.eks. opiater og opioider.

2. Stimulerende stoffer

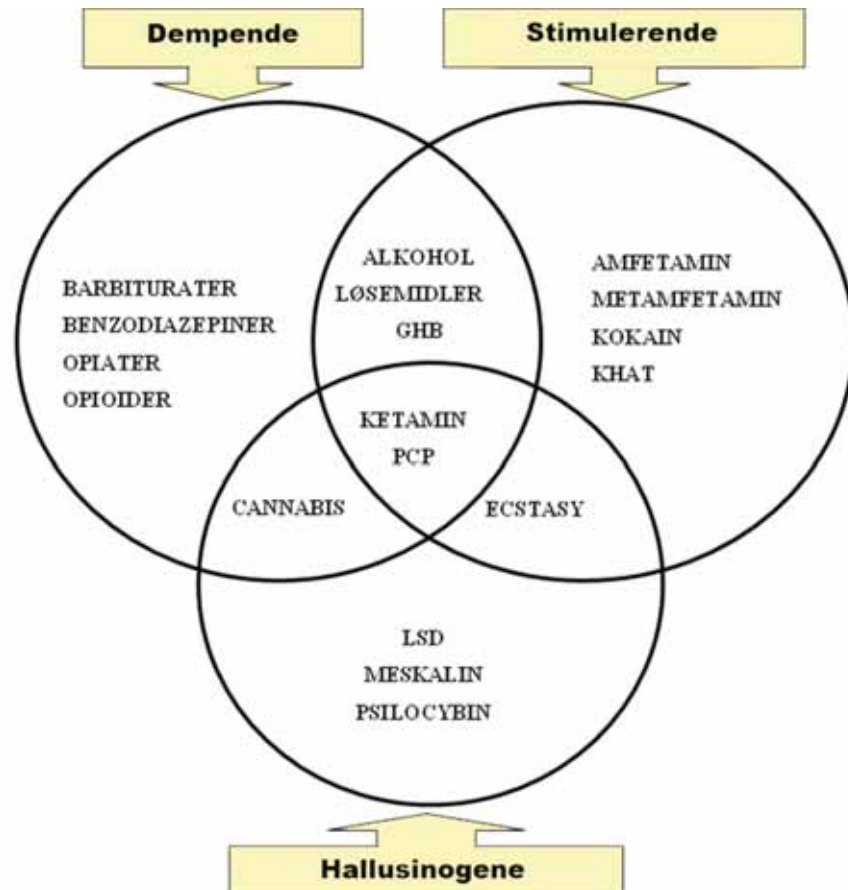
Stoffer tilhørende denne gruppen kjennetegnes ved at de virker stimulerende på sentralnervesystemet. Brukeren vil være aktiv, energisk, oppkvikket og behovet for søvn reduseres. I større doser kan de føre til rastløshet og alvorlige utmattelsestilstander. Kokain er et eksempel på et stimulerende stoff.

3. Hallusinogene stoffer

Fellestrekket for stoffer tilhørende denne gruppen er at de påvirker sentralnervesystemet slik at sanseopplevelsene endres. Farger, lukt og lyd oppleves annerledes enn normalt, og stoffene kan gi sanseinntrykk som ikke er knyttet til virkeligheten – hallusinasjoner. Et eksempel på et klassisk hallusinogent stoff er LSD.

Mange stoffer har mer enn en virkning, og ulike klassifiseringer kan derfor forekomme. For noen stoffer vil også inntaksmengden være vesentlig for hvilken ruseffekt som blir den dominerende. I figuren under vises en oversikt over hvordan stoffene forholder seg til hverandre:

Grupper av rusmidler



Figur 5 Klassifisering av rusmidler

6.3 Hvorfor ruser vi oss og hva skjer?

Alle rusmidler har til felles at de ved hvert eneste inntak vil endre aktiviteten i de deler av hjernen som regulerer følelsene av velvære, belønning, glede, motivasjon og innlæring. Dette er områder i hjernen som er knyttet til opplevelse av naturlige stimuli som mat, drikke, sosiale aktiviteter, seksuelle stimuli og omsorg. Det ser ut til at ett enkelt rusmiddelinntak i større og mer omfattende grad, kan endre hjerneaktiviteten mer enn det naturlige stimuli kan. Dette fenomenet er sentralt i all opplevelse av rus. Den viktigste grunnen til at mennesker benytter rusmidler, er at de gir et hevet stemningsleie i form av at man «kommer i godt humør», blir i «fin form» osv. Samtidig finnes det noen allmenne tegn og symptomer som i større eller mindre grad kan ses etter inntak av de fleste stoffene, avhengig av dose. Slike er svekket koordinasjon og balanse, som kan føre til

sjanglende og klønete bevegelser. Svekket orientering for tid og sted er også vanlig. Svekket hukommelse, innlæringsevne, vurderingsevne og dømmekraft er også fenomener som ledsager de fleste former for rus.

Innenfor gruppen av allmenne tegn og symptomer, er det noe forskjellig profil for de ulike stoffgruppene. I grove trekk vil dempende stoffer i større grad påvirke koordinasjon, balanse og tale. Stimulerende stoffers typiske russymptomer er gjerne uro, rastløshet og svekket kritisk sans. Talen kan også gjenspeile type rus. Dempende stoffer vil typisk ledsages av langsom og snøvlete tale, mens stimulerende stoffer kan føre til rask og springende tale.

For å vurdere de generelle tegnene på rus på en mer objektiv måte, kan det anvendes spesielle tester som er konstruert for å avdekke svekkelse i f.eks. balanse, koordinasjon osv. Andre målbare tegn inkluderer variasjoner i puls, kroppstemperatur, pupillstørrelse eller pupillenes reaksjon på lys og muskelfasthet. Det er mer eller mindre karakteristiske tegn for de ulike stoffgruppene (Statens rettskjemiske institutt 1999).

6.4 Blandingsmisbruk

Ofte vil rusmisbrukere benytte flere ulike rusmidler på en gang, noe som gjør det vanskeligere å tyde resultatet av tester for å styrke eller svekke mistankene om ruspåvirkning og hvilke rusmidler som er benyttet. I følge Sosial- og helsedirektoratet synes blandingsmisbruk å bli vanligere blant misbrukere. Forklaringer som settes frem på dette er at misbrukermiljøet er blitt større, at det eksperimenteres mer med forskjellige stoffer og blandinger, og at økt kompetanse derav kan ha ledet til mer blandingsmisbruk (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

En årsak til at misbrukerne blander stoffer kan være for å oppnå en spesiell form for rus. Ønskes en rus av dempende karakter, kan en misbruker f.eks. innta opioider og benzodiazepiner samtidig. På denne måten kan dempende rus oppnås ved mindre doser opioider, som igjen kan redusere utgiftene til rusmiddelet.

En annen forklaring på et blandingsmisbruk kan være et ønske om å oppnå rus uten å få en for kraftig 'sederende' (sløvende) virkning. Virkningen av de enkelte rusmidlene vil i så fall være 'additiv' (forsterkende) med hensyn til rus når en kombinerer dem. Dette skjer f.eks. ved å blande amfetamin og cannabis. De sentralstimulerende virkningene av amfetamin vil imidlertid kunne motvirke de sederende virkningene av

cannabis. Blanding av ulike rusmidler kan gi uforutsette virkninger, som er ulike de virkningene som ville opptrådt ved bruk av ett rusmiddel alene.

En tredje grunn til å kombinere rusmidler kan være ønske om å behandle/roe ned virkningene av et rusmiddel som har vært brukt over noe tid. En bruker som f.eks. har benyttet amfetamin i flere dager, vil etter hvert oppleve at det utvikles toleranse for den ønskede rusvirkningen, slik at denne blir nærmest borte. Uro, angst og paranoide tanker kan da foreligge som følge av høye amfetaminkonsentrasjoner i kroppen. For å dempe disse uønskede og ubehagelige virkningene, vil brukeren kunne innta benzodiazepiner, som i tillegg også kan gjenskape noe av rusfølelsen. Benzodiazepiner i fallende doser kan således «runde av» en langvarig periode med amfetaminbruk.

De uheldige sidene ved blandingsmisbruk er knyttet både til kort- og langtidsvirkninger. Det viktigste problemet med hensyn til korttidsvirkningene, er at brukeren har vanskeligere for å styre rusen fordi en del av virkningene av de enkelte stoffene blir dempet, mens selve rusen forsterkes. En annen problemskaper er samvirket mellom rusmidlene, som kan øke risikoen for livstruende komplikasjoner. Den pustehekkende virkningen av f.eks. metadon kan forsterkes av samtidig bruk av benzodiazepiner på en mye kraftigere måte enn den rusforsterkende virkningen. Langtidsvirkningene av blandingsmisbruk er lite studert. En ser ikke bort fra at stoffer som brukt alene gir få varige skader, kan gjøre det i større monn når de brukes samtidig med andre stoffer (Sosial- og helsedirektoratet 2004:34).

6.5 Virkninger av bruk og gjentatt bruk

Vår forståelse av avhengighetsbegrepet har økt betraktelig i løpet av de senere år, og den øker stadig, ved hjelp av forskning omkring hvordan hjernen reagerer på enkeltinntak og gjentatt bruk av rusmidler (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Akuttvirkninger av de enkelte rusmidler er godt karakterisert med hensyn til selve virkningsmekanismene og hvor i hjernen de virker. Virkningene vil imidlertid avhenge av inntaksmåten, hvor mye en inntar, dagsform, genetisk bakgrunn og miljøpåvirkning, både i fortid og under det aktuelle inntaket. Det er fastslått at rusmidlene generelt griper inn i de normale prosessene som foregår i hjernen hele tiden, både ved at de forsterker noen av dem og svekker andre. De akutte virkningene av rusmidler er knyttet til en spesifikk påvirkning av kommunikasjonen mellom hjernecellene. Forskjellige områder i hjernen vil være

spesielt følsomme for forskjellige rusmidler. De kjemiske forandringene som kan måles i hjernen etter et rusmiddelinntak, stemmer godt overens med endringer i hjernens aktivitet og blodgjennomstrømning i forskjellige områder, og med vår opplevelse av ruspåvirkningene som behagelig, sløvende, stimulerende, kritikkvekkende osv. Hvert rusmiddel har sin virkningsprofil avhengig av hvilke hjerneområder som påvirkes av de aktuelle rusmiddelkonsentrasjonene, og opplevelsen av rusen preges av dette (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Gjentatt bruk av et rusmiddel vil føre til en vedvarende sterk stimulering av bestemte hjerneområder, og tidligere ruserfaring vil virke inn på reaksjonen på etterfølgende inntak. Deler av rusvirkningene vil kunne svekkes, men andre vil kunne forsterkes. Fortsetter en med inntak i et eller annet mønster som innebærer gjentatt påvirkning av hjernen før sporene etter tidligere inntak er borte, kan endringer av mer permanent karakter inntreffe. Disse virkningene er av tre hovedtyper: Den første er en deregulering av belønnings- og motivasjonssentrene for naturlige stimuli, den andre gjelder oppregulering av den subjektive betydningen en tillegger rusmidlene, og den tredje er knyttet til hjernens overordnede kontrollområder i balansen mellom kortsiktige og langsiktige målsetninger. Som beskyttelse mot overveldende ytre kunstig stimulering, kan det inntre visse tilpasninger i hjernens funksjon som gjerne er motsatt av rusmidlets akuttvirkninger (er stoffet stimulerende, blir tilpasningene ofte av dempende karakter, og omvendt). Når disse tilpasningene inntreffer vedvarer de i lengre tid enn stoffet er i kroppen (Statens rettskiskologiske institutt 1999). Statens rettskiskologiske institutt definerer i denne forbindelse noen sentrale begreper på følgende måte:

Toleranse vil si at en stadig større dose av rusmiddelet er nødvendig for å oppnå samme ruseffekt.

Abstinensreaksjoner kan være fysiske eller psykiske symptomer som oppstår ved reduksjon i tilførselen av et rusmiddel, og som gjenspeiler hjernens tilpasning til rusmiddelbruk over tid. Symptomene ytrer seg vanligvis som motsatt av stoffets rusvirkning. For eksempel vil abstinensen til et dempende stoff ofte kjennetegnes av angst og uro. Dette har viktige praktiske konsekvenser i og med at uttalte abstinenssymptomer fra et dempende stoff kan ligne på russyntomer fra et stimulerende stoff, og omvendt.

Avhengighet er et sterkt, nærmest tvangspreget ønske om stadig å gjenta inntak av et vanedannende stoff. Denne prosessen har minst to komponenter: nemlig ønske om å gjenoppleve 'belønningen' i form av rus, og ønske om å unngå ubehagelige abstinenssymptomer. Disse to komponenter

tene bidrar i forskjellig grad til den totale avhengigheten, og vil være relatert til hvor intens abstinenskomponenten er for hvert enkelt stoff.

I tabellen under oppsummeres aktuelle stoffer i forhold til virkningene av gjentatt bruk som omtalt over.¹⁶ Antall plusser angir graden av toleranse, abstinens og avhengighet, hvorav +++ er størst.

Tabell III. Stoffgrupper og virkninger av gjentatt bruk			
Stoffgruppe	Toleranse	Abstinens	Avhengighet
Alkohol Løsemidler	++	+++	+
Barbiturater Benzodiazepiner	++	++	++
Opiater	+++	++	++
Cannabis	+	(+)	(+)
LSD	(+)	(+)	(+)
PCP	+	++	++
Amfetamin/Ecstasy og Kokain	+	+	++

Overdose er en akutt forgiftningstilstand, og oppstår som oftest etter inntak av heroin eller andre opioider, benzodiazepiner eller alkohol, ofte i kombinasjon (Gads rusmiddelleksikon 1999). Forgiftningen kan være livstruende, og helsepersonell må tilkalles umiddelbart dersom det er mistanke om overdose. Begrepet 'overdose' brukes ofte noe upresist, i og med at det retter oppmerksomheten mot inntatt mengde av et stoff, isolert fra andre risikofaktorer. I praksis er den vanligste helsemessige faren forbundet med samtidig inntak av ulike stoffer eller blanding av narkotiske stoffer, medikamenter og alkohol (Bretteville-Jensen & Ødegård 1999). Sammen med redusert allmentilstand kan slike kombinasjonsinntak utgjøre en fare for akutte fysiske og psykiske problemer, i de mest alvorlige tilfellene med døden til følge. En opparbeidet toleranse for opioider vil kunne være kraftig redusert etter bare få ukers avhold. Ikke alle stoffer eller medikamenter er forbundet med slik fare; de ulike stoffenes virkninger vil bli utførlig behandlet i kapittel 7.

¹⁶ Tabellen og innhold er gjengitt med tillatelse fra Statens rettsstolsiologiske institutt 1999.

I følge Sosial- og helsedirektoratets brosjyre «Fakta om narkotiske stoffer» (2005) og Gads rusmiddelleksikon (1999), kan sentralt dempende midler i *opioidgruppen* alene virke lammende på pustefunksjonen med døden til følge; risikoen øker i kombinasjon med *alkohol*. Inntak av *opioider* i kombinasjon med *benzodiazepiner* eller *flunitrazepam*, øker effekten og dermed faren. På samme måte vil *benzodiazepiner* og *alkohol* gi forsterket ruseffekt, men overdoser er relativt sjeldne. Overdoser av sentralstimulerende midler som *amfetamin* eller *kokain* kan gi uro og forvirring, blodtrykkstigning eller hjertesymptomer, evt. hjerteblim. Epileptiske anfall er relativt vanlig. Tap av bevisstheten kan forekomme. Store doser *kokain* kan også være forbundet med bisarr eller voldelig atferd. Overdosering av *GHB* kan medføre forvirring, omtåket, sløvheter, kvalme, opphisselse, synsforstyrrelser, søvn, skjelving, kramper, hallusinasjoner, koma, pusteproblemer og i alvorlige tilfeller pustestans. Livstruende komplikasjoner vil oftest inntre i kombinasjon med andre stoffer. For *GHB* finnes det ikke medisinsk motgift som kan nøytralisere forgiftningen, slik det gjør for opioidoverdose dersom en kommer til lege i rett tid. Inhalasjon av store mengder *sniffestoffer* på kort tid kan føre til hallusinasjoner, bevissthetstap og krampeanfall.

6.6 Inntaksmåter for rusmidler

Det finnes flere måter narkotika og andre rusmidler kan inntas på. Valg av inntaksmåte bestemmes av hvordan stoffene foreligger, hvor raskt og intensiv man ønsker rusopplevelsen, samt hvilket brukerutstyr man har tilgjengelig.

Oralt

Spising eller drikking er den enkleste inntaksmåten, og krever ikke noe brukerutstyr. Stoffene løses opp i magen og/eller tarmene, for deretter å opptas i blodbanen. Denne inntaksmåten gir en senere og svakere virkning, men samtidig en lengre ruseffekt. Stoffet utnyttes dårligere og må således kompenseres med inntak av større doser for å gi en rusvirkning tilnærmet andre inntaksmåter.

Sniffing

Sniffing vil si at stoffet trekkes inn i nesene, avsettes på slimhinnene i nesene og svelget, og absorberes (oppsuges) derfra inn i blodårene. Denne inntaksmåten vil gi raskere virkning enn ved oralt inntak. Absorpsjon (oppsuging) gjennom slimhinner og blodårevegger er mest kjent gjennom tradisjonell sniffing, men også andre slimhinner kan brukes på tilsvarende måte. Det kan f.eks. være munnhulen, rektum eller vagina.

Røyking/inhalering

Ved oppvarming vil de fleste stoffer gå over til gass som kan inhaleres ned i lungene. Stoffet vil da absorberes gjennom lungeveggene til blodårene. Inhalering av løsemidler virker på tilsvarende måte. Denne inntaksmåten gir en forholdsmessig rask og kraftig virkning.

Injeksjon

Injeksjon vil si at man tilfører stoffet direkte i kroppen ved hjelp av en sprøyte. Denne inntaksmåten kan inndeles i tre undergrupper:

- Subkutan, som vil si at sprøyten settes inn under huden.
- Intramuskulært, som vil si at sprøyten settes i en muskel.
- Intravenøst, som vil si at sprøyten settes rett i en blodåre.

Intravenøs injeksjon er den mest brukte metode ved misbruk av stoffer som heroin og amfetamin i Norge. Dette er den inntaksmåten som gir raskest og kraftigst virkning, men samtidig vil faren være til stede for overdosering. I fengselssammenheng har det ofte vist seg at de innsatte velger inntaksmåter som ikke gir for kraftig rus av redsel for å bli for synlig påvirket og dermed avslørt, men det kan også være en måte å redusere faren for overdose på.

6.7 Generelle indikasjoner på misbruk

Regelmessig kontakt med de domfelte/innsatte gir en god mulighet til å kunne observere ulike endringer. Registrering slike endringer danner grunnlag for å ta en samtale med den domfelte/innsatte om hva en registrerer, og hvilke tanker den innsatte/domfelte selv har om dette. Tegn på begynnende eller etablert stoffmisbruk kan imidlertid være vanskelige å tolke. Ulike personer oppfører seg forskjellig. Små ting som kan vekke mistanke om at noe er galt fatt hos enkelte, behøver ikke å bety noe hos andre. Slike generelle indikasjoner på misbruk kan inndeles i fire kategorier (Statens rettstotsiologiske institutt 1999):

- Forandringer i oppførsel og vaner.
- Fysiske forandringer.
- Funn av gjenstander i klær og på rom.
- Sosiale problemer.

Forandringer i oppførsel og vaner

- Brå forandringer i atferdsmønstre.
- Tap av interesse for arbeid, skole eller deltakelse i fritidsaktiviteter.
- Kontakten brytes eller påfallende skifte av ellers faste omgangsvener.

- Generelt inntrykk av at misbrukerens fortrolighet og interesse ovenfor tilsatte, innsatte, pårørende, arbeidsgivere eller kollegaer blir dårligere.
- Økt oppfarehet og irritabilitet.
- Spesielt pratsom utover det normale, men hopper fra emne til emne uten klar sammenheng.
- Stadig bruk av langermede plagg selv i sterk varme.
- Økt pengebehov.
- Sterke meninger om, eventuelt latterliggjøring av, media eller autoriteters fremstilling av rusmisbrukere og stoff.

Fysiske forandringer

- Dårlig matlyst og vekttap.
- Kvalme og oppkast.
- Generelt redusert allmenntilstand.
- Kløe i ansikt og hals.
- Sterkt sammentrukne eller sterkt utvidede pupiller.
- Røde, blodsprengte og/eller tårefylte øyne.
- Stadig rennende nese.
- Merker etter nålestikk, arr og blåmerker.
- Lukt av åndedrett.
- Sjanglete og voldelig.
- Pratsom og snøvlende.
- Røde øyne og nystagmus.

Funn av gjenstander i klær og på rom

- Blodflekker eller spor etter blodflekker i skjorteermene.
- Bomullsdotter. Oppsplittede, ubrukte sigarettfiltere.
- Ferdigkjøpte sigaretter som er blitt tømt for tobakksinnhold.
- Sprøyter, sprøytespisser, bøyde og sotete skjeer eller metallokk.
- Kniver med sotete blad.
- C-vitamin (askorbinsyre e.l.).
- Lommespeil og barberblader.
- Sammenrullede sedler eller «sugerørlignende» små gjenstander.
- Tabletter med spesiell farge eller logo.
- Små fargede papirbiter med spesielle motiver.
- Små metallesker, «Kinderegg», filmbokser, fyrstikkesker eller sigarett-pakker brukes ofte til å oppbevare stoff.
- Besittelse av mye penger.

Sosiale problemer

- Holder ikke avtaler, kan tas i store og små løgner.
- Bagatelliserer konflikter.
- Samkvem med kjente misbrukere.

- Små tyverier, gjerne av lett omsettelige gjenstander.
- Tiltakende «gi blaffen» mentalitet og negativ innstilling til generelle normer.
- Overvurderer egne ferdigheter og tar sjanser.

6.8 Tilstander som kan ligne rusmiddelpåvirkning

Rusmiddelbrukere har ofte en «forklaring» på hvorfor de ikke er 'helt i form', som f.eks. at de har sovet lite, bruker medisiner som de har fått av legen, eller at de går ustøtt fordi de har et vondt kne osv. Noen medisinske tilstander kan imidlertid av og til feiltolkes som rus. En hovedregel ved undersøkelse ved mistanke om ulovlig bruk av rusmidler er derfor alltid først å utelukke medisinske tilstander som kan ligne på rusmiddelpåvirkning.¹⁷

Hodeskader eller hjerneslag

Et kraftig slag eller støt mot hodet kan skade hjernen og forårsake forbigående eller permanent desorientering, forvirring, koordinasjonsvansker, langsomme reflekser, taleforstyrrelser og andre tegn som kan minne om rusmiddelpåvirkning. Enkelte ganger kan det også foreligge forskjeller mellom høyre og venstre side av kroppen, f.eks. forskjell i pupillstørrelse.

Diabetes

En diabetiker som har fått for mye insulin, eller har spist for lite etter en vanlig insulindose, kan få farlig lavt blodsukker. Dette kalles for 'føling' eller i alvorligste fall 'insulinsjokk'. I denne tilstanden kan pasienten være betydelig forvirret, agitert eller aggressiv, lar seg ikke hjelpe, svetter og har høy puls. Dette kan minne om alkoholpåvirkning. Noen ganger kan det også tilsvare symptomene ved hjerneslag, inkludert ensidige lammelser og bevisstløshet. Dersom det mistenkes at en person er rammet av føling eller insulinsjokk, kan vedkommende gis sukkerholdig mat eller drikke. Dette gir normalt en rask og betydelig forbedring av tilstanden. Er personen bevisstløs må lege tilkalles slik at sukkerholdig veske kan tilføres intravenøst.

Øyesykdommer

Konjunktivitt er en betennelse i slimhinnene som dekker øyelokk og øye, og gir røde øyne med blodsprengt utseende. Bruk av visse øyedråper til

¹⁷ Informasjon om de ulike tilstander, tegn og symptomer fra Statens rettsstolsiologiske institutt (1999), er gjengitt med tillatelse fra Statens rettsstolsiologiske institutt.

behandling av grønn stær kan gi uttalte forandringer i pupillstørrelse. Noen typer øyedråper gjør pupillene store (mydriasis), mens andre gjør dem små (miose).

Kroniske sykdommer i nerve- og muskelsystem

Personer som lider av MS (multippel sklerose), CP (cerebral parese), eller andre svekkelser av nerve- og muskelsystemet, kan ha dårlig koordinasjonsevne, unormal gange, skjelving, samt snøvlende og uklar tale. Likevel er slike personer oftest klare i hodet.

Psykiatriske sykdommer

Psykiatriske forstyrrelser og ruseffekter kan ha mange felles symptomer og tegn. For eksempel kan symptomene som oppstår etter inntak av hallusinogene stoffer ligne de man finner hos psykotiske pasienter. Symptomene på inntak av stimulerende stoffer kan minne sterkt om typisk atferd hos maniske pasienter.

6.9 Undersøkelse ved mistanke om rus

En hovedregel ved undersøkelse ved mistanke om ulovlig bruk av rusmidler er, som tidligere nevnt, alltid først å utelukke medisinske tilstander som kan ligne på rusmiddelpåvirkning. Kunnskap om tegn og symptomer på bruk av narkotika eller andre rusmidler, er viktig for lettere å kunne avsløre misbruk. Tilsatte i kriminalomsorgen som har fullført kurset 'Tegn og symptomer', bruker testene i det daglige arbeidet med innsatte. Det er imidlertid viktig at alle de ulike testene brukes riktig slik at man får et korrekt bilde.

Målet med undersøkelsen er å danne seg en velbegrunnet og noenlunde objektiv oppfatning av hvorvidt det er sannsynlig at en person er ruset, og i tillegg observere tegn som kan gi en viss indikasjon på hvilken type stoff eller stoffer som er inntatt. Ofte blir det imidlertid inntatt flere rusmidler samtidig, noe som endrer hvilke tegn og symptomer som fremtrer hos personen.

Det finnes en rekke tester som kan være egnet til å avdekke russyntomer, som pupillenes størrelse, øyets bevegelighet, puls, balanse, tidskontroll og koordinasjon. Disse testene er generelt lette å gjennomføre, men for de fleste er det en forutsetning at personen som undersøkes er samarbeidsvillig¹⁸

¹⁸ Beskrivelse av testene er gjengitt fra Statens rettskokiologiske institutt 1999, med tillatelse fra Statens rettskokiologiske institutt.

Pupillometer

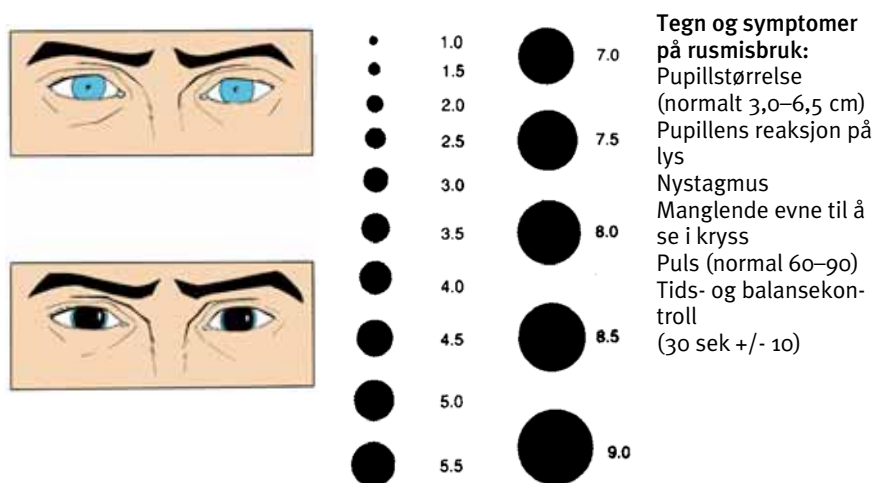
Pupillstørrelse

Størrelsen på pupillene tilpasser seg automatisk de rådende lysforhold. I mørke omgivelser utvider pupillene seg for å kunne ta inn så mye lys som mulig, mens i sterkt lys trekker de seg sammen for å hindre at det kommer for mye lys inn i øyet. Denne prosessen skjer oftest innenfor visse grenser. Normalområdet kan angis til mellom 3,0 og 6,5 mm i diameter. Pupillstørrelse utenfor disse grensene, kan tyde på at pupillene er under kunstig påvirkning.

For å måle pupillens størrelse brukes et pupillometer. Pupillometeret har en serie svarte sirkler med ulike diametre. Pupillometeret holdes opp ved siden av den domfeltes eller innsattes øyne og beveges opp og ned til man finner den sirkel som tilsvarer størrelsen på øyets pupill. Belysningen ved undersøkelsen bør være mest mulig nøytral (verken for mye eller for lite lys). Er det tvil vedrørende resultatet, kan det være nyttig å variere lysforholdene. Er man f.eks. usikker på om pupillen er for stor, kan man utsette den for sterkere lys. Ved normale forhold vil den trekke seg betydelig sammen, men ved kunstig påvirkning av f.eks. cannabis, vil den tilnærmet beholde den samme størrelsen. På tilsvarende måte kan det, hvis man er i tvil om pupillene er for små, foretas undersøkelse under mørkere forhold. Er de små selv med lite lys, så er sannsynligheten stor for at de er kunstig påvirket av f.eks. heroin eller andre opioider.

- Små pupiller kan ofte tyde på inntak av opiater.
- Store pupiller kan forekomme ved inntak av stimulerende og hallusisogene stoffer, og i noe mindre grad ved cannabisinntak.

Ved blandingsmisbruk der det er inntatt stoffer med motsatt effekt på pupillene, kan denne testen være normal. En skal i det hele tatt være varsom med å trekke konklusjoner ut fra pupillstørrelsen. Det skal presiseres at normale pupiller ikke utelukker stoffinntak.



Figur 6 Pupiller

Pupillenes reaksjon på lys

Pupillenes reaksjon på lys kan gi tilleggsinformasjon til pupillestørrelsestesten. Tiden pupillen bruker på å trekke seg sammen fra maksimal størrelse i mørke, til minimal størrelse i direkte lys, undersøkes. Dette skjer normalt innen ett sekund fra lyset treffer øyet. Testen utføres like etter at en har undersøkt pupillstørrelse. Den beste måten å gjøre dette på er å ha personen i et tilnærmet mørk rom og så rette lyset fra en liten lommelykt direkte mot et av øynene. Øyet bør ha vært i mørket i minst 90 sekunder før lyset tennes, da pupillene i løpet av denne tiden normalt har oppnådd maksimal utvidelse. Hvis det ikke er tilgang til et mørkt rom, er det mulig å la domfelte eller innsattes lukke øynene og holde hendene sine foran ansiktet i 90 sekunder. En tent lykt holdes foran ansiktet når øynene deretter åpnes. Hvis det tar mer enn 1 sekund for pupillen å trekke seg maksimalt sammen, er reaksjonen sen. Sen pupillereaksjon på lys kan sees under påvirkning av dempende stoffer, stimulerende stoffer (inkludert Ecstasy), og enkelte inhalerbare stoffer. Når det gjelder opiater, er også reaksjonen sen, men pupillene kan være så små i utgangspunktet at det ikke ses noen reaksjon på lys i det hele tatt.

Puls

Pulsfrekvensen kan i enkelte tilfeller gi oss en indikasjon på hva en person kan være påvirket av. Ulike rusmidler kan påvirke pulsen på forskjellige måter, og dette kan være et tilleggsmoment i vår vurdering.

Pulsen er arterienes rytmiske utvidelse og avslapning, og gjenspeiler trykkbølgene fra hjertets pumpefunksjon. Ved å trykke lett på huden over en overfladisk arterie kan pulsen telles. Den mest anvendte arterie er den som befinner seg på innsiden av håndleddet, på samme siden som tommelen. Det er store individuelle variasjoner i hvor overfladisk denne arterien ligger. Hos personer hvor den ligger dypt, kan det være vanskelig å kjenne pulsen i det hele tatt. Husk at de fingrene som undersøker også har pulserende arterier, og at det av og til kan være vår egen puls som kjennes (særlig hvis en bruker tommelen). Ved tvil, kan det hjelpe å skifte stilling på fingrene og prøve igjen.

Pulsen angis som slag per minutt. Ofte telles antall pulsslag i 30 sekunder og verdien multipliseres med to. En normal hvilepuls er gjerne mellom 60 og 90 slag per minutt. Det er imidlertid en rekke tilstander og sykdommer, inkludert spenningen utløst av selve undersøkelsen, som kan føre til at pulsen blir høyere eller lavere enn angitt. Rusmidler kan også endre pulsfrekvensen idet lav puls (under 60 i hvile) kan forekomme under påvirkning av dempende stoffer, mens høy puls (over 90 i hvile) kan være et resultat av stimulerende stoffer, cannabis, hallusinogene stoffer og flyktige løsemidler.

Nystagmus

Nystagmus er ufrivillige rykninger i musklene som styrer øynenes bevegelser. Ved forsøk på å forandre øyets stilling, vil det oppstå rykkvise eller hakkete bevegelser. Nystagmus undersøkes både horisontalt og vertikalt. Sykdommer i balanse og nervesystemet samt tretthet, kan også utløse nystagmus, men slike rykninger skyldes som oftest at personen har brukt rusmidler. Nystagmus undersøkes både horisontalt og vertikalt. Nystagmus kan forekomme ved inntak av alkohol, dempende stoffer, inhalerbare stoffer og PCP. Vertikal nystagmus oppnås ofte ved høyere konsentrasjoner av disse rusmidlene enn den horisontale, og vil derfor ikke kunne identifiseres like ofte.

Horisontal nystagmus

Horisontal nystagmus kan fastslås gjennom to ulike tester:

Test 1. Her undersøkes øyeeplets evne til å følge bevegelse fra side til side. Beveger det seg smidig og uten rykninger? En mindre gjenstand (penn, lommelykt e.l.) holdes opp vertikalt ca. 40 cm foran ansiktet. Be domfelte/innsatte om å holde hodet rolig og bare følge gjenstanden med øynene. Begynn med å bevege gjenstanden sakte mot din høyre side for først å teste personens venstre øye. Før deretter gjenstanden tilbake til midten i samme tempo. Gjør så det samme mot din venstre side. Det er en fordel å gjenta testen noen ganger for lettere å kunne se de ufrivillige rykningene. Pass på å holde 40 cm avstand fra ansiktet hele veien mens objektet bevegtes.

Test 2. Her undersøkes det om det er klare rykninger i øyet når det holdes i maksimal vinkel. Hold gjenstanden 40 cm foran personens ansikt, be personen holde hodet rolig og bare følge gjenstanden med øynene. Begynn med å føre gjenstanden mot din høyre side. Før gjenstanden så langt til høyre som mulig, men slik at personen fremdeles (så vidt) kan skimte den. Da vil øyet befinne seg i maksimal vinkel. Hold den der i ca. fire sekunder. Gjør det samme mot din venstre side.

Vertikal nystagmus

Her undersøkes øyeeplets evne til å følge bevegelser opp og ned. Beveger det seg smidig og uten rykninger? Hold gjenstanden i horisontal stilling ca. 40 cm foran domfelte/innsattes ansikt. Be personen om å holde hodet rolig, fokusere blikket på midten av gjenstanden, og bare følge gjenstanden med øynene. Start fra nesehøyde og før gjenstanden oppover til personens øyne ser så høyt oppover som mulig. Hold gjenstanden der i 4 sekunder og senk den så til utgangspunktet. Gjenta bevegelsen én gang.

Manglende evne til å se i kryss

Manglende evne til å se i kryss avdekker svekkelse i koordinasjonsevnen. For å teste dette, plasseres en mindre gjenstand ca. 40 cm fra personens nese. Informer personen om at du kommer til å føre gjenstanden i en sirkel, for så å føre den inn mot neseryggen. Fortell at du kommer til å berøre nesene med gjenstanden, slik at ikke personen blir redd og trekker hodet bakover under undersøkelsen.

Be domfelte/innsatte om å holde hodet helt rolig og følge gjenstanden bare med øynene. Begynn med å føre gjenstanden i en stor sirkel foran domfelte eller innsattes ansikt og observer om øynene følger med gjenstanden. Før så gjenstanden langsomt ovenfra og inn mot personens neserygg og hold den der i noen sekunder. Hvis begge øyne går inn mot nesene og stopper der, klarer personen å se i kryss. Hvis derimot et øye glir bort fra nesene istedenfor å se innover, er personen ute av stand til å se i kryss. Enkelte mennesker har vanskelig for å se i kryss uten å ha noen spesiell tilstand eller sykdom som kan forklare det.

Manglende evne til å se i kryss kan forekomme under påvirkning av alkohol, dempende stoffer, flyktige løsemidler, PCP og cannabis.

Rombergs test: balanse- og tidskontroll

Denne testen undersøker tidsoppfatningen og balansen. Personen skal først stå med begge beina på bakken, hæl mot hæl, og storetå mot storetå. Hendene skal henge rett ned langs sidene, hodet lenes bakover, og øynene lukkes.

Domfelte/innsatte skal så si fra når han/hun mener det har gått 30 sekunder. Det skal ikke gis beskjed om å telle, men personen skal si ifra når 30 sekunder er gått. Testen kontrolleres ved å bruke en klokke. Dersom domfelte/innsatte beregner tiden 10 sekunder langsommere eller raskere enn den reelle tiden, sies det å foreligge en henholdsvis sen eller rask tidsoppfatning. En person med rask tidsoppfatning vil åpne øynene før 20 sekunder har gått, og tro at det har gått mye mer tid. En person med langsom tidsoppfatning vil holde øynene lukket lengre enn 40 sekunder og tro at det har gått mye kortere tid. For rask tidsoppfatning kan forekomme under påvirkning av stimulerende stoffer. For langsom tidsoppfatning kan forekomme under påvirkning av dempende stoffer.

Rusede personer får ofte problemer med å holde balansen i 30 sekunder. Dersom stillingen holdes i 30 sekunder nærmest uten å bevege seg, er det en 'sikker Romberg', som angir normal balanseevne. Hvis man må forandre på kroppens stilling for å holde balansen, sier vi at det er en 'usik-

ker Romberg'. Usikker Romberg kan man finne under påvirkning av de fleste rusmidler, men det er noe mer typisk for dempende midler.

6.10 Bruk av prøver for å påvise rusmiddelmissbruk

Urin- og utåndingsprøver er de vanligste måtene å påvise rusmiddelbruk på i kriminalomsorgen. Rusmidlene befinner seg vanligvis i blodet i kort tid etter inntak. Blodet fordeler rusmiddelet til de ulike vevene i kroppen. De viktigste virkningene utøves som nevnt i hjernen, men mange rusmidler vil også kunne påvirke andre deler av kroppen. Mange stoffer vil omdannes til mindre aktive forbindelser, og denne omdannelsen foregår hovedsakelig i leveren. I tiden etter inntak vil stoffene fjernes fra blodet og utskilles fra kroppen. Utskillelsen kan skje gjennom svette, utåndingsluft, avføring og urin. Urin er den viktigste eliminasjonsmåten for de fleste rusmidler. Stoffene kan frigjøres fra kroppsvevene med meget varierende hastighet, og til tider meget langsomt, slik at rusmidler eller omdannelsesprodukter av disse, kan gjenfinnes i urin i dager til uker etter inntak. En urinprøve er således egnet for å påvise om et stoff er tatt inn. Imidlertid kan påvirkning ikke vurderes ut fra en urinprøve alene.

I en blodprøve kan et stoff påvises i forholdsvis kort tid. Mengden eller konsentrasjonen av et stoff i blodet vil gjerne være relatert til mengden stoff i hjernen, slik at en blodprøve kan fortolkes i relasjon til påvirkning. Videre kan en blodprøve i større grad enn en urinprøve gi holdepunkter for når stoffet er tatt inn, og eventuelt i hvilken dose. Det kan likevel være hensiktsmessig å ta urinprøve fordi den kan gi viktig tilleggsinformasjon.

Tabell 4 gir en oversikt over påvisningstid for forskjellige stoffer etter inntak av vanlige rusgivende doser.

Urinprøver vil være den kvalitetsmessig beste måten å avsløre rusinntak på. Testene som følge av tegn og symptomer er kun et hjelpemiddel til å finne de «rette personene» å ta urinprøve av.

Tabell IV: Normal påvisningstid i urin

STOFFTYPE	PÅVISNINGSTID I URIN
ETANOL	TIMER
KOKAIN	12 TIMER
GHB	12 TIMER
OPIATER	1–3 DAGER
ECSTASY	2–4 DAGER
METADON	1 UKE
BUPRENORFIN	1 UKE
AMFETAMIN	10 DAGER
BENZODIAZEPINER	1–3 UKER
FLUNITRAZEPAM	1 UKE
DIAZEPAM	3 UKER
CANNABIS	UKER



7 Stoffgruppene

Sentrale stikkord i kapitlet:

- Korttidsvirkning
- Langtidsvirkning
- Lovmessig status
- Tegn
- Symptomer

Dette kapittelet gir en beskrivelse av ulike rusmidler, presenterer kort deres historie og forskjellige inntaksmåter. Deretter redegjøres det for rusmiddellets kort- og langtidsvirkninger, samt ytre virkninger og den lov-messige statusen hvert enkelt stoff har. Den innholdsmessige kunnskapen og strukturen i dette kapittelet, er hentet fra opplæringspakken *Stoff om stoff* (Rusmiddeldirektoratet & Justisdepartementet 1991). Avsnittene om «Ytre tegn og symptomer» er hentet fra *Tegn og symptomer på Rus-middelbruk* (Statens rettsksoziologiske institutt 1999). Avsnittene om abstinenser er hentet fra Sosial- og helsedirektoratets brosjyre «Fakta om narkotiske stoffer» (2004).

7.1 Sentralt dempende stoffer

7.1.1 Alkohol

Beskrivelse

'Alkohol' i sin videste forstand er betegnelsen på en mengde kjemiske stoffer som er i utstrakt bruk innenfor den kjemisk-tekniske industri. Folk flest forbinder alkohol med etylalkohol eller etanol, fordi det er denne type alkohol som inngår i ulike former for alkoholholdige drikker, og som har rusgivende effekt. På grunnlag dels av fremstillingsmåten og dels av råmaterialene, inndeles alkoholdrikkene i tre hovedgrupper: øl, vin og brennevin. Det er kun drikker som inneholder mer enn 2,5 volumprosent alkohol som rammes av alkoholloven, således faller lettøl utenfor lovgivningens virkeområde.

Historikk

Alkohol har vært anvendt i uminnelige tider. Gjærsoppene som skal til for å danne alkohol finnes overalt, og de finnes i bær eller frukt som fremdeles henger på trærne. De første alkoholholdige drikker ble sannsynligvis basert på disse råmaterialene.

Øl kom sannsynligvis noe senere i bruk – det er litt mer komplisert å anvende korn til produksjon av alkoholdrikker, fordi stivelsen da først må omdannes til maltsukker – men også brygging av øl har lange tradisjoner. Babylonske steintavler fra år 6000 før vår tidsregning¹⁹ viser fremstilling av øl til religiøst bruk, og i Egypt var øl en utbredt drikk allerede 3400 år før vår tidsregning.

Destillasjon av alkoholholdige væsker til brennevin kom vesentlig senere. Man mener imidlertid å kunne påvise at destillerte alkoholdrikker var

¹⁹ F.v.t.= før vår tidsregning. Altså før år 0 etter amerikansk-europeisk konvensjon.

kjent i India og Kina rundt år 800 f.v.t., mens i Europa fikk man denne kunnskapen overført fra araberne i sen middelalder.

Alkohol er det rusmiddelet som har størst utbredelse og som uten sammenligning volder størst skade i samfunnet. Det er også det mest brukte rusmiddelet i Norge. Det blir derimot relativt sjelden gjort beslag av alkohol inne i våre fengsler. Fra å være det mest brukte rusmiddelet blant innsatte på 70- og til dels på 80-tallet, og da spesielt 'sats' som er et alkoholprodukt i gjæringsfasen, har ulike narkotiske stoffer overtatt i fengslene som de dominerende rusmidlene.

Inntaksmåter

I all hovedsak vil alkohol inntas ved drikking, og alkoholen blir sugd opp i blodet fra magesekken og tarmene. Dette opptaket går raskt, og det kan måles alkohol i blodet bare noen minutter etter at man har drukket.

Alkohol kan også inntas på andre måter (bl.a. absorpsjon og injeksjon), men dette har svært liten utbredelse. Når alkoholen er kommet i blodet, kan mengden av den måles som 'promille'. Promillen angir hvor mange tusendeler av en vektenhet blod som utgjøres av alkohol. Alkohol forbrennes i hovedsak i leveren, med relativt konstant hastighet slik at alkoholpromillen i blodet synker med ca. 0,15 promille per time. Promillen kan påvises og bestemmes med stor nøyaktighet i blod- og utåndingsprøver og også ved urinprøvetakning. Ved meget stort alkoholinntak kan alkohol påvises i både utåndingsprøve, blod og urin i opptil to døgn.

Korttidsvirkning som rusmiddel

Alkohol har som rusmiddel (korttidsvirkning) en kompleks virkningsprofil karakterisert av både dempende og stimulerende symptomer. I ekstremt sjeldne tilfeller kan også alkohol gi psykoselignede symptomer, og da gjerne etter store inntak. Et lavt inntak av alkohol vil normalt sett gi stimulerende symptomer, men hvis inntaket fortsetter, vil man etter hvert oppleve en sløvende og dempende effekt. Alkoholrus gir seg til kjenne ved redusert konsentrasjonsevne, endring i stemningsleie, svekkelse av hukommelse og innlæringsevne, samt svekket kritisk sans. Alkoholrusen vil således være ledsaget av høy ulykkesrisiko, og aggresjon og vold sees ofte i sammenheng med alkoholpåvirkning. Ut over rusvirkningen har alkohol en viss smertestillende, søvnfremkallende og generell bedøvende effekt. Ved ekstremt store doser kan hjernens pustesenter, og senteret som regulerer hjerte- og kretsløpsfunksjonen hemmes totalt, og dødelig forgiftning kan inntreffe. Det som skal til for å oppnå rus beregnet til over 0,5 promille, vil variere fra person til person, avhengig av flere faktorer som for eksempel kjønn, kroppsvekt og inntakstid. Alkoholrusen blir forsterket hvis andre rusmidler og/eller legemidler som virker på sentralnervesystemet, inntas samtidig.

Alkohol

Alkoholrus

Langtidsvirkning

Toleranseutviklingen er betydelig hos en kronisk storbruker av alkohol, og toleranseutviklingen ledsages av abstinenssymptomer når alkohol forsvinner ut av kroppen. Langvarig alkoholbruk kan føre til langvarige depresjoner og psykoselignende tilstander, og den øker risikoen for skader i de fleste organer. Hjernen og sentralnervesystemet, lever, hjerte, bukspyttkjertel, samt hormonproduserende organer synes å være spesielt utsatt. Alkoholfremkalte fosterskader er vanlige hos mødre som drikker mye.

Abstinenssymptomer

Vanlige symptomer på abstinens kan være skjelving, rask puls, høyt blodtrykk, kvalme, svetting, hodepine, angst og depresjon, rastløshet og søvnproblemer. Det alvorligste alkoholabstinenssyndromet kalles 'delirium tremens'. Kjennetegnene på delirium ligner symptomene på psykose, og kan representere en livstruende tilstand. Dødsfall som skyldes ren alkoholforgiftning, hvor en fullstendig hemming av hjernens pustesenter eller senteret som regulerer hjerte- og kretsløp inntreffer, forekommer. Også ved dødsfall som følge av kombinasjonsinntak, spiller alkohol ofte en betydelig rolle og da gjerne sammen med andre sentralt dempende stoffer som f.eks. opioider.

Lovmessig status

Alkoholloven av 2. juni 1989 omtaler de alminnelige bestemmelser som gjelder for alkoholholdige drikker – i denne sammenheng drikker som inneholder mer enn 2,5 % alkohol.

I kriminalomsorgen er det ikke tillatt å bruke alkohol under gjennomføring av fengselstraff og ved rusforbud i samfunnsstraffen. Alkohol har i dag ingen medisinsk anvendelse foruten som desinfeksjonsvæske og som motgift ved forgiftninger med metanol (tresprit).

Ytre tegn og symptomer på alkoholbruk

Pupillstørrelse	NORMAL
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	JA
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	JA
Puls	LAV, men kan også være HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	SEN

Annet: Røde øyne, snøvlende tale, alkohollukt fra åndedrett, ustø gange, slapp muskulatur.

7.1.2 Cannabis

Beskrivelse

'Cannabis' er en samlebetegnelse på materiale fra planten *Cannabis sativa*, også kalt indisk hamp. Dette er en ettårig plante som vokser vilt i mange land med varmt og tørt klima. Den vil også kunne dyrkes uten-dørs i Norge og vil kunne nå en høyde på ca. 2 meter, litt avhengig av vekstvilkår. Dyrket innendørs vil cannabisplanten kunne nå en høyde på 4–5 meter. Bladene er smale, spisse og sagtannede og har en frisk grønnfarge.

I plantens saft og harpiks finnes det bl.a. en rekke substanser som man med et fellesnavn kaller cannabinoider. Ett av disse, delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC), er det stoffet som er ansvarlig for den psykoaktive virkningen. THC finnes fordelt i hele planten, unntatt i roten og frøene, men mest i bladene og de blomstrende toppskuddene. Det finnes i hovedsak tre forskjellige produkter fra cannabisplanten: marihuana, hasjisj og cannabisolje.

Marihuana er materiale fra planten uten noe form for foredling. Det består av bladene og de mindre stilkene, som er tørket og malt opp. Norskprodusert marihuana vil være grønn og lukte som vanlig tørket gress, mens utenlandsk marihuana vil være brunere og ha karakteristisk krydderlignende lukt. Innholdet av THC i marihuana kan variere sterkt, men ligger vanligvis på mellom 0 og 2,5 %.

Thai-sticks er en form for marihuana der man bruker toppskuddene og binder disse sammen før de tørkes. Et slikt marihuanaprodukt har høyere THC-innhold enn tradisjonell marihuana.

Netherweed eller skunk kalles marihuana som man med nye og forbedrede innendørs dyrkningsmetoder av cannabisplanten, har klart å dyrke frem. Dette er planter med ekstremt høyt THC-innhold. Marihuana produsert på denne måten har flere ganger vist seg å inneholde 15–20 % THC.

Hasjisj eller cannabisharpiks er et raffinert produkt fra marihuana hvor plantesaften eller harpiksen er konsentrert. Hasjisj er ikke noe entydig produkt. Variasjonen i produktkvaliteten er meget stor, avhengig av fremstillingsmetode. Fargen kan variere fra sort, mørkebrun, brun, lysebrun, rødbrun, til mer grønnaktig preg. Konsistensen kan være hard og tørr eller seig og formbar, unntaksvis som et brungrønt pulver. Lukten er særpreget søtaktig og krydderlignende. Innholdet av THC i hasjisj varierer avhengig av fremstillingsmetode og kvalitet på cannabisplanten, fra 2 til 10 %, men er normalt høyere enn i marihuana.



Bilde 1 Marihuana frø



Bilde 2 Norskdyrket marihuana



Bilde 3 Utenlandsdyrket marihuana



Bilde 4 Forskjellige hasisj kvaliteter



Bilde 5 Hasisj

Inntaksmåter

Virkestoffet i cannabisproduktene, THC, er ikke løselig i vann, og det kan heller ikke gjøres vannløselig på en enkel måte. Dette begrenser bruksmåtene til røyking og oralt inntak. Den vanligste inntaksmåten er røyking. Marihuana kan røykes alene eller sammen med tobakk. Hasisj er et produkt som ikke brenner så godt i sin opprinnelige form; den deles derfor opp i mindre partikler og blandes gjerne med tobakk. Cannabisolje kan impregneres i tobakken på forhånd, eller dryppes direkte i pipen eller på sigarettpapiret – noe som gjerne omtales som «å strippe sigaret-



Bilde 6 Oppbevaringsbokser for cannabis



Bilde 7 Cannabispiper



Bilde 8 Brukerutstyr for cannabis



Bilde 9 Brukerutstyr for cannabis



Bilde 10 Brukerutstyr for cannabis



Bilde 11 Brukerutstyr for cannabis



Bilde 12 Brukerutstyr for cannabis

SLANGUTTRYKK

Hasjisj: Beis, Bønne, Gall, Galler, Libaneser, Marokkaner, Nepaler, Rev, Shit, Tjall, Tyrker.

Marihuana: Gress, Hamp, Pot, Reef, Weed.

Piper for hasjrøyking: Chillum, Lum, Tjoobang.

ten». Cannabisproduktene røykes på en spesiell måte. Røyken trekkes ned i lungene, og man holder deretter pusten for at så mye som mulig av virkestoffet skal kunne bli absorbert i lungeveggene. Remedier til røyking vil variere fra tradisjonelle piper, chillumpiper (en rett pipe eller rør) til ulike vannpiper. I tillegg viser brukerutstyr som er funnet i anstaltene at det er stor fantasirikdom i tilvirkning av instrumenter med pipefunksjon.

Ved oralt inntak, f.eks. ved at man drikker te ispedd hasjisj, så gjelder det å få i seg partiklene med cannabis som ligger og flyter, for de blir ikke løst opp i væsken. Det er også rapportert i kriminalomsorgen at hasjisj er løst opp og brukt f.eks. i vaffelrøre eller andre bakverk.

Korttidsvirkning som rusmiddel

Cannabisrusen gir både dempende og hallusinogene symptomer. Rusen kan grovt inndeles i to faser, en aktiv og en passiv fase. Først vil en aktiv fase oppstå, og man blir åpen og sosial, ofte med fjollete oppførsel, hyp-pige latteranfall og fnising. Etter hvert vil rusen gå over til en mer passiv tilstand med sløvhets, ro, avslapping, og en drømmende tilstand hvor misbrukeren selv føler at han/hun får økt selvinnsett. Angst- og panikkreaksjoner kan også forekomme i rusen. Konsentrasjonsevne og korttidsminne blir kraftig påvirket, og tidsoppfatningen forstyrret. Ved større inntak av THC kan hallusinasjoner være fremtredende. Virkelighetsoppfatningen kan bli forvrengt med forstyrrelser av hørsel og syn, ikke ulikt virkninger som forekommer ved bruk av klassiske hallusinogene stoffer. Selv ved små doser vil oppmerksomheten, avstandsbedømmelsen og koordinasjonen svekkes og således kan kjøring eller arbeid med maskiner lettere medføre ulykker.

Langtidsvirkning

Cannabisproduktene gir ingen eller liten toleranseutvikling. Risikoen for overdoser ved vanlig røyking er i praksis ikke til stede, selv om enkelte dødsfall har inntrådt under cannabispåvirkning som følge av virkningene på hjerte og kretsløp. THC er fettløselig og lagres i organismen ved at det binder seg til fettvevet. Regelmessige brukere kan derfor ha et konstant reservoar av cannabisstoffer i kroppen. Flere land har rapportert om økt antall innleggelser og behandlingstrengende misbrukere som følge av at THC-innholdet har økt i cannabisproduktene. Andre langtidsskadevirkninger kan være skader på luftveiene, økt kreftfare i lungene, skader på hjerte- og karsystemet, samt påvirkning av hormonbalansen.

Abstinenssymptomer

Langvarig bruk øker risikoen for akutte angst- og depresjonsreaksjoner og kan utløse psykosier. Mildere symptomer som ofte rapporteres, er uro og irritabilitet, nedstemthet og søvnforstyrrelser. Det hevdes, selv om

dette fortsatt er omstridt, at abstinenssymptomer vil kunne forekomme når reservoaret av cannabisstoffer og nedbrytningsstoffer forsvinner, inntil 3–4 uker etter endt bruk.

Lovmessig status

Cannabisproduktene er regulert som narkotika, unntatt frøene, men disse kan heller ikke omsettes (jf. *Forskrift om såvarer av 13.09.1999 § 28*). Cannabisproduktene har ingen medisinsk anvendelse i Norge.

Ytre tegn og symptomer på cannabisbruk

Pupillstørrelse	STORE
Pupillens reaksjon på lys er	NORMAL
Nystagmus	NEI
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	JA
Puls	HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	FORVIRRET

Annet: Blodsprenge, røde øyne, høyt blodtrykk, tørrhet i munnen og hoste grunnet redusert spyttsekresjon. Trethet og redusert hukommelse, husker ikke hva som er blitt sagt.

7.1.3 Barbiturater

Beskrivelse

'Barbiturater' er en fellesbetegnelse på syntetiske stoffer som er mest kjent som søvnfremkallende midler. Ved inntak av mindre mengder kan de virke beroligende. Barbiturater foreligger som medisinske preparater i former som tablett, stikkpiller, kapsler eller løsninger. Meprobamat er et stoff som virkningsmessig kan sammenlignes med barbituratene, selv om det hører til en annen stoffgruppe.

Historikk

Barbiturater ble første gang fremstilt i begynnelsen av forrige århundre, og fikk etter hvert en utstrakt medisinsk anvendelse. De viste seg å ha en søvnfremkallende, beroligende og krampestillende virkning. I store doser påvirkes bevissthetsgraden, og de deler av hjernen som styrer pustefunksjonene. Dette kan medføre dødsfall. På grunn av barbituratenes avhengighetsskapende effekt og giftighet, er bruken i dag sterkt redusert, og nye legemidler har erstattet den i medisinsk bruk.

Inntaksmåter

Den vanligste inntaksmåten er oralt, men barbituratene kan også injiseres eller røykes. Virkningen ved oralt inntak inntreffer etter fra ti minutter til en time, mens ved injeksjon er virkningen vesentlig raskere.

Korttidsvirkning

Barbituratenes og meprobamats virkningsprofiler er karakterisert av rus symptomer og dempende symptomer. Den stemningshevende ruseffekten er ikke alltid like fremtredende, og hos enkelte kan rusen gi motsatte reaksjoner med opphisselse og forvirring. Barbiturater og meprobamat vil forsterke virkningen av andre rusmidler som alkohol og benzodiazepiner.

Langtidsvirkning

Toleranseutvikling ved langvarig bruk av barbiturater og meprobamat er utpreget. Rusdosen kan bli mange ganger høyere enn vanlig behandlingsdose²⁰, og på denne måten vil en kronisk misbruker få redusert avstand mellom rusdose og dødelig dose. Ved tungt misbruk kan abstinenssymptomene bli meget alvorlige med forvirring og kramper.

Abstinenssymptomer

De vanligste symptomene på abstinens er uro, angst, kvalme og svetting; i mer alvorlige tilfeller også kramper og forvirringstilstander. Barbituratene hemmer hjernens regulering av pustefunksjonen og kan i ekstreme tilfeller føre til livstruende tilstander. Av den grunn er denne gruppen legemidler langt på vei erstattet av nyere og mindre giftige legemidler til medisinske formål.

Lovmessig status

I Norge ble barbiturater og meprobamat oppført på narkotikalistens 1. januar 1979, men med mulighet for legal bruk i medisinsk sammenheng. Barbiturater og meprobamat er i dag lite i bruk, og kun et fåtall produkter finnes på det norske markedet. Fenemal med virkestoffet fenobarbital – som i hovedsak benyttes til behandling av epilepsi, Mysoline med virkestoffet primidon – som i hovedsak benyttes til behandling av epilepsi og kramper, samt Anerven med virkestoffet meprobamat – som i hovedsak benyttes til behandling for migrene, er i dag de mest vanlige preparatene.

²⁰ Med behandlingsdose menes dose forskrevet av lege i forbindelse med medisinsk behandling.



Bilde 13 Barbituratholdige medikamenter

Ytre tegn og symptomer på barbituratbruk

Se neste punkt under benzodiazepiner.

7.1.4 Benzodiazepiner

Beskrivelse

Benzodiazepiner er syntetiske stoffer med dempende virkning. Legemidler innenfor denne gruppen brukes som sovemedisiner, som beroligende medikamenter og mot angst. De har vist seg bedre egnet enn barbituratene fordi de i mindre grad påvirker pustesenteret og således reduserer faren for overdoser. De har dermed stort sett erstattet barbituratene. Benzodiazepinene foreligger stort sett som tabletter, kapsler, stikkpiller eller injeksjonsløsninger.

Historikk

Det første benzodiazepin ble fremstilt i 1933, men ble først tatt i bruk i 1960 som erstatning for barbituratene. Senere er flere tusen andre benzodiazepiner blitt fremstilt, men bare noen titalls anvendes i dag innen medisinen. Bruken av benzodiazepiner fikk en sterkt økende utbredelse på 1970- og 80-tallet, nærmest som et universalmiddel mot de fleste plager, og spredte seg raskt også til tradisjonelle misbrukermiljøer.

Inntaksmåter

Den tradisjonelle og vanligste inntaksmåten er oral, men som oftest kan medikamentet også injiseres, røykes eller varmes opp i gassform og inha-

SLANGUTTRYKK
Generelt for hele gruppen er «sukkertøy», «knapper» og «drop». Mer spesifikt brukes «hyppere», «rop», «hylere», og «små hvite» om Rohypnol, «stessere» og «stes» om Stesolid, «sobbere» og «briller» om Sobril og «flunier» om Flunipam.

leres. De fleste benzodiazepiner vil absorberes relativt hurtig (unntatt oxazepam hvor det går relativt langsomt), og vil således raskt gi virkning.

Korttidsvirkning

Rusen gir seg til kjenne ved redusert konsentrasjonsevne, hukommelse og innlæringsevne. I tillegg virker benzodiazepinene angstdempende, nerveberoligende, muskelavslappende, krampestillende og søvndyssende. I store doser kan motsatt effekt forekomme. Noen benzodiazepiner som nitrazepam og flunitrazepam, har særlig søvnfremkallende effekt, mens andre som f.eks. diazepam og oxazepam har særlig angstdempende virkning. Benzodiazepiner vil forsterke effekten av andre rusmidler. Den gjensidige rusforsterkende virkning av f.eks. benzodiazepiner og alkohol, er meget markant selv i lave doser og kan gi en meget kraftig rus med opphisselse, forvirring og hukommelsestap. Benzodiazepiner, spesielt flunitrazepam, sammen med opioider vil også gi en kraftig forsterket rus, og kan i ytterste konsekvens føre til lammelse av pustesenteret og påfølgende overdosedødsfall.

Langtidsvirkning

Langvarig bruk av benzodiazepiner vil føre til utvikling av betydelig toleranse. Rusdosen kan således bli 5–20 ganger høyere enn en vanlig behandlingsdose. Forvirringstilstander er en relativt vanlig bivirkning etter langtidsbruk, noe som igjen kan forsterke ønsket om å øke doseringen.

Abstinenssymptomer

Toleranseutvikling er ledsaget av abstinenssymptomer, dog ikke så markante som ved bruk av alkohol eller opioider, men de kan være svært langvarige. Oftest er det snakk om uro, kvalme, svetting og angst. Etter regelmessig bruk av benzodiazepiner i høye doser, vil krampeterskelen være lavere enn normalt, og dager/uker etter at bruken er opphørt kan det oppstå generelle kramper (epileptogene).

Lovmessig status

I Norge ble benzodiazepinene oppført på narkotikalistens 01.01.1979, og medisinsk bruk er underlagt regulering. Flere benzodiazepiner har blitt avregistrert i Norge i den senere tid, som f.eks. Halcion (triazolam), og nå senest ble Rohypnol den 01.08.2004 avregistrert i Norge.

I de mest aktuelle benzodiazepiner som anvendes medisinsk i Norge i dag, er virkestoffet:

- Alprazolam som inngår i Xanor (angstdempende).
- Diazepam som inngår i Valium, Vival og Stesolid (angstdempende).

- Flunitrazepam som inngår i Flunipam og Rohypnol (søvnfremkallende).
- Klonazepam som inngår i Rivotril (krampestillende, angstdempende).
- Midazolam som inngår i Dormicum (søvnfremkallende og muskelavslappende) og Midazolam injeksjonsvæske (innledning og vedlikehold av narkose).
- Nitrazepam som inngår i Apodorm og Mogadon (søvnfremkallende).
- Oxazepam som inngår i Alopam, Serepax og Sobril (angstdempende).



Bilde 14 Ulike benzodiazepinholdige medikamenter

I tillegg finnes såkalte benzodiazepin-analoger, stoffer som kjemisk sett ikke tilhører gruppen, men som har tilnærmet lik virkning og bruksområde. Dette er:

- virkestoffet zolpidem som inngår i Stilnoct- og Zolpidemtabletter (søvnfremkallende)
- virkestoffet zopiklon som inngår i tablettene Imovane (søvnfremkallende).

I tillegg forekommer det ofte tabletter tilhørende gruppen benzodiazepiner på det illegale markedet, som er produsert i andre land, og som blir omsatt i misbrukermiljø. Eksempler på dette er utenlandsproduserte tabletter av typen Rohypnol, tabletter inneholdende diazepam, og også fenazepam som synes å ha en virkning tilnærmet lik produkter med flunitrazepam.

Ytre tegn og symptomer på benzodiazepinbruk

Pupillstørrelse	NORMAL
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	JA
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	JA
Puls	LAV
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	SEN

Annet: Rusen er på mange måter lik alkoholrusen. Man blir søvnig, sjanglete og får snøvlende tale, nedsatt dømmekraft og konsentrasjons- evne samt sene reflekser. Store doser av benzodiazepiner kan ha invers effekt og utløse rastløshet og aggresjon.

7.1.5 Løsemidler og gasser

Beskrivelse

Til denne gruppen hører flere ulike stoffer som kan fremkalle rus. Sniffemidler er gjerne sammensatte produkter som har det til felles at de inneholder en eller flere flyktige komponenter, og at den gassen disse komponentene avgir, inhaleres. Løsemidler og gasser kan grovt inndeles i tre hovedkategorier: 1) flyktige løsemidler, 2) aerosoler og 3) ulike gasser.

Flyktige løsemidler omfatter et stort antall produkter som er industrielt fremstilt til ulike tekniske formål. I denne gruppen tilhører løsemidler som bensin, lim, tynnere, maling, lakk m.m.

Aerosol er en væske som foreligger i en finfordelt dråpeform. Væsken oppbevares under trykk sammen med en eller flere drivgasser. Det vanligste og mest kjente eksempel på aerosoler er ulike spraybokser. Når et slikt produkt anvendes, sprayeres væsken ut i en finfordelt form sammen med drivgassen. Den aktive komponenten i slike produkter kan ha ulike egenskaper, hvorav noen er egnet til å fremkalle en form for rus eller påvirkning. Også drivgassen kan ha slike egenskaper.

Gasser kan være vanlig lighter-gass (butan), men også anestetiske gasser (medisinske produkter som brukes som bedøvelsesmiddel) kan misbrukes, slik som eter, kloroform og lystgass.

Historikk

Selv om sniffing av gasser for å oppnå rus er et fenomen kjent fra tidlig på 1800-tallet, var det først i 1960- og 70-årene bruken spredte seg til

ungdomsmiljøene i Norge. Sniffeproblemet har hatt en varierende utbredelse i samfunnet. Populariteten synes å gå i strømninger, og sniffing dukker opp i ulike ungdomsmiljø fra tid til annen. I fengselsammenheng er bruken redusert, bl.a. grunnet mindre tilgjengelighet, men bruk avsløres sporadisk.

Inntaksmåter

Løsemidlene inntas ved at man enten sniffer inn gass direkte fra væsken, eller ved at man dynker en klut med væske og sniffer fra denne. Ved å fordele væsken i en klut, øker man fordampingen og får større virkning. For ytterligere å øke effekten kan væsken has i en plastpose eller annen beholder, for deretter kraftig å inhaleres fra åpningen. Aerosoler og gasser kan også inhaleres på denne måten eller ved direkte dosering fra ventilen.

Korttidsvirkning

Rusen fra denne gruppen stoffer blir gjerne sammenlignet med alkoholrusen, med både stimulerende og dempende virkning. Redusert konsentrasjon, hukommelse og innlæringsevne samt endret stemningsleie, er vanlige virkninger. Koordinasjon, balanse og muskelkraft svekkes. I høye doser vil rusen ofte være kraftigere enn normal alkoholrus, og psykose-lignende symptomer kan inntreffe. Likeledes kan store doser føre til dødsfall grunnet hjerterytmeforstyrrelser eller for lav oksygentilførsel som medfører kvelning.

Langtidsvirkning

Det kan utvikles toleranse ved langtidsbruk. Langtidsbruk vil videre kunne føre til svinn av hjernesubstans med påfølgende problemer som psykiske forstyrrelser, svekket muskelkoordinering og skjelving. Noen løsemidler vil kunne gi varige lever- og nyreskader, mens andre kan gi redusert blodcelleproduksjon i benmargen. Bensinsniffing kan dessuten medføre atferdsendinger som følge av blyforgiftning.

Abstinenssymptomer

Symptomer som forbindes med raskt avbrudd i inntaket er hodepine, magesmerter, muskelkramper, og i spesielle tilfeller delirium.

Lovmessig status

Sniffestoffene er i juridisk forstand ikke å anse som narkotika. Det er restriksjoner som f.eks. 18-års aldersgrense på noen av stoffene, mens andre omsettes fritt i dagligvarehandelen.

Ytre tegn og symptomer på bruk av løsemidler og gasser

Pupillstørrelse	NORMAL
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	JA
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	JA
Puls	HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	NORMAL

Annet: Rusen fra løsemidler og gasser er som nevnt lik alkoholrus, snøvende tale, kvalme og svimmelhet. Videre blodsprengete og blanke øyne, som kan være svært ømfintlige for sterkt lys, og det vil lukte av det inhalerte middelet fra klær, hender og åndedrett.

7.1.6 GHB

Beskrivelse

GHB eller gammahydroksybutyrat er et stoff som i små mengder finnes naturlig i menneskekroppen, og som bl.a. regulerer kroppsfunksjoner som søvn, temperatur, hukommelse og produksjon av veksthormoner. Fremstilling av syntetisk GHB er enkelt, man kan rett og slett blande GBL (gammabutyrolakton – et kjemikalium fra industrien bl.a. til bruk i lakk og malingsfjernere) og kaustisk soda. I ren form er GHB et hvitt pulver, men det forekommer som oftest som en litt seigflytende blank eller gulaktig væske. Både GBL og 1,4 BD (butandiol – løsningsmiddel bl.a. brukt til å fjerne tagging) vil ved direkte inntak i kroppen omdannes i leveren til GHB og gi tilsvarende rus.

Historikk

GHB ble på 1970-tallet brukt i medisinsk sammenheng, både som bedøvelsesmiddel ved operasjoner, i forbindelse med narkolepsi (ukontrollerte søvnanfall) og i forbindelse med alkohol- og narkotikaabstinenser. I kroppsbyggermiljø har det blitt brukt fordi det hevdes å ha en stimulerende effekt på kroppens dannelse av veksthormoner, mens det ble først benyttet som et rent rusmiddel på 1990-tallet. I Norge ble GHB første gang påvist så sent som i 1997, og få år etter ble det første beslaget tatt i norske fengsler.

Inntaksmåter

GHB inntas i hovedsak oralt gjennom å drikke det ferdig utblandet i vann av brusker. En rusdose er beskrevet fra en til flere kopper. Det er også mulig å injisere GHB, men dette er ikke vanlig.

Korttidsvirkning

Inntak av mindre mengder GHB gir en alkohollignende rus, hvor man først blir oppstent for deretter å bli slapp og sløv med redusert konsentrasjon, hukommelse og svekket kritisk sans, før man faller i søvn. I små doser påstås det også å være seksuelt stimulerende, og det er derfor blitt kalt flytende ecstasy. Det har også blitt brukt til å dope ned personer for deretter å misbruke dem seksuelt. En GHB-rus etterfølges ofte av dyp søvn, og problemer med å huske hva man gjorde før og under rusen. I høye doser kan det i tillegg inntreffe forvirring, opphisselse, kramper, hallusinasjoner, pusteproblemer, brekninger, bevisstløshet og koma.

Langtidsvirkning

GHB antas å være avhengighetsskapende ved lengre tids bruk, men det er liten oversikt over langtidsskader. GHB kan forårsake sterke forgiftninger og dødsfall, spesielt hvis det inntas sammen med andre dempende stoffer som f.eks. alkohol. Toleranse kan oppstå ved gjentatt bruk.

Abstinenssymptomer

Det finnes foreløpig lite dokumentasjon vedrørende abstinenser forbundet med GHB-bruk, men en antar at det avhengighetsskapende potensialet er omtrent som ved alkoholbruk.

Lovmessig status

GHB ble i Norge klassifisert som narkotika 12. juli 2000, mens GBL ble klassifisert i 2002.

Ytre tegn og symptomer på bruk av GHB

Pupillestørrelse	SMÅ
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	JA
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	UKJENT
Puls	LAV
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	SEN

Annet: Slappe muskler, muskelkramper kan forekomme ved høye doser. Brekninger og bevisstløshet, kan falle i koma ved høye doser. Pratsomme, men med usammenhengende tale. GHB-rus følges ofte av dyp søvn, hvor misbrukeren våkner brått og kan ha store problemer med å huske hva som skjedde før og under rusen. Hallusinasjoner og stor aggressivitet kan forekomme når personen våkner etter søvnen eller blir vekt under denne.

SLANGUTTRYKK

Aktuelle slanguttrykk for GHB er «flytende ecstasy», «blue rain», «G», «gabbe» og «gabba».

7.2 Smertedempende stoffer

Innledning

Til denne gruppen hører opioider (også kalt opiater), som er en samlebetegnelse på en rekke forskjellige stoffer som enten kommer fra opiumsvalmuen, eller som er syntetisk laget for å ha tilnærmet lik virkning. Opioidenes hovedegenskap i medisinsk sammenheng er smertelindring. Opioidene kan inndeles i tre hovedgrupper:

- De naturlige opiater som opium, kodein og morfin.
- Halvsyntetiske opioider som heroin.
- Syntetiske opioider som petidin, metadon, buprenorfin m.fl.

Beskrivelse

De naturlige opioidene finnes i opiumsvalmuen (*papaver somniferum*), som er en ett-årig plante med røde, hvite eller fiolette kronblader. Frø-kapselen er rund eller litt avlang med en krage på toppen, og kan variere i størrelse fra 1 til 4–5 cm.



Bilde 15 Opiumsvalmuer



Bilde 16 Opiumsvalmuer

Historikk

Opiumsvalmuen er en gammel kulturplante som var kjent allerede for 6 000 år siden. Man mener at planten stammer fra landene i Midtøsten, og at egypterne var de første som oppdaget opiumens egenskaper. I Hellas ble opium benyttet som et vidundermiddel, og navnet opium som betyr plantesaft, stammer herfra. Fra Midtøsten spredte opiumsvalmuen seg gradvis sørøstover til India og Kina, og frem til 1600-tallet ble den vesentlig brukt i medisinsk sammenheng. Fra slutten av 1700-tallet utviklet opiumsrøyking seg og ble et særegent kinesisk problem. Midt på 1800-tallet ble det anslått at over 100 millioner kinesere misbrukte

opium, og kinesernes forsøk på å stanse handelen med opium førte til to opiumskriger mellom Kina og England som solgte opium til landet. Røyking av opium spredte seg til andre deler av verden, vesentlig med innvandrere med kinesisk bakgrunn. I 1803 klarte en tysk kjemiker å isolere morfin fra opium, og navnet morfin stammer fra søvnens gud Morfeus. Heroin ble først fremstilt i 1874, og man trodde først at man hadde funnet et stoff som kunne erstatte morfin som smertestillende middel uten at det ga avhengighet. Etter at kommunistene overtok makten i Kina i 1949, ble all opiumsdyrking og -bruk forbudt, og dyrkingen og bruken spredte seg til de omliggende landene. Under Vietnamkrigen oppdaget produsentlandene den enorme profitten som lå i selv å videreforedle opium til heroin for illegalt salg til vesten. I Norge ble det første beslag av heroin gjort så sent som i 1976, men allerede ti år senere hadde heroinen fått betydelig fotfeste i norske misbrukermiljø. Syntetiske opioider har for alvor fått plass i misbrukermiljøene de siste ti årene, og er i dag ettertraktede stoffer.

7.2.1 Opium

Opium er plantesaften som man får fra den avblomstrede frøkapselen når man snitter i den. Plantesaften er opprinnelig en melkehvit væske, men når den kommer i kontakt med lys og luft, størkner den og får raskt en mørkebrun til svart farge. Fersk opium vil ha en myk konsistens med en karakteristisk lukt, mens eldre kvaliteter gjerne er harde og tørre. Grunnen til at man dyrker opiumsvalmuen er dens innhold av en rekke alkaloider (plantevirkestoffer), hvorav kodein og morfin er de viktigste. Vanlig råopium inneholder ca 25 % alkaloider, hvorav kodein inngår med ca. 1 % og morfin med ca 10 %.



Bilde 17 Råopium

7.2.2 Kodein

Kodein er i utstrakt medisinsk anvendelse som et stoff mot middels sterke smerter og som et stoff med hostedempende virkning. Opprinnelig er kodein et hvitt, krystallinsk pulver, men dette har liten illegal utbredelse. Det vesentlige misbruk av kodein skjer via bruk av legale smertestillende tabletter. Navn på tabletter som inneholder kodein er f.eks. Kodein, Paralgin Forte og Pinex Forte.

7.2.3 Morfin

Morfin er et særdeles velegnet smertestillende stoff med utstrakt medisinsk anvendelse, og hovedgrunnen til at opiumsvalmuen dyrkes legalt. Morfin ekstraheres (utvinnes) fra opium med et løsemiddel, og fremstår i baseform som et hvitt, krystallinsk pulver. Illegale morfinkvaliteter inneholder imidlertid ofte forurensinger fra opium, noe som kan gi en brunaktig farge.



Bilde 18 Ulike typer opium

Morfinbase er ikke vannløselig og således ikke egnet for injeksjon. Ved å tilsette syre og varme det opp omdannes basen til et vannløselig salt. Morfinklorid og morfinsulfat er de mest vanlige morfinsaltene i illegale partier og vil av farge kunne variere fra hvit til brun, avhengig av rensesprosessen. Misbruk av morfin i Norge skjer i hovedsak gjennom bruk av legale tabletter og injeksjonsvæsker. Navn på tabletter er f.eks. Dolcontin og Morfin.

7.2.4 Heroin

Heroin betegnes som et halvsyntetisk stoff fordi det ikke finnes naturlig, men utvinnes av morfin. Morfin binder seg med et stoff som heter eddiksyreanhydrid og danner diacetylmorfin, som er et annet navn på heroin. Heroinprodukter vil derfor ofte lukte surt som eddik. Av fremstillingen får man heroinbase, som i ren form er et hvitt, krystallinsk pulver og som ikke er vannløselig. For å kunne innta heroin ved injeksjon må det omdannes til et salt. Dette kan gjøres av produsenten eller misbrukeren kan gjøre dette umiddelbart før bruk ved å tilsette en syre slik at heroinen fremstår som et salt. Heroinkvaliteter er sjelden rene, de drar med seg urenheter fra opium og morfin og vil således i farge kunne fremstå som både grå og brun. I 2005 var styrkegraden på beslaglagt heroin mellom 4 og 35 %.



Bilde 19 Ulike typer heroin

7.2.5 Syntetiske opioider

De syntetiske opioidene er stoffer som i vesentlig grad er blitt fremstilt i forsøk på å lage smertestillende medikamenter som ikke skulle ha morfins avhengighetsskapende effekt. Imidlertid viser det seg at disse også utvikler avhengighet, men de har allikevel fått en betydelig medisinsk anvendelse, både som et supplement og erstatning til morfin. De første syntetiske opioidene som ble laget og som fortsatt er i bruk, er petidin, ketobemidon og metadon.

Petidin finnes som stikkpiller og injeksjonsvæske, og brukes mot sterke smerter. Selv om petidin ligner morfin, gir bruk av petidin i langt mindre grad små pupiller.

Ketobemidon brukes som petidin mot sterke smerter, og er i Norge registrert med preparatene Ketodur, Ketogan og Ketorax. Disse forefinnes både som tabletter, stikkpiller og injeksjonsvæske.

Metadon har lengre virketid enn morfin, og er derfor i stor grad i medisinen brukt til behandling av heroinmisbrukere. I Norge i dag er det ca. 3 000 personer som får utskrevet metadon legalt, inkludert de under kriminalomsorgens kontroll. Metadon forefinnes som injeksjonsvæske, tabletter og i mikstur blandet med saft, og det er sistnevnte som brukes i metadonbehandling.

I de senere tiår har det kommet nye opioider på markedet, men med tilnærmet lik virkning som morfin. Av disse kan nevnes dekstropropoksyfen, pentazocin, buprenorfin og fentanyl.

Dekstropropoksyfen er virkestoffet i tablettene Aporex, og brukes mot middels til sterke smerter med virkning lik kodein.

Pentazocin forekommer som injeksjonsvæske, stikkpiller og tabletter under handelsnavnet Fortralin, og brukes mot sterke smerter. I store doser kan pentazocin gi en mer hallusinogen rus enn den eufori og velvære man forbinder med opioiderusen generelt.

Buprenorfin er virkestoffet i tablettene Subutex og Temgesic, og brukes også til behandling mot sterke smerter. Ved bruk av større doser kan stoffet delvis reversere virkningen av andre opioider, og det er således tatt i bruk til behandling av heroinmisbrukere. Buprenorfin gir også mindre fare for overdosering enn andre opioider.

Fentanyl er et svært kraftig smertestillende middel med hurtig innsettende effekt til bruk ved operasjoner, som f.eks. injeksjonsvæskene Lepitanal, Rapifen og Sufenta. Fentanyl finnes også i Durogesic depotplaster, og brukes til vedlikeholdsbehandling mot alvorlige og langvarige smerter ved kreftsykdom. Det absorberes gjennom huden og avgir mikrogram med virkestoff hver time. I tillegg er det laget en rekke legale og illegale fentanylderivater med en smertestillende effekt som er flere tusen ganger sterkere enn morfin. Det var for øvrig fentanyl i gassform som ble brukt da russiske spesialstyrker stormet teateret i Moskva i 2002 hvor 119 personer døde.

Inntaksmåter

Opioidene kan inntas på en rekke forskjellige måter, litt avhengig av hvilket stoff det er, og hvilke tradisjoner som finnes. Den klassiske inntaksmåten for opium er røyking, og da gjerne i spesielle vannpiper, men opium kan også tas oralt. Morfin i væskeform vil i hovedsak ved illegalt inntak skje ved injeksjon, og det er også normalt å knuse morfininnholdige tabletter for deretter å bruke dem i intravenøs injeksjon, og dermed oppnå en kraftigere virkning. Morfin kan imidlertid også tas oralt, røykes, og stikkpiller er beregnet for absorpsjon fra endetarmen. Morfin finnes også i plasterform. Heroin kan inntas på samme måte som morfin. Intravenøs injeksjon har vært den mest utbredte inntaksformen. Da det er svært vanskelig å vite om stoffet er i base- eller saltform, er det vanlig å tilsette en syre og varme stoffet opp før injeksjon. Løsningen suges deretter opp i en sprøyte gjennom et filter (bomullsdott) og settes så direkte inn i blodbanen. Dette gir en rask og kraftig virkning, men faren for overdosering øker også med denne inntaksmåten. Sniffing og røyking av heroin har fått større utbredelse i løpet av de siste tiår.

I fengsler har sniffing og røyking vært like vanlig som injeksjon, noe som kan skyldes mindre tilgang på sprøyter, samt at innsatte vil ha en mer kontrollert rus. Bakgrunnen for sistnevnte kan være for å redusere muligheten for overdose eller for ikke å bli avslørt av tilsatte. En populær variant av røyking er å varme stoffet opp i metallfolie til det smelter, for så å inhalere stoffet når det går over i gassform («chasing the dragon»). Syntetiske opioider foreligger i hovedsak som medisinske preparater (tabletter, stikkpiller og injeksjonsløsninger), og tabletter vil ofte bli knust for så å inntas gjennom injeksjon eller røyking. De fleste opiater virker langt svakere når de spises enn ved røyking eller injeksjon, og misbrukere vil ofte om mulig benytte en inntaksmåte som gir en større ruseffekt.

Korttidsvirkning

Rus av opioider kjennetegnes først og fremst ved smertestillende og dempende symptomer. Bruk av opioider gir i tillegg endret stemningsleie, eufori, følelse av velbehag, varme, kombinert med nedsatt kritisk sans og likegladhet. I tillegg kan de hos noen, i særlig store doser gi psykoseliggende symptomer. Risikoen for overdoser er stor pga. at bruk av stoffet kan medføre lammelse av pustesenteret. Kombinasjon av opioider og andre sentralt dempende stoffer eller alkohol, er spesielt farlig med tanke på overdose.

Langtidsvirkning

Opioider har et stort avhengighetspotensial, og et typisk abstinensbilde vil opptre når bruken avsluttes.

Inntaksmåter i fengsel

SLANGUTTRYKK
«Fix» er en sprøyte med heroin, mens «H», «hero» og «hest» står for heroin, «bag», «skudd» og «rør» er salgsdoser med heroin. «M» og «moffe» står for morfin, «O» står for opium, «temmere» blir brukt om tablettene Temgesic.

Brukere av opioider utvikler raskt en betydelig toleranse, og dosen må gradvis økes for å oppnå samme ruseffekt. Det er således ikke uvanlig at personer som har brukt f.eks. heroin over tid, tidobler den opprinnelige rusdosen, som injiseres 4–6 ganger i døgnet. Denne kraftige toleranseøkningen vil reduseres hvis man slutter å bruke opioider. Allerede etter 14 dagers avhold er toleransen redusert med ca 50 %, og da kan en tidligere vanlig dose være dødelig. Risikoen for utvikling av avhengighet av opioider er høy, og brukeren vil ha et ønske om å være under kontinuerlig påvirkning for å unngå abstinenssymptomene.

Abstinenssymptomer

Vanlige symptomer på abstinens er smerter i hele kroppen, angst og depresjoner, rastløshet, diaré og andre influensalignende symptomer, samt pulsøkning og blodtrykksfall. I enkelte tilfeller kan det forekomme livstruende væsketap. De fysiske symptomene vil vanligvis være på det sterkeste 24–48 timer etter siste inntak, og vil normalt reduseres gradvis i løpet av 10–20 dager, avhengig av typen opioid som er brukt.

Lovmessig status

De fleste opioider er regulert som narkotika, og medisinsk bruk er underlagt strenge restriksjoner. For legemidler med mindre mengder virkestoff er det derimot gitt lettelse i restriksjonene.

Ytre tegn og symptomer på bruk av opioider

Pupillstørrelse	SMÅ
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	NEI
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	NEI
Puls	LAV
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	SEN

Annet: Personer som har inntatt opioider vil ofte ha redusert balanse og koordinasjon, knekk i knærne og nakken, virke søvnige, med tunge og hengende øyelokk. De vil videre ha lav og snøvlende røst og langsomme bevegelser. Et typisk tegn vil ofte være kløe på hals og i ansiktet. Ved injeksjon vil selvsagt sprøytstikk forefinnes.

7.3 Hallusinogene stoffer

Beskrivelse

Hallusinogene stoffer er samlebetegnelsen på en gruppe kjemisk sett ulike stoffer, men som virkningsmessig er nært beslektet. Stoffene har til felles at de påvirker sentralnervesystemet og kan fremkalle sansebedrag, illusjoner og hallusinasjoner, noen ganger også symptomer på sinnssykdom. Stoffene har også vært betegnet som psykotomimetiske og/eller psykodeliske stoffer. Hallusinogene stoffer kan deles inn i to grupper:

- Naturlige hallusinogener
- Syntetiske hallusinogener

Historikk

Naturlige hallusinogener

Planter som inneholder hallusinogene stoffer, har vært kjent og brukt i årtusener i en rekke kulturer. Indianerne i Mellom-Amerika benyttet peyote både i religiøs sammenheng og i det daglige liv. Aztekerne brukte en sopp, sannsynligvis *psilocybe mexicana*, for å oppnå en rus/transe, og man har funnet små steinfigurer og hulemalerier som fremstiller soppen som gudebilder. I Norge har bruk av spiss fleinsopp og import av andre sopper inneholdende virkestoffene psilocybin og psilocin tatt seg opp. Flere fengsler i Norge har også rapportert om funn og misbruk av spiss fleinsopp som vokser inne på fengselets område.

Syntetiske hallusinogener

De syntetiske hallusinogenene har en relativ kort historie. LSD ble først laget av den sveitsiske forskeren Albert Hoffman i 1938, hvor han isolerte dette virkestoffet fra soppen meldrøye, men ved medisinsk utprøving på dyr fant man ingen registrerbare effekter. Imidlertid fikk Hoffman i 1943, ved en tilfeldighet, noe av stoffet i munnen og opplevde sterke sanseforstyrrelser koblet med rastløshet, svimmelhet, latteranfall og konsentrasjonsvansker. Hoffmanns arbeid med LSD ble kjent i USA, hvor etterretningsorganisasjoner mente LSD kunne brukes som et «sannhetsserum». Også psykiatrien fattet interesse for dette stoffet da de mente LSD ville være et hjelpemiddel til pasientenes fortrenge problemer. I en periode ble pasienter med tvangsnevroses, også i Norge, behandlet med LSD. På det illegale markedet dukket LSD opp på 1960-tallet, og da i hovedsak med «hippie-bevegelsen». Stoffet fikk en viss popularitet, men på grunn av urent stoff og for store doseringer, oppstod det etter hvert frykt for å bruke LSD, og det forsvant mer eller mindre ut av markedet i en periode. På 1990-tallet steg populariteten igjen, og mengden LSD per enhet ble noe redusert.

«Designer drugs»

Da myndighetene i USA la restriksjoner på produksjonen og bruken av LSD, ble det i misbrukerkretser arbeidet med å finne andre stoffer med tilnærmet samme virkning. Slike stoffer har fått betegnelsen 'designer drugs', hvorav ecstasy-stoffene er typiske eksempler. Både MDA og MDMA ble utviklet på begynnelsen av 1900-tallet, men uten særlig medisinsk anvendelse. Disse ecstasystoffene fikk en oppsving på slutten av 1980-tallet, og på 1990-tallet økte bruken av ecstasy kraftig i store deler av Europa.

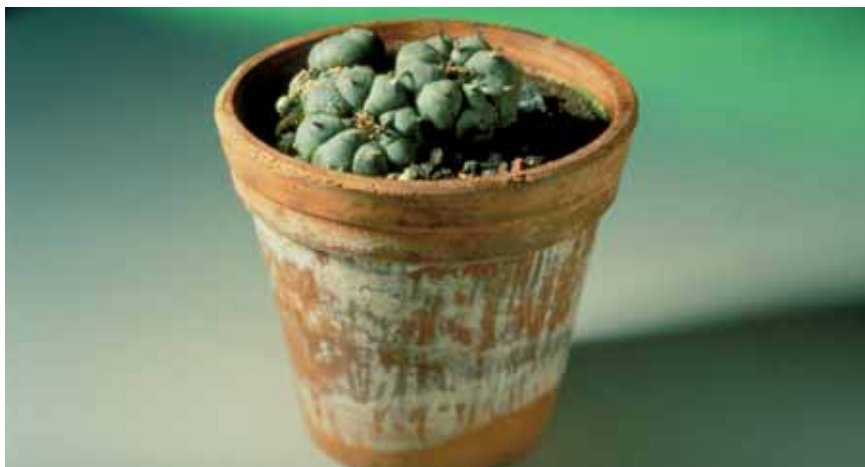
PCP ble først fremstilt i 1956 og markedsført som et narkosemiddel i 1967. Stoffet blokkerer for alle smerter, men bruken ble begrenset pga. forekomsten av hallusinasjoner og tankeforstyrrelser ved oppvåkning fra narkosen. Stoffet anvendes i noen grad fremdeles til narkose på dyr. PCP var populært i USA på 1970-tallet, men har aldri hatt særlig utbredelse i Norge.

Naturlige hallusinogener

De naturlige hallusinogenene er stoffer som finnes i flere planter som vokser vilt i naturen, eller som dyrkes i den hensikt at det skal anvendes som rusmiddel.

7.3.1 Meskalin

Virkestoffet meskalin er mest kjent som det aktive stoffet i kaktusen peyote (*Lophophora williamsii*). Dette er en liten kaktus som vokser i den nordlige delen av Mexico og i de sørvestlige delene av USA. Hoveddelen av kaktusen vokser under jorden, men de blomstrende toppene springer frem over jorden og kalles gjerne «knapper» (mescal-buttons). Innholdet av meskalin i tørket peyotekaktus ligger på ca 5–10 %.



Bilde 20 Meskalin fins i kaktus

Meskalin finnes også i andre kaktuser som *Lophophora diffusa* og søylekaktusen San Pedro (*Trichocereus pachanoi*), men det er ikke kjent at meskalin inngår i planter som vokser i Norge.

7.3.2 Psilocybin og Psilocin

Virkestoffene psilocybin og psilocin finnes i en rekke viltvoksende sopper. I Norge er den mest kjente soppen som inneholder disse virkestoffene, spiss fleinsopp (*Psilocybe semilanceata*). Dette er en liten, spinkel sopp med en klokkeformet hatt, hvor man har målt opptil 2 % virkestoff i tørket materiale.



Bilde 21 Spiss fleinsopp

Andre kjente sopper som inneholder psilocybin og psilocin er *Psilocybe cubensis* (cubafleinsopp) og *Psilocybe mexicana*.

7.3.3 DMT (dimetyltryptamin)

DMT finnes i frø og blader fra en del av plantene fra slekten *Mimosa*.

Hallusinogene stoffer som ikke er regulert som narkotika, finner man i flere andre vekster. Mest kjent er kanskje ololiuqui, som er frø fra planter av slektene *Rivea* og *Ipomoea*, og som gjerne kalles for «Morning glory». Andre planter som inneholder stoffer som kan misbrukes, er engletrompet, bulmeurt, rød fluesopp, piggeple, muskatblomme og muskatnøtter. De to sistnevnte er ved flere anledninger avslørt misbrukt i kriminalomsorgen.

Syntetiske hallusinogener

De syntetiske hallusinogenene er stoffer som ikke har noen naturlig forekomst. Det finnes en rekke slike stoffer med varierende utbredelse og med helt forskjellig oppbygning.

7.3.4 LSD (lysergsyredietylamid)

LSD er å regne som et halvsyntetisk hallusinogen siden utgangspunktet, ergotamin, er et stoff som finnes i en del planter. Ved fremstilling av LSD får man et meget sterkt, fargeløst, krystallisk stoff uten smak eller lukt. På grunn av stoffets styrke ligger en brukerdose kun på ca. 50 mikrogram, og LSD forefinnes sjeldent på det illegale markedet i ren form. LSD finnes som oftest som små tabletter eller papirbiter som gjerne er påtrykt et emblem.



Bilde 22 Ulike LSD tabletter

7.3.5 Ecstasy

Ecstasy er en samlebetegnelse på flere kjemisk nært beslektede stoffer. Disse kalles også for syntetiske amfetaminderivater fordi de i sin kjemiske oppbygning ligner på amfetamin, men det er i molekylet gjort forandringer som gjør at de ligger nærmere meskalin enn amfetamin i virkning. MDMA (metylendioksymetamfetamin) er det mest kjente stoffet og det som opprinnelig ble kalt ecstasy, noe som i dag brukes om hele stoffgruppen. Av andre stoffer tilhørende denne gruppen kan nevnes MDA (metylendioksyamfetamin), MDEA (metylendioksyetylamfetamin), DOM (dimetoksymetylamfetamin), TMA (trimetoksyamfetamin) m.fl.

På det illegale markedet foreligger ecstasy nesten alltid som fargerike og pregede tabletter.

I de senere år har det også dukket opp flere syntetiske hallusinogener som i sin oppbygning ligner på amfetamin eller meskalin. Dette er bl.a. 2C-B (bromdimetoksyfenetylamin) og DOB (bromdimetoksyamfetamin).

7.3.6 PCP (Phencyklidin)

Phencyklidin er et hallusinogent stoff med en noe spesiell virkning. Det ble opprinnelig utviklet som et lokalbedøvelsesmiddel, men viste seg raskt i tillegg også å ha både smertestillende og hallusinogen effekt. Phencyklidin kalles bare PCP eller englestøv, og fremstår som et hvitt pulver i kapsler eller som tabletter.

7.3.7 Ketamin

Ketamin er et middel brukt ved narkose og som bedøvelsesmiddel under legemiddelnavnet Ketalar. Det forekommer oftest som injeksjonsvæske og kan anvendes som rusmiddel med tilnærmet lik virkning som PCP.

Inntaksmåter

Naturlige hallusinogener

De vanlige inntaksmåtene for de naturlige hallusinogenene er ved spising eller drikking av ekstrakter fra plantene. Psilocybinholdige sopper tørkes og spises. Virkestoffet tåler godt både høye og lave temperaturer, slik at det er mulig å plukke soppen på høsten, dypfryse den, for deretter å steke og bruke den i matlaging.

Syntetiske hallusinogener

Inntaksmåten for de syntetiske hallusinogenene kan være flere, avhengig av hvilket stoff det er snakk om. Den vanligste inntaksmåten for LSD er oralt. LSD foreligger dryppet på tabletter eller papirbiter og kan svelges slik at virkestoffet opptas gjennom veggene i magen, eller det kan legges i munnen slik at virkestoffet absorberes gjennom slimhinnen i munnhulen. Andre inntaksmåter er lite brukt selv om stoffet også vil være egnet for injeksjon eller røyking.

Ecstasy foreligger oftest som tabletter og inntas på samme måte som LSD, men også ecstasy kan injiseres og røykes. PCP kan både spises, røykes, sniffes og injiseres; de vanligste inntaksmåtene er røyking sammen med tobakk eller sniffing. DOB er et hvitt pulver som enten spises eller sniffes.

SLANGUTTRYKK
Aktuelle slanguttrykk for hallusinogene stoffer kan være:
PCP : angel dust, crystal og englestøv.
Ecstasy: biter, bokstaver, E, knips(e), røde og tabbiser.
LSD: acid, dots, drypp, frimerke, halliser, partytime, syre og trip.
Psilocybin: magic mushrooms.
Meskalin: meska.
Ketamin: spesial K og vitamin K.
DOD: golden eagles.

Korttidsvirkning

Både meskalin og psilocybin har som rusmidler en virkningsprofil karakterisert som sentralstimulerende og med psykoselignende symptomer. De syntetiske hallusinogenene har samme virkning. Ecstasystoffene gir noe sterkere innslag av den sentralstimulerende virkningen, og ekte hallusinasjon forekommer vanligvis ikke i små doser. PCP og ketamin har både hallusinogene, dempende og stimulerende effekter. Rusen er karakterisert ved å starte med tankeforstyrrelser og hallusinasjoner selv i små mengder. Ved økende doser vil det i tillegg inntre påvirkning av balanse og koordinasjon, samt sterke og uforutsigbare reaksjoner i form av angst, panikk, sinne og aggresjon mot seg selv eller andre. Dosen som brukes av de forskjellige stoffene, vil også kunne bestemme hvilke symptomområder som dominerer rusbildet. I noen tilfeller kan hallusinasjonene oppfattes som svært skremmende. Slike «bad trips» har gjerne sammenheng med vedkommendes psykiske tilstand, men kan også være doseavhengig. Forekomsten av hallusinasjoner, illusjoner og et forvrengt virkelighetsbilde kan gjøre rusen spesielt risikabel med hensyn til ulykker og voldshandlinger. Et annet fenomen som kan opptre, er såkalte «flash-backs». Dette betyr at man en viss tid etter bruk får en kortvarig gjenopplevelse av rusen uten et nytt stoffinntak, noe som kan skje gjentatte ganger, men med svakere virkning enn selve rusen.

Ecstasyrusen øker kroppstemperaturen, og kombinert med stor fysisk aktivitet kan dette føre til overoppheting og for stor belastning for hjerte- og karsystemet. Unormalt høyt væskeinntak vil videre kunne forstyrre salt- og væskebalansen i kroppen, og dødsfall er registrert.

Langtidsvirkning

Langvarige endringer av personlighet, atferd og forekomst av kroniske psykiske lidelser er sett etter bruk av både meskalin og psilocybin. Toleranseutvikling ved langtidsbruk er ikke vanlig for disse stoffene, bl.a. fordi bruksmønsteret for de fleste er preget av sporadiske inntak. Den største faren for skader og andre komplikasjoner er knyttet til enkeltrus og handlinger utført i rusen.

Psilocybin kan fremkalle bevisstløshet, epileptiske anfall, kramper og depresjoner med selvmordstanker, forvirring og schizofrenilignende psykoser og i verste fall dødsfall grunnet hjerteinfarkt.

Med hensyn til LSD utvikles det raskt toleranse og stoffet kan fremkalle akutte og kroniske psykoser, men avhengighet og alvorlige abstinenssymptomer er sjeldent forekommende.

PCP og ketamin kan fremkalle forvirring, psykoser og personlighetsforandringer, samt lammelse av åndedretsorganer med dødelig utgang. Fordi PCP og ketamin nærmest totalt blokkerer for smerte, vil brukere være vanskelige å håndtere.

I følge *Narkotika dopningsmedel och hälsofarlige varor* utgitt av Rikspolisstyrelsen, Svenska Carnegie Institutet & Svenske narkotikapolisen (Hartelis 2004), kan ecstasy etter en tids bruk medføre permanente skader på hjernen. Brukere vil kunne opptre som totalt likegyldige og emosjonelt utbrente i forhold til sine omgivelser, uten følelse av verken glede eller sinne.

Abstinenssymptomer

Siden utvikling av toleranse ikke er særlig utbredt i forbindelse med disse stoffene, ser en vanligvis heller ikke kraftige eller markante abstinensreaksjoner.

Lovmessig status

De naturlige hallusinogenene meskalin, psilocybin, psilocin og dimetyltriptamin er internasjonalt regulert som narkotika gjennom *Psykotropkonvensjonen av 1971*. Disse stoffene er i Norge totalforbudt etter § 4 i *Forskrifter om narkotika av 30. juni 1978*. Det vil si at tilvirkning, innførsel, utførsel, transitt, omsetning, besittelse og bruk er forbudt. Imidlertid er plantene som inneholder disse stoffene, ikke regulert som narkotika internasjonalt. I Norge derimot, ble spiss fleinsopp oppført på narkotikalistens i 1981, samt cubafleinsopp og blånende flekkskivesopp ble regulert i 2004.

De syntetiske hallusinogenene LSD, PCP og de aller fleste ecstasystoffene er regulert som narkotika internasjonalt gjennom *Psykotropkonvensjonen av 1971* og i Norge gjennom *Forskrifter om narkotika av 30. juni 1978*. Her i landet er de totalforbudt. Det vil si at det, med unntak for ketamin, ikke er åpnet for medisinsk eller annen legal bruk.

Ytre tegn og symptomer ved bruk av hallusinogene stoffer

Pupillstørrelse	STORE
Pupillens reaksjon på lys er	NORMAL
Nystagmus	NEI
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	NEI
Puls	HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	RASK

Annet: Endret og forvrengt virkelighetsoppfatning. Følelsmessig kan sinnstilstanden variere fra velvære og oppstemthet til angst og panikk. Skjelving, kramper og svekket muskelkraft kan inntre tidlig i rusforløpet. Blodtrykk og kroppstemperatur øker, men gåsehud kan forekomme.

Ytre tegn og symptomer ved bruk av PCP og ketamin

Pupillstørrelse	NORMAL
Pupillens reaksjon på lys er	NORMAL
Nystagmus	JA
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	JA
Puls	HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	RASK

Annet: Stivt, stirrende blikk. Økt kroppstemperatur og blodtrykk; ketamin gir ikke økt blodtrykk. Stor muskelfasthet, vanskelig å kommunisere med, abnorm oppførsel med opphisselse og aggressivitet, smerteblokking. Langsom og snøvlende tale, og dårlig koordinasjon.

Ytre tegn og symptomer ved bruk av ecstasy

Pupillstørrelse	STORE
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	NEI
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	NEI
Puls	HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	RASK

Annet: Sterkt økt kroppstemperatur, hyperaktivitet. Emosjonell åpenhet med velvilje til alle mennesker, skal ta og føle på alt og alle (entaktogen effekt).

7.4 Sentralstimulerende stoffer

7.4.1 Amfetamin

Beskrivelse

Amfetamin er et syntetisk, sentralstimulerende stoff som stort sett alltid foreligger som et salt. I Norge er amfetaminsulfat det dominerende.

Amfetaminsaltene vil i ren form være et hvitt, krystallisk pulver uten spesiell lukt. Illegale kvaliteter vil imidlertid ofte ha en svak gul, rosa, grå eller brun farge, og være klumpet med en fuktig konsistens. Illegal produksjon kan ha en lukt av kjemikalier, eller en viss behagelig blomsterlukt, sistnevnte produkt er ofte kalt «blomstermakka».



Bilde 23 Amfetamin

Det finnes også flere hundre andre stoffer som har en kjemisk struktur og virkning som ligner på amfetamin. Metylfenidat er et slikt stoff hvor tablettene Ritalin er mye brukt både medisinsk og illegalt.

Fenmetrazin, virkestoffet i bl.a. den avregistrerte tablettene Preludin, er et annet av de mest kjente amfetaminlignende stoffene.

Historikk

Amfetamin ble første gang fremstilt i Tyskland i 1887, men det var først i 1927 at det ble oppdaget at stoffet hadde store likheter med andre medisiner som ble brukt til å bedre lufttilførselen ved forkjølelse. Frem til 2. verdenskrig ble amfetamin gjenstand for intens forskning; man fant flere effekter som var fordelaktige, og stoffet ble betraktet som et nytt vidundermiddel. Blant effektene som ble oppdaget var at amfetamin virket

SLANGUTTRYKK
Slanguttrykk for amfetamin kan være følgende:
Adidas,
Fattigmannskokain,
Fitte, Fort, Joggesko,
Marsipan, Meter,
Pepper, Raske føtter,
Speed, TTT eller Ting tar tid og Uppers.

appetittnedsettende, og det fikk således anvendelse ved behandling av fedme. Den stimulerende og oppkvikkende virkningen gjorde at stoffet ble brukt bl.a. av bilsjåfører, studenter og idrettsutøvere. Amfetamin var ikke underlagt noen form for restriksjoner og det ble reklamert for produktet. I de militære kretser så man klare fordeler av et stoff med ovennevnte virkninger, og under 2. verdenskrig fikk amfetaminbruken en kraftig oppblomstring. Etter krigens avslutning oppstod misbrukerepidemier bl.a. i USA, Japan og Tyskland, og stoffet som tidligere stort sett var inntatt oralt, ble etter hvert også satt intravenøst. Den illegale produksjonen av amfetamin fikk et kraftig oppsving på 1960 og 70-tallet, i takt med regulering av stoffet til medisinsk bruk. I 1970-årene fikk illegalt produsert amfetamin for alvor fotfeste i Sverige og Norge, og har siden vært det dominerende stoffet etter cannabisproduktene.

Inntaksmåter

Den klassiske inntaksmåten for amfetamin er oralt inntak; stoffet blir enten spist eller drukket utblandet i en væske. Amfetamin kan også sniftes eller settes intravenøst. Intravenøs injeksjon forutsetter at stoffet er vannløselig, noe som ikke er et problem med amfetamin da illegale kvaliteter nesten alltid foreligger som svært vannløselige salter. Derimot egner amfetamin seg dårlig for røyking, da både amfetaminbasen og amfetaminsaltene fordampes ved høy temperatur, så stoffet vil bli ødelagt samtidig.

Korttidsvirkning

Amfetamin har som rusmiddel en virkningsprofil karakterisert ved hevet stemningsleie eller eufori. I tillegg til den oppkvikkende og stimulerende rusen vil amfetamin undertrykke behovet for søvn og redusere sultfølelse. Rus fra sentralstimulerende stoffer kjennetegnes videre med økt energi, seksuell lyst og utholdenhet, økt subjektiv selvfølelse (man er «verdensmester»), og ved at man er pratsom og rastløs. Høy puls og blodtrykk samt økt kroppstemperatur, er andre typiske effekter. Videre kan amfetamin gi kramper og kvalme, og opphisselse og aggresjon med voldelige tendenser.

Langtidsvirkning

Det er en viss toleranseutvikling ved langvarig amfetaminbruk. I tillegg inntreter det også toleranseutvikling under enkeltrusen, når denne opprettholdes over et lengre tidsrom. Således vil det med gjentatte inntak uten avholdende perioder av amfetamin kunne bygges opp betydelige amfetaminkonsentrasjoner i kroppen. Etter en slik periode («makkakjør»), vil det komme en fase med utmattelse, depresjon og urolig søvn. Hallusinasjoner kan forekomme, særlig etter gjentatt bruk av store doser. En amfetaminpsykose er ofte preget av paranoide vrangforestillinger, og kan føre

til ukontrollert og voldelig atferd. Amfetamin har et høyt avhengighetspotensiale, og jo hyppigere amfetamin brukes, desto større er sjansen for komplikasjoner også knyttet til enkeltrusen. Avmagring, vitaminmangel og store tannskader er fremtredende ved langtidsbruk. Selv om amfetamin ikke er spesielt giftig, kan hjerneblødning og akutte forstyrrelser av hjerterytmen føre til død.

For abstinenssymptomer, se samlepunkt for alle sentralstimulerende stoffer.

Lovmessig status

Amfetamin og amfetaminlignende stoffer er regulert som narkotika både internasjonalt gjennom *Psykotropkonvensjonen av 1971* og nasjonalt gjennom *Forskrifter om narkotika av 30. juni 1978*. Stoffene er ikke totalforbudt, dvs. at det er åpnet for kontrollert medisinsk bruk.

Amfetamin og metylfenidat har begrenset medisinsk anvendelse, men kan forskrives til behandling av narkolepsi (sovesyke) og paradoksalt nok ved ADHD, hvor virkningen av stoffet demper hyperaktivitet ved riktig tilmålte doser (Aanonsen 2000).

7.4.2 Metamfetamin

Beskrivelse

Metamfetamin er et stoff som er kjemisk nært beslektet med amfetamin, og vil i ren form være et hvitt, krystallisk pulver uten særlig lukt. Illegalt produsert vil stoffet ofte være misfarget. En spesiell form for metamfetamin klorid kalles «Ice» fordi det ligner på isklumper eller glassbiter av utseende.

Historikk

Metamfetamin ble første gang syntetisert i 1919, og ble etter hvert benyttet i medisinsk sammenheng, men i Norge i dag brukes ikke metamfetamin medisinsk. Stoffet fikk en kraftig popularitet i Asia på 1950-tallet, og i Japan var det registrert over 2 millioner personer som brukte stoffet på denne tiden. Metamfetamin har i dag også en betydelig popularitet i USA og en del land i Asia. Det var begrenset bruk av metamfetamin i Norge på 70-tallet, og stoffet var mer eller mindre fraværende i en periode etter dette. Imidlertid har det vært en viss økning av bruk og beslag av metamfetamin igjen det siste tiåret.

Det har også dukket opp et metamfetaminderivat på markedet som kalles «YABA». Spesielt Thailand, men også andre land, har hatt store problemer med dette stoffet. Denne formen for metamfetamin har vært omsatt

Metamfetamin i kriminalomsorgen

i tabletter beregnet på røyking, men kan også inntas oralt eller ved injeksjon. Stoffet gir en lang, kraftig sentralstimulerende effekt, men vil også ofte medføre hallusinasjoner. For et par år siden anslo thailandske myndigheter at rundt 3 millioner innbyggere var blitt avhengige av stoffet, og det er iverksatt svært sterke tiltak for å få bukt med problemet. Stoffet har spredt seg til Europa og det er også gjort beslag i Norge.

I kriminalomsorgen har det i de siste 3 år vært påvist ca. 200 positive urinprøver på bruk av metamfetamin i året.

SLANGUTTRYKK
Ulike slanguttrykk for metamfetamin kan være:
Crystal, crystal meth, glass, ice, meta, meter og speed.

Inntaksmåter

Metamfetamin kan inntas på forskjellige måter. Tradisjonelt blir stoffet inntatt oralt, injisert eller røyket. Metamfetamin vil når det varmes opp, gå over i gassform uten at det ødelegges på grunn av den høye temperaturen. Det spesielle røykeproduktet «Ice» inntas gjerne med spesielle glasspiper («bong»), hvor gassen inhaleres. Denne inntaksmåten gir en bedre og sterkere virkning enn tradisjonell injeksjon eller spising. Rusvirkningen beskrives fra 8 til 24 timer, og den sterke effekten gjør at misbrukeren kan være en stor trussel for sine omgivelser.

Korttidsvirkning

Metamfetamin er både i oppbygging og virkning meget nært beslektet med amfetamin. Stoffet er imidlertid sterkere, og rusen vil således være kraftigere enn tradisjonell amfetamin.

Russymptomer som redusert konsentrasjonsevne, kraftig heving av stemningsleiet, reduksjon i hukommelses- og innlæringsevne samt svekket kritisk sans, er fremtredende. Spesielt synes risikoen for å ta sjanser, utøve vold og aggresjon å være høy.

Langtidsvirkning

Metamfetamin har de samme langtidsvirkningene som amfetamin, men sannsynligvis et enda høyere avhengighetspotensiale.

Lovmessig status

Metamfetamin regnes som et amfetaminlignende stoff og er således på samme måte som amfetamin regulert som narkotika, både internasjonalt gjennom *Psykotropkonvensjonen av 1971* og nasjonalt gjennom *Forskrifter om narkotika av 30. juni 1978*.

7.4.3 Kokain

Beskrivelse

Kokain er et sentralstimulerende stoff som finnes naturlig i bladene på kokabusken (*Erythroxylon coca*). Busken vokser i flere tropiske land, hovedsakelig i Sør-Amerika, og de viktigste produsentlandene er Bolivia, Colombia, Ecuador og Peru. Planten blir ca 1,5 meter høy og bladene kan inneholde ca. 1 % kokain.

Kokapasta er et råekstrakt av kokabladene, og inneholder i tillegg til kokain også rester av bladmateriale, kjemikalier og løsemidler som er benyttet i utvinningsprosessen. Denne kokapastaen, også kalt «basuco», har tradisjonelt blitt røyket i produsentlandene.

Kokainbase får man ved å raffinere kokapasta, men siden stoffet ikke er vannløselig og nedbrytes ved lagring, omdannes kokainbase til et salt før det eksporteres.

Kokainklorid er et vannløselig salt og den tradisjonelle formen for kokain som har vært kjent i mange år. Dette er i utgangspunktet et fargeløst, krystallisk pulver, men som ved lagring trekker til seg fuktighet fra luften og blir hvitt. Dårlig rensede kvaliteter kan også være gule og grå med en karakteristisk stikkende lukt.

Crack er en betegnelse på kokain i fribase form. Kokainklorid er ved hjelp av bakepulver blitt omdannet til et produkt som er beregnet til røyking. Crack er ofte gråhvite til gule klumper med en fet og oljeaktig konsistens. Det finnes også en del andre ulike varianter av fribasekokain.



Bilde 24 Kokain



Bilde 25 Crack

Historikk

Kokain har sannsynligvis vært anvendt så langt tilbake i tiden som indianerkulturen i Andesfjellene går. I graver som er datert mer enn 5000 år tilbake, har man funnet kokablader og gjenstander som viser at man var kjent med plantens virkninger. I følge Inkaindianernes tradisjoner gav Solguden menneskene kokablade «for å mette de sultne, gi kraft til de svake og la de ulykkelige glemme sin elendighet». Indianerne tygget kokablader, og denne skikken ble etter at spanjolene inntok Sør-Amerika også kjent i Europa, men fikk ikke noen spesiell utbredelse.

I 1855 ble kokain for første gang isolert fra bladene, og man fikk et lokalbedøvende medikament samt et potent rusmiddel. Sigmund Freud ble oppmerksom på kokainets mange virkninger, og brukte det selv i perioder som et middel mot de fleste lidelser. Kokain fikk stor utbredelse og popularitet og inngikk i en rekke miksturer og styrkedrikker, f.eks. inneholdt Coca-Cola kokain inntil 1907.

Inntak av kokain ved å sniffe begynte ved forrige århundreskifte for å oppnå økt velvære og få mer energi. Utbredelsen fikk et kraftig oppsving under og etter 1. verdenskrig, men da andre billigere sentralstimulerende midler dukket opp på 1930–40 tallet, forsvant noe av markedet for kokainen.

I slutten av 1960-årene oppstod interessen for kokain på nytt, da som et eksklusivt rusmiddel med høy sosial status. Stoffet forelå som kokainklorid, og sniffing ble den vanligste inntaksmåten.

På slutten av 1980-tallet begynte man å omdanne kokainklorid til kokainbase for å kvitte seg med uønskede blandingsstoffer, for dermed å oppnå et mer potent rusmiddel beregnet for røyking. Dette stoffet, «crack», varmes opp og ved å inhalere dampen, får man en særdeles rask og effektiv rusvirkning.

Inntaksmåter

Inntaksmåter avhenger til en viss grad av hvilke kokainprodukter det er snakk om. Vanlige kokablader har lang tradisjon som stimulerende stoff i produsentlandene, og de tygges ofte sammen med aske for lettere å frigjøre virkestoffet. Kokablader er også brukt i ulike ekstrakter beregnet for drikking. Kokapasta røykes i hovedsak, men kan også spises, selv om dette kan medføre ubehagelige bivirkninger ettersom at kokapastaen inneholder ulike kjemikalier.

Kokainklorid forbindes oftest med sniffing. Pulveret trekkes opp i nesen, og blir absorbert gjennom slimhinnene i nesen og svelget. Kokainklorid kan også, selv om dette ikke er vanlig, spises eller injiseres, men det egner seg dårlig for tradisjonell røyking da stoffet smelter ved så høy temperatur og det vil samtidig ødelegges.

Kokain som fribase og crack inntas ved inhalering. Stoffet varmes opp slik at det går over i gassform, og gassen trekkes ned i lungene.

Korttidsvirkning

Kokain er et typisk stimulerende stoff, og effektene ligner svært mye på amfetaminets. Selv erfarne brukere vil ha vanskeligheter med å skille rusvirkningene av disse stoffene fra hverandre, men i hovedsak er kokainrusen av kortere varighet. Rusen karakteriseres ved en intens følelse av velvære, økt energi, og økt subjektiv selvfølelse – man er rett og slett «verdensmester». Brukeren vil også ha en tendens til å ta sjanser og overvurdere egne ferdigheter. Ved sterk påvirkning eller langtidsbruk er det større risiko for at det kan oppstå forvirring, angst, hallusinasjoner og andre psykoselignende reaksjoner. Som ved amfetaminbruk vil sultfølelse og søvnbehov reduseres, og seksuell lyst og kapasitet vil gjerne øke. Klassiske fysiske symptomer er raskere puls, økt blodtrykk og kroppstemperatur, samt utvidelse av pupillene.

Langtidsvirkning

Kroniske brukere av kokain kan utvikle irritabilitet, søvnløshet, mistenksomhet og noen ganger også hallusinasjoner og forfølgelsesforestillinger. Jo hyppigere kokain brukes, desto større sjanser er det for at komplikasjoner knyttet til enkeltrusen vil inntre. Toleranseutvikling ved langvarig kokainbruk er nokså lite fremtredende, men det oppstår imidlertid toleranse under enkeltrusen, og dette blir ganske fremtredende hvis rusen opprettholdes i mange timer. Således kan det bygges opp betydelige kokainkonsentrasjoner i kroppen for å oppnå ruseffekt. Etter en slik rusperiode kommer det gjerne en fase med utmattelse, depresjon og urolig søvn.

SLANGUTTRYKK
Aktuelle slanguttrykk for kokain: Blow, Coke, Cola, Flake, K, Linje, Sne, Snow, Strek, Sniff.

Kokain kan føre til sterk avhengighet og det er vanlig å av reagere med bruk av beroligende tabletter, alkohol og andre sentralt dempende stoffer. Organskader i hjernen som hjerneblødninger og hjerteinfarkt kan forekomme også etter enkeltinntak. Alvorlige komplikasjoner i form av hjerteinfarkt og epilepsilignende kramper forekommer, og kan i visse tilfeller være dødelige. Skader på slimhinner er også vanlig hos kroniske brukere grunnet kokainets vevsødeleggende virkninger, dette kan medføre rennende nese og neseblod.

Ved undersøkelser av gravide kokainbrukere har en påvist en rekke komplikasjoner under svangerskap og fødsel. Risikoen for spontanabort, misdannelser og dødfødsel øker betydelig.

Lovmessig status

Internasjonalt er kokablader og kokain regulert som narkotika gjennom *Narkotikakonvensjonen av 1961*. I Norge er kokablader og kokain oppført på narkotikalistens i *Forskrifter om narkotika av 30. juni 1978*.

Kokain har tidligere vært benyttet som et lokalbedøvende middel ved øye og øre-nese-hals sykdommer, men i Norge i dag har kokain ingen medisinsk anvendelse.

7.4.4 Khat

Beskrivelse

Khatplanten, *Chata edulis*, stammer opprinnelig fra Etiopia, men er i dag utbredt i mange land i det sørlige og østlige Afrika og Jemen. Størrelsen på treet varierer i størrelse, fra 1–25 meter, avhengig av jordsmonn og klima.



Bilde 26 Khat

Bladene fra khat inneholder virkestoffene katinon og katin. Katinon er et lite stabilt virkestoff som omdannes til katin ved lagring. Bladene må derfor brukes mens de er ferske da virkestoffet gradvis svekkes når bladene tørker. Khat er å regne som en ferskvare hvor det gjelder å holde plantematerialet fuktig og virksomt lengst mulig. Det er derfor vanlig å emballere khatbladene i bananblader og plast før de eksporteres til bestemmelsesstedet.

Historikk

Khat er en plante som er brukt av ulike folkeslag langt tilbake i historien, og det er referert til som et helbredende middel. Bruken ble tidlig observert i Etiopia, og fra det 15. århundre ble planten overført til land sørvest på den arabiske halvøy. Enkelte historikere mener at bruken kan dateres tilbake til antikkens tid, og at khatrøyking var vanlig blant de gamle grekere. I Europa ble planten kjent til medisinsk bruk og som et narkotisk middel i det 19. århundre. Khatblader ble brukt mot epilepsi, hysteri, impotens, søvn og sult, og som et middel for å fremme utholdenhet. I Norge ble khat først aktuelt som et rusmiddel i siste halvdel av 1980-tallet, hvor spesielle innvandrergreper importerer khat som sitt rusmiddel, i tradisjon med bruken fra sine hjemland.

Inntaksmåter

Bladene av khatplanten er kjent og brukt i arabisk eller abyssinsk te, og inneholder så små mengder rusvirkende stoff at bruken ikke anses å være særlig problematisk. Den vanligste inntaksmåten er å tygge de friske bladene, og virkestoffene absorberes i slimhinnene i munnhulen og svelget, samt opptas fra mage og tarm. En rusdose khat er på ca. 200–250 gram friske blader.

Korttidsvirkning

Khat har den samme rusvirkningen som andre sentralstimulerende middel som kokain og amfetamin. På grunn av inntaksmåten og den lave konsentrasjonen av virkestoffene vil det imidlertid ta lengre tid før rusen inntreffer, og den vil heller ikke være så intens som rusen fra eksempelvis amfetamin. Inntak av khat kan føre til økt kroppstemperatur, økt puls og blodtrykk samt utvidelse av pupillene.

Langtidsvirkning

Det foreligger få studier om skadepotensialet ved langtidsbruk, men tann- og leverskader samt avmagring synes å forekomme. Toleranseutvikling synes ikke å være fremtredende, og virkestoffene er heller ikke akutt giftige. Psykiske skadevirkninger som søvnforstyrrelser, depresjoner og psykoselignende tilstander er imidlertid rapportert.

SLANGUTTRYKK
«Marduuf» er en brukerdose khat beregnet til 200–400 gram.

Lovmessig status

Virkestoffene katin og katinon er regulert som narkotika både internasjonalt og i Norge. Det samme er ikke tilfelle med selve khatplanten, selv om den i Norge ble forbudt i januar 1989.

Ytre tegn og symptomer ved bruk av sentralstimulerende midler

Pupillstørrelse	STORE
Pupillens reaksjon på lys er	SEN
Nystagmus	NEI
Manglende evne til å se i kryss (skjeling)	NEI
Puls	HØY
Rombergs test (balanse- og tidskontroll)	RASK

Annet: Energisk og rastløs, klarer ikke å sitte stille. Rask og springende tale, skifter tema. Tynne og avmagret. Kjevelås og gnissing av tennene samt «ormetunge».

Abstinenssymptomer for sentralstimulerende stoffer

Avvenning etter misbruk av sentralstimulerende midler utløser ofte paranoide symptomer, angst og depresjoner, som også kan oppfattes som psykiske abstinenssymptomer. Mange rapporterer om utbredt bruk av beroligende midler eller andre rusmidler i denne fasen, og det kan være fare for selvmord.

7.5 Dopingpreparater

Beskrivelse

Med dopingsmidler mener vi stoffer, oftest legemidler eller hormoner, som brukes for å øke kroppens yteevne. De mest anvendte dopingsmidlene er preparater som stimulerer sentralnervesystemet, narkotiske stoffer, smertestillende midler, vevsoppbyggende preparater og bloddoping.

Androgen-anabole steroider (AAS) er et felles navn for androgener og anabole steroider. 'Androgener' er betegnelsen på de mannlige kjønnshormonene som produseres i kroppen, og testosteron er det viktigste av androgenene. 'Anabole steroider' er navnet på en gruppe syntetiske stoffer med de samme virkningene som androgener. Stoffene i denne gruppen har i prinsippet de samme androgene virkningene (på maskuliniteten) og anabole virkningene (på muskulaturen), selv om virkningsprofilen kan

varierte betydelig etter kjemisk struktur og inntaksmåte (www.dopingtelefonen.no).

Historikk

Testosteron ble identifisert og syntetisert i 1935. Det ble første gang brukt som dopingsmiddel under siste verdenskrig, da det ble gitt til soldater for å øke deres mot og styrke.

Erfaringer fra kriminalomsorgen

Det er kun mulig å oppdage endret atferd i forbindelse med bruk av anabole steroider dersom man har kjent den innsatte over tid. Det beste kjennetegnet på misbruk er økt muskelmasse på forholdsvis kort tid.

Inntaksmåter

Steroider inntas enten intramuskulært eller oralt.

Langtidsvirkninger

Skadevirkningene ved bruk av dopingsmidler varierer avhengig av hvilke dopingsmidler man bruker, og hvem som bruker dem. Det finnes imidlertid en del felles skadevirkninger. Disse midlene er ikke spesielt giftige, og overdosedødsfall er ikke kjent. Her oppgis kun noen av de mest vanlige langtidsvirkningene:

Psykisk

Dette er noen av de mest vanlige psykiske skade- og bivirkningene ved bruk av anabole steroider, stimulerende midler, smertestillende midler og veksthormoner. Ikke alle opplever disse bivirkningene like sterkt, og det er heller ikke alle midler som gir disse utslagene.

- Humørsvingninger og aggressivitet.
- Konsentrasjonsvansker.
- Sviktende selvtillit.
- Angst og uro.
- Forfølgelsesvanvidd.
- Søvnforstyrrelser.
- Vrangforestillinger og maniske tilstander.
- Personlighetsforandringer.
- Blackout.
- Depresjoner og selvmordstanker.

Kjennetegn på dopingbruk er f. eks. forandring i oppførsel, mer aggressiv atferd, innadvent oppførsel og etablering i nye miljøer (nye venner).

Fysisk

Dette er noen av de mest vanlige fysiske skade- og bivirkninger ved bruk av anabole steroider, stimulerende midler, smertestillende midler og veksthormoner. Ikke alle opplever disse bivirkningene like sterkt og det er heller ikke alle midler som gir disse utslagene.

Begge kjønn

- Hjerte- og karsykdommer (enkelte får dette i 30-årene).
- Håravfall og skallethet.
- Kviser, sprekker i huden, rynker.
- Vektøkning og væskeopphopning i kroppen.
- Sene- og muskelskader (avrivning av senefester og muskelbrister).
- Økt risiko for blodpropp.
- Redusert vekst ved bruk som barn/ungdom.
- Blod i urinen.
- Ujevn hjerterytme.
- Hodepine.
- Sterilitet.

Menn

- Brystene vokser, i enkelte tilfeller melkesekresjon fra brystene.
- Nedsatt spermieproduksjon.
- Redusert volum på testiklene (på størrelse med et barns).
- Økt kjønnsdrift når kuren tas.
- Nedsatt kjønnsdrift når kuren trappes ned.
- Vannlatingsproblemer.
- Redusert egenproduksjon av testosteron.

Kvinner

- Uregelmessig menstruasjon.
- Klitorisforstørrelse.
- Kjønnsdriften øker.
- Økt skjeggvekst.
- Brystene blir mindre.
- Utvikling av dyp mannlig stemme (maskulinisering).
- Sterilitet.
- Risiko for skader på foster ved graviditet.

(www.anti-doping.no, www.dopingtelefonen.no)

Abstinenssymptomer

Den kliniske forskningen på dette området er mangelfull, men erfaringer basert på utbredt bruk i det tidligere DDR og brukeres historier, tilsier at psykiske symptomer av abstinenslignende karakter kan forekomme.

Lovmessig status

Dopingmidler reguleres gjennom to ulike systemer – straffeloven og idrettsorganisasjonenes bestemmelser. På grunn av at dopingbegrepet favner vidt, får ulike deler av straffeloven anvendelse. Enkelte stimulerende og smertestillende stoffer vil reguleres som narkotika, mens de fleste andre dopingmidlene er å anse som legemidler. Innførsel, utførsel, forskrivning og omsetning av slike legemidler kan gi fengsel inntill seks måneder og/eller bøter. For alvorligere tilfeller får straffelovens § 162b anvendelse. Bruk og besittelse av dopingmidler til eget bruk er ikke straffbart, men medvirkning til bruk rammes.

8 Kontroll og tester i fengsel

Sentrale stikkord i kapittelet:

- Besøkende
- Blodprøve
- Hurtigtester
- Legitimasjon
- Personsøk med hund
- Kommunikasjonskontroll
- Kroppslig undersøkelse
- Romkontroll
- Spesialtoalett
- Tilbakeholdelse
- Urinprøve
- Utåndingsprøve
- Visitasjon (eks. celle, kropp)

Dette kapittelet redegjør for tiltak og tester som er aktuelle i forbindelse med ruskontroll i fengslene. Kapittelet omhandler undersøkelse av innsatte, rom, eiendeler, bygninger og uteareal, og videre hvem som kan undersøkes og hvordan dette skal gjøres.

8.1 Innledning

I Straffegjennomføringsloven § 2 står det at: «(...) straffen skal gjennomføres på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, som motvirker nye straffbare handlinger, som er betryggende for samfunnet, og som innenfor disse rammene sikrer de innsatte tilfredsstillende forhold.»

Innsatte med
narkotikarelatert
dom

Det er en utfordring for dagens straffesystem at en gruppe tungt belastede rusmisbrukere begår, straffes og soner for et stort antall kriminelle handlinger. Levekårsundersøkelsen fra 2004 kom det frem at over en tredjedel av alle domsinnsatte til enhver tid soner en narkotikarelatert dom. Videre omtaler seks av ti domsinnsatte seg selv som rusmisbrukere. De fleste av disse rapporterer å være blandingsmisbrukere og at de hatt perioder med daglig rusmisbruk (Friestad & Hansen 2004). Siden et fengsel er et for-tettet samfunn hvor mange mennesker med problemer har blitt plassert mot sin vilje, oppleves hverdagen for enkelte til tider både håpløs og frustrerende. Med tanke på de destruktive virkningene rusmisbruk har i samfunnet ellers, er bekjempelse av narkotika og andre rusmidler i fengsel særdeles viktig. Det er flere grunner til dette:

For det første er narkotikamisbruk i fengsel straffbart. For det andre er konsekvensene ved en overdose større her enn ellers i samfunnet. Mange innsatte ruser seg alene på kveldstid etter innlåsning, altså på et tidspunkt hvor de har begrensede muligheter til å bli oppdaget dersom de trenger hjelp. Noen ganger kan det ta opptil et halvt døgn før de innsatte igjen blir tilsett av de tilsatte, og en overdose kan dermed bli fatal. Dersom den innsatte selv tilkaller hjelp vil det sannsynligvis resultere i sanksjoner fra fengselsledelsen.

Tilgangen på narkotika i fengsel er sjelden stabil, og den enkeltes toleranse for stoffene blir lavere samtidig som mengden stoff som skal til for å oppnå ønsket rusvirkning, blir vanskeligere å anslå.

Rusmiddelbruk som
sikkerhetsrisiko

Siden vi vet at flere av rusmidlene minsker, og i noen tilfeller helt fjerner menneskers naturlige aggresjonssperre, sier det seg selv at narkotika og rusmisbruk i slike omgivelser kan medføre en alvorlig sikkerhetsrisiko.

Rusmiddelkontroll i fengsel er foruten å verne den innsatte selv, også viktig for å verne andre innsatte, tilsatte, inventar og bygningsmasse.

For noen rusmisbrukere oppleves et fengselsopphold som en mulighet til å ta en pause i misbruket. For enkelte med lange dommer kan det å være avskåret fra jevn tilgang på narkotika over tid faktisk bli avgjørende for deres rehabilitering. For å oppfylle lovens intensjon overfor disse, må kriminalomsorgen tilstrebe at det ikke smugles inn og misbrukes narkotika i fengslene. Skal denne målsetningen oppnås, må de tilsatte ha ervervet seg gode kunnskaper om narkotika og menneskene som misbraker rusmidler. De må også være i besittelse av kontrollmidler for å regulere tilgangen på rusmidler.

Som nevnt innledningsvis, tar vi her for oss undersøkelse av innsatte, rom og eiendeler, både med hensyn til hvem som kan undersøkes og hvordan dette skal gjøres. Det vil bli forklart hvordan fengselets bygningsmasse og uteområder skal kontrolleres, og hvordan det er ønskelig at beslag skal sikres og videre effektueres. Temaet omhandler også kommunikasjonskontroll, og at det redegjøres for forskjellige tekniske og taktiske virkemidler det kan være hensiktsmessig å benytte for å avdekke rusmisbruk. Tekniske virkemidler kan f.eks. være røntgenportaler, deteksjonsspray, urinprøver og bruk av hund. Kommunikasjonskontroll, visitering og avhør, er eksempler på taktiske virkemidler.

Kriminalomsorgens generelle og individuelle sikkerhetstiltak må reflektere det til enhver tid eksisterende trusselbildet, hvilket innebærer at risikobelagte situasjoner, så vel som enkeltpersoner, må gjøres til gjenstand for en kontinuerlig risikovurdering. En slik vurdering vil måtte ta utgangspunkt i både sannsynligheten for at hendelser skal inntre og konsekvenser av disse. En risikovurdering knyttes til alle former for atferd, og vi vurderer sviktfaren i hvert enkelt tilfelle. Det er viktig at man ser alle kontrolltiltak i sammenheng, f.eks. ved at gjennomføring av brev og telefonkontroll følges med besøkskontroll.

8.2 Håndtering av ulovlige eller beslaglagte stoffer/gjenstander

Når man håndterer beslaglagte rusmidler og/eller brukerutstyr, er det viktig at dette gjøres på en slik måte at det ikke ødelegges eller forringes. Dette kan være viktig dersom beslaget skal gjøres til gjenstand for en videre etterforskning fra politiets side. Man må være bevisst på å bruke hansker, både med tanke på bevisforspillelse og for å beskytte seg mot

narkotika som kan være helseskadelig å komme i fysisk kontakt med (f.eks. PCP og kokain).

Beslaglagt materiale må også oppbevares slik at det ikke er tilgjengelig for uvedkommende så lenge kriminalomsorgen har ansvar for det. I direktiver fra KSF er fengselet pålagt å oversende gjenstander eller beslaglagt stoff til politiet uten ugrunnet opphold.

8.3 Undersøkelse av innsatte, kroppsvisitasjon

Kroppsvisitasjon er en inngripende form for kontroll, hvor man fysisk sjekker den kontrollertes klær, hud og hår, samt visuelt sjekker kroppsåpninger. Kroppsvisitasjon utføres overfor innsatte i forbindelse med inn- og utplassering i fengselet, og også rutinemessig eller ved konkrete mistanker mens de innsatte oppholder seg i fengselet.

I forbindelse med inn- og utplassering tenker man hovedsakelig på innsettelse, fremstillinger, permisjoner og frigangsordninger. Hovedregelen i Straffegjennomføringsloven § 28 er at alle innsatte ved alle inn og utganger skal kroppsvisiteres. I følge retningslinjene punkt 3.31 kan dette utelates dersom sikkerhetsmessige grunner ikke åpenbart taler imot det. Ethvert fengsel skal ha foretatt en risikovurdering hvor det fremgår hva slags sikkerhetstiltak som er nødvendige overfor den enkelte. Risikovurderingen, og dersom det dreier seg om fremstilling, den grad av kontroll de tilsatte hadde med den innsatte under hele fremstillingen, legges til grunn for hvorvidt det er nødvendig å kroppsvisitere i etterkant.

Har den innsatte vært på forhåndsvarslede fremstillinger, kan det være større grunn til å visitere enn dersom fremstilling ikke er varslet på forhånd. Kriminalomsorgen har erfaring med at f.eks. toalettet i rettslokalene kan benyttes til formidling av beskjeder eller illegale gjenstander. Den innsatte vet i slike tilfeller på forhånd tidspunktet for rettsmøtet og hvor det skal finne sted. Er toalettet uten vindu slik at det ikke representerer noen fare for rømning, vil den innsatte sjelden være underlagt tilsyn.

Det finnes en rekke andre situasjoner hvor kroppsvisitasjon skal vurderes. Blant annet kan nevnes:

- før og etter besøk,
- retur fra arbeidet ved arbeidstidens slutt,

- i forbindelse med celleransaking kan kroppsvisitasjon vurderes dersom den innsatte befinner seg på sitt rom på det tidspunkt rommet skal visiteres,
- i forbindelse med overføring til annen avdeling,
- ved overføring til sikkerhetscelle/sikkerhetsseng,
- ved konkret mistanke som følge av hendelse, observasjon, indikasjoner, tips e.l.,
- som del av undersøkelse med henblikk på avdekke bruk av rusmidler mv.

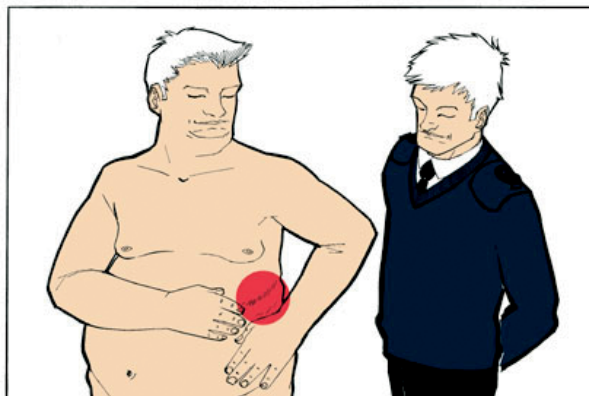
Behovet for kroppsvisitasjon må vurderes i hvert enkelt tilfelle ut fra den risikoanalyse som legges til grunn.

Noen innsatte opplever kroppsvisitasjon som svært ubehagelig, og derfor er det viktig at kontrollørene opptrer så avslappet og naturlig som mulig i slike situasjoner.

I utgangspunktet bør kroppsvisitasjon utføres av to tilsatte av samme kjønn som den innsatte (se forskrift § 3-24). Det er viktig at kontrollørene på forhånd har avklart arbeidsfordelingen seg imellom. En grei fremgangsmåte kan være at en tjenestemann kommuniserer med den innsatte og fysisk gjennomfører visitasjonen, mens den andre observerer. Den som observerer, vil da være en ekstra trygghet for både den innsatte og den tilsatte, samtidig som han eller hun har mulighet til å avdekke eventuelle forsøk på manipulasjon.

Den innsatte skal i forkant av en visitasjon gjøres kjent med grunnlaget for kontrolltiltaket, og bes om å levere fra seg alle gjenstander han/hun måtte være i besittelse av. Deretter bes den innsatte kle av seg og legge tøyet på en stol eller benk i visitasjonsrommet.

Når den innsatte er naken, skal tjenestemannen som kontrollerer, forsikre seg om at vedkommende ikke skjuler stoff eller gjenstander på kroppen. Vitale steder å kontrollere er hår, ører, munn, under bryster og naturlige kroppsvalker, hender, underliv og føtter. I forbindelse med kontroll av underlivet, har tilsatte mulighet til å be innsatte stille seg opp på et spesialkonstruert speil og foreta en dyp knebøy. Den innsatte har rett til å velge metode som enten er besiktigelse eller bruk av speil.



Figur 7 Viktig å sjekke mellom kroppsvalker, under bryst etc.

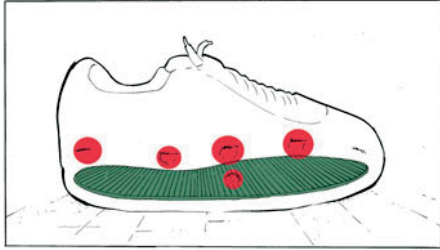


Figur 8 I fengsel hvor man har spesialkonstruert speil har innsatte rett til å bli kontrollert på den måten.

Figur 9 Spesialkonstruert speil: innsatte stiller seg oppå og tjenestemann besiktiger.

Det er viktig å huske på at kroppsvitasjon med full avkleddning aldri skal utføres i påsyn av andre innsatte.

Etter at den innsatte er visitert, bes han eller hun stille seg på et sted der det ikke er mulig å nå gjenstander og klær som skal visiteres. Vær spesielt oppmerksom på fottøy, tykt og foret tøy, krager, linner, oppbretter o.l.



Figur 10 Hulrom i sko kan være et skjulested.

Før iverksetting av visitasjon av kvinnelige innsatte, kan det være hensiktsmessig å klargjøre en pose (gul smittevernspose) for tamponger og bind. Har den innsatte menstruasjon, pålegges hun å bytte tampong og bind under visiteringen.

Klær som benyttes i forbindelse med permisjon eller ukontrollert utgang, representerer en særlig risiko da de kan ha blitt bearbeidet med henblikk på innsmugling av mindre gjenstander. Denne problemstillingen kan håndteres på ulike måter, som f.eks. ved at det etableres en ordning med permisjonstøy (eventuelt også fremstillingstøy) som ikke tillates tatt med inn i avdelingen etter innkomst. Manuell kontroll av tøyen kan suppleres med bruk av narkotikahund.

8.4 Kroppsvisitasjon uten avkledning

En kroppsvisitasjon uten avkledning, eller ytre manuell visitasjon, er en mer overfladisk form for kontroll enn kroppsvisitasjon. Ved en slik visitasjon søker man etter gjenstander den innsatte måtte være i besittelse av, samt undersøker kroppen ved å kjenne utenpå klærne. En slik fremgangsmåte har både fordeler og ulemper. For den innsatte vil dette sannsynligvis oppleves mindre ubehagelig enn visitasjon med full avkledning. En ulempe med en slik visitasjonsform er at vi av erfaring vet at innsatte benytter deler av kroppen til å skjule gjenstander, noe som er vanskeligere å oppdage ved å kjenne utenpå klærne. Det er dessuten en større fare for å stikke seg på kanyler som ofte oppbevares i skjorte- og jakkekrager, bukselinninger o.l. når man visiterer på denne måten.

Rapportering av funn i forbindelse med visitasjon

Dersom det under visitasjon gjøres funn av rusmidler eller brukerstyr, skal gjenstandene beslaglegges og overleveres nærmeste overordnede sammen med en hendelsesrapport som inneholder en beslagsoversikt. I tillegg til denne oversikten skal det vedlegges en rapport som inneholder

Ytre manuell
visitasjon

Funn

opplysninger om grunnlaget for visitasjonen, og hvordan de ulovlige gjenstandene ble avdekket. Til sist skal den inneholde beskrivelser av innsattes reaksjoner eller forklaringer i forhold til funnet.

Ut fra funnets karakter og omstendighetene rundt dette, vurderer ansvarshavende om det er nødvendig med ytterligere strakstiltak som f.eks. urin-, blod- eller utåndingsprøve eller umiddelbar utelukking fra fellesskapet (Jf. Straffegjennomføringsloven § 37 og § 39).

8.5 Undersøkelse av besøkende til fengselet og fengselets tilsatte

Reglene for undersøkelse av personer og gjenstander har som hovedregel at det kan foretas undersøkelser overfor alle personer som oppholder seg på fengselsområdet eller ankommer dit, jf. Straffegjennomføringsloven § 27, 1. ledd. Innsattes pårørende, andre besøkende, advokater, helsepersonell, lærere og prester så vel som fengselets egne tilsatte, kan kontrolleres med medhold i Straffegjennomføringsloven § 27.

Man kan kontrollere i form av visitasjon, ved hjelp av teknisk utstyr eller hund. Når det gjelder kontroll ved hjelp av teknisk utstyr eller hund, gjelder det imidlertid enkelte særregler for bestemte personer. Overfor offentlige forsvarere og offentlige myndighetsrepresentanter kan kontroll ved hjelp av teknisk utstyr eller hund kun finne sted i avdelinger med særlig høyt sikkerhetsnivå, Straffegjennomføringsloven § 27, 3. ledd. Med offentlige myndighetsrepresentanter menes bl.a. medlemmer av tilsynsrådene, sivilombudsmannen samt diplomatiske eller konsulære representanter.

Bruk av teknisk utstyr innbefatter bl.a. kontroll av besøkende ved hjelp av metalldetektor, samt kontroll av medbrakte gjenstander ved hjelp av gjennomlysningsutstyr. Ved siden av kontroll ved hjelp av teknisk utstyr, kan man foreta en ytre manuell visitering av den besøkendes klær og hår, samt visuell inspeksjon av munnhule. Det er ikke adgang til full kroppsvisitasjon som innbefatter avkledning og besiktigelse av naken kropp. Ytre manuell visitasjon kan foretas overfor enhver person som befinner seg på fengselsområdet, også overfor offentlige forsvarere og offentlige myndighetsrepresentanter. Besøkende kan imidlertid ikke visiteres dersom vedkommende ikke samtykker til visitasjonen, se Straffegjennomføringsloven § 27, 2. ledd. En manuell visitasjon skal så langt det er praktisk mulig utføres av en tilsatt av samme kjønn som den besøkende. Dersom dette ikke lar seg gjøre, skal en annen tilsatt være til stede under visitasjonen. Dersom de besøkende kontrolleres ved hjelp av narkotika-

Teknisk
kontrollutstyr

Ytre manuell
visitasjon

hund, forutsettes det at fengselets personell er trent i å bistå hundeføringen under søket²¹.

Dersom besøkende ikke medvirker til de ulike kontrolltiltakende kan vedkommende avvises, i henhold Straffegjennomføringsloven § 27, 1. og 3. ledd. Manglende medvirkning i fra offentlige forsvarere og andre offentlige myndighetsrepresentanter er ikke nødvendigvis til hinder for at besøket gjennomføres. Det må da iverksettes strenge kontrolltiltak ved besøket, som f.eks. påsyn. Kontrolltiltakene må imidlertid ikke krenke retten til fortrolig samtale.

Innhente opplysninger om den besøkendes vandel

Før kriminalomsorgen gir tillatelse til besøk til innsatte, kan det på forhånd innhentes opplysninger om den besøkendes vandel, jf. straffegjennomføringsloven § 27, 5. ledd.

Legitimasjon

Enhver besøkende kan i forbindelse med besøk til fengselet avkreves gyldig legitimasjon for å sikre rett identitet, jf. Straffegjennomføringsloven § 27, 4. ledd. Flere fengsler har etablert rutiner som innebærer at man bytter legitimasjonskort med et besøksskilt. Dette innebærer at den besøkendes legitimasjonskort beholdes i vekten den tiden den besøkende befinner seg i fengselet. En slik rutine har flere fordeler. For det første har fengselet bedre kontroll med hvem som befinner seg inne ved en eventuell krisesituasjon. Det gir videre tjenestemennene mulighet til å kontrollere at det er rett person som forlater fengselet.

Visitasjon av besøkende

Å ha tilhørighet til et godt fungerende sosialt nettverk er viktig for mennesker, og et slikt nettverk har en generell helsefremmende effekt. Forskning viser at innsatte som opprettholder sterke bånd til familien i løpet av fengslingen, klarer seg bedre etter løslatelse, og at menn som gjenopptar sine roller som ektefeller og foreldre etter soningen, klarer seg bedre enn de som ikke gjør det (Harrison I: Friestad & Hansen 2004:68). Besøk er ment å være en positiv opplevelse, både for den innsatte og den besøkende. Det skal være et hyggelig avbrekk i en til tider grå hverdag, som skal være med på å opprettholde kontakt med familie og venner utenfor.

Alle former for kontrolltiltak overfor besøkende skal gjennomføres på en mest mulig skånsom måte. Dette er en følelsesmessig svært utsatt situasjon, hvor utsagn, stemmeleie og kroppsspråk lett kan tolkes både kren-

²¹ Reglene rundt dette vil bli utdypet i kapittel 8.9 under avsnittet som tar for seg personsøk med hund.

Innsatte med barn

kende og skremmende. Det siste gjelder spesielt barn, som derfor må behandles med særlig varsomhet.

Undersøkelser har vist at om lag fem av ti innsatte har barn. Av disse hadde syv av ti fedre og fire av ti av mødre ukentlig (eller oftere) kontakt med barna før fengslingen. Under fengselsoppholdet hadde nesten 70 % kontakt med barna sine ukentlig eller oftere (Friestad & Hansen 2004:72).

Ett av forholdene som inngår i definisjonen av oppvekstproblemer, er å ha foreldre som har sittet i fengsel, og det er dokumentert at dårlige oppvekstforhold kan resultere i dårlige levekår som voksen. Derfor vil det å gjøre besøkssituasjonene så trygge og naturlige som mulig være med på å bidra til å forebygge fremtidige problemer (Friestad & Hansen 2004:78).

Tilbakeholdelse

All kontroll av besøkende forutsetter samtykke fra den det omfatter, og ved barnebesøk skal samtykke innhentes fra barnets voksne ledsager. Fengselet har, under visse forutsetninger, likevel rett til å holde tilbake personer som oppholder seg på fengselsområdet dersom de nekter å la seg visitere. Slike forutsetninger er:

- Undersøkelse etter Straffegjennomføringsloven § 27, 1. ledd som har gitt positivt utslag, eller der det ellers foreligger konkret informasjon, eller andre spesielle forhold som gir grunn til å anta at personen forsøker å bringe med seg illegale gjenstander inn i fengselet. Det kreves ikke alminnelig sannsynlighetsovervekt²²
- Tilbakeholdsretten gjelder selv om personen ikke samtykker til visitasjon.
- Tilbakeholdsretten innebærer at personen kan holdes tilbake med fysisk makt inntil politiet ankommer fengselet.
- Tilbakeholdsretten er tidsmessig begrenset oppad til fire timer dersom politiet bekrefter at de vil ankomme fengselet innen dette tidsrommet. I motsatt fall opphører tilbakeholdsretten, og personen skal pålegges å forlate området.
- Personen skal vurderes plassert i eget rom, eventuelt med tilsyn, i påvente av politiets ankomst. Dersom annet rom ikke er tilgjengelig, kan rom beregnet på innsatte, eksempelvis celle, benyttes. Personen skal gis anledning til å kontakte nærmeste pårørende.
- Leder av fengselet bør alltid vurdere avvisning som et alternativ til tilbakeholdelse.

²² Med sannsynlighetsovervekt menes at det er en større sannsynlighet for at noe har skjedd enn at det ikke har skjedd.

Det må utvises særlig skånsomhet dersom besøket innbefatter barn. Uniformer kan i utgangspunktet virke skremmende på små barn, hvilket innebærer at det skal lite til før en situasjon kan fortone seg svært dramatisk. Er det tvil om hvorvidt tilbakeholdsretten skal gjøres gjeldende, bør hensynet til barnet veie tungt.

8.6 Undersøkelse av innsattes rom og eiendeler

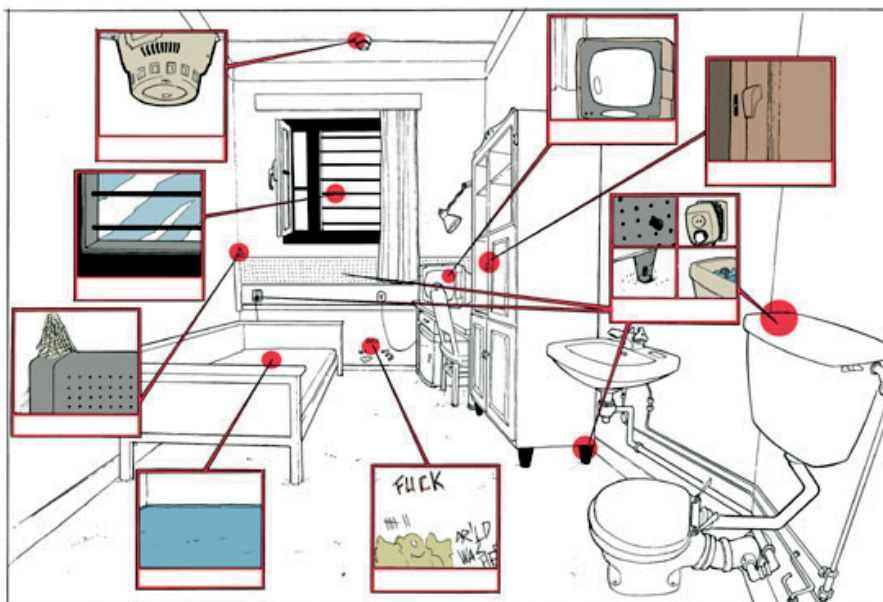
En innsatts celle er under oppholdet i fengsel det stedet hvor vedkommende har sine eiendeler og ting som er betydningsfulle for ham/henne. Dette rommet gjenspeiler ofte vedkommendes personlige identitet, noe som må tas med i vurderingen av hva som skal tillates oppbevart der. Slike forhold underordnes likevel hensynet til fengselets krav om ro, orden og sikkerhet, slik at gjenstandenes størrelse, art og antall må stå i forhold til innsattes rom. Eksempler på personlige eiendeler vil være klær,ringer, smykker og gjenstander, samt toalettartikler etter behov. TV, radio, CD-spiller, data og annet teknisk utstyr skal om mulig plomberes. Innsatte bør informeres om begrensninger i lagringskapasitet før innsettelsen.

For rom hvor innsatte bor bør en manuell kontroll skje daglig og en slik kontroll bør omfatte:

- vindu og gitter, samt vindushengsler,
- dører og låser, samt dørhengsler,
- guly, vegger og tak,
- renhold og orden, herunder omfanget av eiendeler på beboelsesrommet,
- plomberinger av TV-apparater, musikkanlegg o.l. (forseglingstape),
- avdekking av eventuelle brannfarlige forhold, herunder bl.a. manipulering av brannmelderen,
- avdekking av større ulovlige gjenstander,
- avdekking av eventuell hærverk og ødeleggelse.

En romkontroll er en overfladisk form for kontroll, som først og fremst har til hensikt å påse at vindu, gitter og dører er intakte. Man skal også sjekke at rommet er ryddig og rent, og at brannfarlige installasjoner ikke er koblet eller plassert på cellen. En slik kontroll foretas daglig, gjerne om morgenen som en del av de rutine de tilsatte utfører etter at innsatte er gått på arbeid eller skole. Med ransaking menes en mer utfyllende form for kontroll. Som oftest blir det plukket ut en til to celler per avdeling per dag. Utvelgelsen av hvilke celler som skal ransakes, kan foretas både på

tilfeldig grunnlag og etter taktiske hensyn. Hensikten er å avdekke om innsatte forsøker å skjule ulovlige gjenstander, som f.eks. rusmidler.



Figur 11 Mulige gjemmesteder i ei celle.

Ransaking av rom er en omfattende kontroll hvor man fysisk sjekker alt inventar og løsøre på rommet. Dette innebærer en grundig og detaljert kontroll av hele rommet, inkludert undersøkelse av fastmonterte møbler og utstyr i sine enkelte bestanddeler. Oppbevaring av verktøy o.l. er en naturlig del av slik gjennom søking (Straffegjennomføringslovens forskrifter § 3-25, retningslinjer § 3.31). De fleste fengsler har egne koffertar med utstyr beregnet for visitasjon, som inneholder speil, skrutrekkere, spesialnøkler, lykter etc. Det er ingen formelle krav til hvor mange tilsatte som må være til stede under en ransaking, men ofte er det mest hensiktsmessig at to tilsatte utfører jobben. Man bør i så fall dele opp avsonkningsobjektet i seksjoner og starte i hver sin ende. Det er viktig å bevare roen, tenke systematisk og være konsentrert om oppgaven.

Etter endt ransaking av et rom skal det så langt som mulig etterstrebtes at rommet forlates i den stand det var før ransaking fant sted. Det bør legges igjen en skriftlig beskjed, hvor det fremgår at ransaking har funnet sted og med anmerkninger om eventuelle inndragninger. Dersom gjenstander har tatt skade under visitasjonen, skal det skrives rapport om forholdet, og innsatte skal orienteres om eventuelle erstatningsmuligheter.

Alle romundersøkelser som foretas skal føres i egen protokoll, som kontrolleres av overordnede.

8.7 Undersøkelse av fengselsområdet

Alle rom og uteområder hvor innsatte har adgang, skal etterses daglig. Eksempler på slike steder kan være verksteder, maskiner, skolebygning og trimrom. Det skal kontrolleres at vinduer, gitre, dører, låser, teknisk utstyr, møbler o.l. er uskadd, i orden og gir tilstrekkelig sikkerhet. Også andre rom og områder i fengselet, som f.eks. kjeller, loft, lagerrom og bygningene med gårdsrom, murer og gjerder skal sjekkes jevnlig. Alle rom hvor innsatte har adgang, skal altså ransakes jevnlig.

8.8 Undersøkelser for å avdekke bruk og besittelse av rusmidler

Straffegjennomføringsloven § 29 gir bestemmelser om når og hvordan det kan foretas undersøkelser av domfelte for å avdekke bruk eller forsøk på å skjule rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer som ikke er lovlig forskrevet. Dette innebærer at også alkohol og dopingmidler kan avdekkes gjennom kontroll, selv om bruk av disse midler ikke er straffbart utenfor fengsel.

8.8.1 Hurtigtester

Hurtigtester er forskjellige type tester som har den egenskapen at de omgående detekterer hvorvidt en viss type stoff skilles ut i spytt, urin, blod eller lar seg påvise etter å ha vært i kontakt med gjenstander. Det kommer stadig nye hurtigtester på markedet, og disse er kun et hjelpemiddel som kan gi oss en indikasjon på om det er brukt et rusmiddel eller ikke. De mest kjente prøvene vi har i dag er cannabistestsett, spyttprøver og urinprøver.

8.8.2 Urinprøve, utåndingsprøve, blodprøve mv.

Lokalt nivå kan beslutte gjennomføring av urinprøve, utåndingsprøve, blodprøve eller eventuelle andre mindre inngripende undersøkelser, f.eks. undersøkelse av kroppsvæsker som spytt og svette. Innsatte kan ikke selv velge mellom kontrollformene. Undersøkelsen kan gjennomføres selv om den medfører et visst ubehag for innsatte. Undersøkelsen må imidlertid ikke medføre fare eller særlig ubehag for den innsatte. Med dette menes smerte utover det som er vanlig ved blodprøve eller krenkelse av bluferdighet utover det som urinprøvetaking vanligvis medfører.

Fremgangsmåter for urinprøver

Slike tiltak kan kreves på rutinemessig og generelt grunnlag når det er ønskelig, også i form av stikkprøver. Det kreves ikke konkret mistanke om at en eller flere innsatte har ruset seg for å gjennomføre dette. Undersøkelsen kan foretas til enhver tid, og den kan gjennomføres både overfor en enkelt innsatt eller grupper av innsatte. Undersøkelse kan også gjennomføres dersom den innsatte selv ønsker det, f.eks. for å avkrefte mistanke om bruk av rusmidler.

Gjennomføring av urinprøvetaking skal skje etter en av de to følgende fremgangsmåtene: For det første kan prøven avgis under tilsyn, og det bør fortrinnsvis være to tilsatte til stede. De tilsatte bør være av samme kjønn som den innsatte. Krav til antall tilsatte gjelder likevel ikke dersom det er nødvendig å benytte helsepersonell. Prøven kan alternativt avgis uten tilsattes tilsyn dersom den innsatte på forhånd har tatt av seg alt tøy. Avkledningen skal da skje under tilsyn, og det bør være to tilsatte tilstede, fortrinnsvis av samme kjønn som den innsatte. Urinprøven kan deretter avgis i et egnet «nakent» rom uten vannforsyning. Rommet må kontrolleres nøye før avgivelse av hver prøve. Det må i hvert tilfelle påses at den innsatte vasker og skyller hendene grundig før avgivelse av urinprøve. Dette er viktig fordi den innsatte kan ha midler som manipulerer eller ødelegger prøven i hud og under negler. Eksempelvis kan den innsatte bruke vaskemidler under neglene. Det bør tilstrebes at den innsatte selv får velge en av disse to fremgangsmåtene for urinprøvetaking.

Blodprøve kan bare tas av helsepersonell. Også annet helsepersonell enn det som normalt tjenestegjør ved fengselet, f.eks. legevaksleger, sykehusleger etc., kan ta slike prøver. Blodprøve er særlig egnet for å avdekke bruk av preparater som ikke lar seg påvise ved urin- eller utåndingsprøver eller andre undersøkelser.

8.8.3 Spesialtoalett

Et spesialtoalett er et toalett hvor man har mulighet til å kontrollere at innsatte ikke har narkotika i avføringen. Lokalt nivå kan beslutte at innsatte skal innsettes i enerom med spesialtoalett. For å kunne beslutte bruk av spesialtoalett kreves det alminnelig sannsynlighetsovervekt for at narkotika er skjult i kroppen. En viss antagelse er altså ikke tilstrekkelig med mindre den styrkes av andre forhold. Det kreves ikke særlig grunn til mistanke. Mistanken må likevel være begrunnet i konkrete og troverdige opplysninger eller omstendigheter, da dette anses for å være et inngripende kontrolltiltak.

Lege skal alltid gi uttalelse om eventuelle medisinske komplikasjoner før tiltaket iverksettes. Innsatte skal før tiltaket iverksettes tilbys samtale

med lege slik at legen kan gi informasjon om risiko mv. Både samtaler med legen og legens uttalelse til fengselet kan om nødvendig skje over telefon, men uttalelsen bør da bekreftes skriftlig. Legens medisinske råd skal tillegges vekt.

Innsatte skal under gjennomføringen ha kontinuerlig tilsyn av en tilsatt, som bør være av samme kjønn som den innsatte. Det skal videre føres løpende protokoll. Innsatte skal ha tilsyn av helsepersonell minst en gang hver dag. Innsatte på enerom med spesialtoalett bør ikke tilstås besøk med mindre særlige forhold tilsier det. Spørsmålet om eneroms plassering med spesialtoalett skal forelegges for regionalt nivå dersom det anses nødvendig å opprettholde tiltaket utover tre dager.

8.8.4 Kroppslig undersøkelse eller annet tiltak

Lokalt nivå bør, først etter uttalelse fra lege, beslutte om det skal gjennomføres kroppslig undersøkelse eller annet tiltak mot innsatte. Regionalt nivå skal samtykke på forhånd når dette er praktisk mulig. For å beslutte slike tiltak kreves det at det er overveiende sannsynlig (kvalifisert sannsynlighetsovervekt), dvs. at det foreligger en konkret begrunnet mistanke om at stoff er skjult i kroppens hulrom. Slik undersøkelse kan også gjennomføres dersom den innsatte selv ønsker det og bekrefter dette skriftlig.

Kroppslig undersøkelse eller annet tiltak kan innebære undersøkelse av munnhule, rektum, vagina, herunder undersøkelse med røntgen eller ultralyd eller bruk av avføringsmiddel eller klyster. Som utgangspunkt bør avføringsmiddel foretrekkes fremfor bruk av klyster, og bruk av klyster bør foretrekkes fremfor eksplorasjon av rektum. Undersøkelsen kan bare foretas av helsepersonell.

Antall tilsatte og helsepersonell som er til stede ved gjennomføringen av undersøkelsen bør begrenses til det som er strengt nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker. Med unntak av helsepersonell, bør tilsatte være av samme kjønn som den innsatte.

Vedtaket truffet på regionalt nivå (forhåndssamtykke) kan påklages til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF). Slike klager har imidlertid ikke oppsettende virkning, dvs. at vedtaket kan gjennomføres uten at KSF har behandlet klagen, med mindre dette besluttes av regionalt nivå eller av KSF. Det må i den forbindelse vurderes om oppsettende virkning er medisinsk forsvarlig.

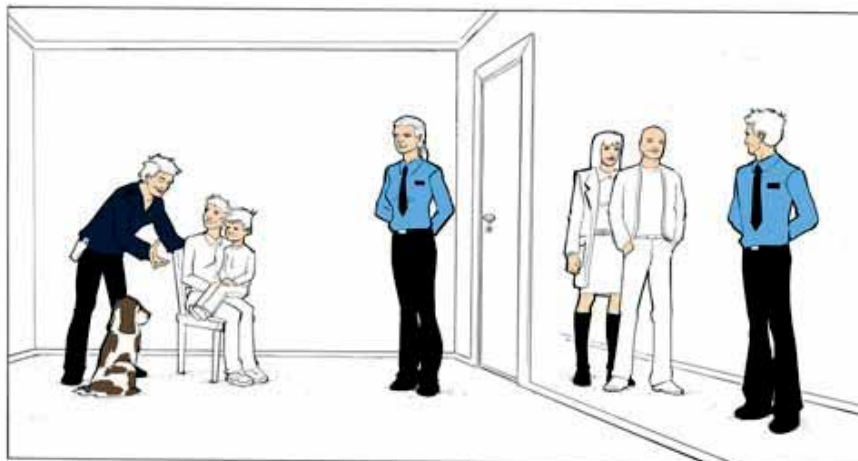
Protokoll

Ved bruk av spesialtoalett og kroppslig undersøkelse eller annet tiltak, skal det føres protokoll over undersøkelsen. Denne protokollen skal inneholde:

- Den innsattes navn og fødselsdato.
- Grunnlaget og hjemmelen for tiltaket.
- Hvem som har truffet beslutningen om tiltaket, og eventuelt om spørsmålet er forelagt lege eller regionalt nivå.
- Hva tiltaket bestod i, tidspunkt for tiltaket, hvem det ble utført av og hvem som ellers var til stede.
- Hvilke funn som ble gjort, eventuelt hva prøven eller undersøkelsen viste.

Utskrift av protokoll for gjennomføring av kroppslig undersøkelse eller annet tiltak, skal etter Straffegjennomføringsloven (§ 29, 3. ledd) sendes regionalt nivå uten opphold. Dersom innsetting på enerom med spesialtoalett etter § 29, 2. ledd går utover tre dager, skal melding sendes til KSF.

Eventuelle narkotiske stoff som blir funnet, skal sammen med en kort rapport oversendes politiet. Den innsatte skal underrettes om dette. Midlertidig oppbevaring av funn må være forsvarlig. Samlet rapport over de gjennomførte tiltak sendes etter hvert kvartal til regionalt nivå, med en vurdering av status. Regionalt nivå sender etter hvert kvartal samlet rapport over tiltakene på lokalt nivå til KSF.



Figur 12 Personsøk med hund: Hundefører leder gjennomføringen av søket og minst 2 tilsatte bistår. Det er viktig å observere de som blir kontrollerte både før og under selve søket.

8.9 Personsøk med hund

Personsøk er et søk foretatt med narkotikahund direkte mot person. Personsøk startet som et prosjekt med opprinnelse i en tiltaksplan fra Justisdepartementet i 1998. Med bakgrunn i tollvesenets gode erfaringer i personsøk, ble det bestemt å starte et prøveprosjekt i kriminalomsorgen. Gjennomføringen av personsøk krevde en endring i regelverket angående kontroll av innsatte, tilsatte og besøkende til de ulike typer fengsler som tilhører kriminalomsorgen. Dette ble innarbeidet i utformingen av Straffegjennomføringsloven i 2001.

Søk med hund kan som hovedregel gjennomføres mot enhver person som oppholder seg på fengselsområdet. Altså ikke bare mot innsatte, men også mot besøkende, tilsatte og andre. Hundeførere og fengselets ledelse avgjør i fellesskap hvor og når kontrollen skal foregå. I praksis vil hundefører lede selve gjennomføringen av søket, og minst to tilsatte som er kjent med søksprosedyren, bistår aktivt under kontrolltiltaket. Det stedet hvor søket skal gjennomføres må på forhånd kontrolleres nøye, også med hund, for å sikre mot eventuelle feilkilder. En slik feilkilde kan være stoff som ligger i kontrollområdet fra før, eller det kan være matrester som gjør at hunden viser en særlig interesse, uten nødvendigvis å markere, men som mistenkeliggjør folk som oppholder seg i det området.

Søk kan gjennomføres mot personer i en gruppe eller mot enkeltpersoner. Det kan gjennomføres på bakgrunn av mistanke, som rutinekontroll eller som stikkprøvekontroll, jf. Straffegjennomføringsloven § 27. Der står det bl.a. at hundefører og hund skal gjennomføre søket på en skånsom og rolig måte. Det skal tas særlig hensyn til barn og personer som kan antas å ha reell frykt for hunder.

Ved en positiv markering fra hunden skal tilsatte som er med på stedet, foreta nærmere kontroll. Ved slik markering mot person, kan det foretas søk på de steder i fengselet hvor personen har oppholdt seg. I etterkant av et søk skal hundefører avgi en skriftlig rapport hvor det fremgår dato, tid og sted for søk, navn på hundefører og hund, hvilke personer som ble kontrollert og resultatet av kontrollen.

Det er fengselsledelsens ansvar tydelig å informere innsatte og besøkende om at personsøk kan gjennomføres, og at det konkrete søk ikke behøver varsles på forhånd. I denne informasjonen skal det fremgå hvordan søket skal gjennomføres, og hvordan personene skal forholde seg. Det er her viktig å gi de besøkende informasjon om konsekvenser ved eventuelle brudd på gitte pålegg, og at voldsbruk mot hunden kan straffes etter bestemmelsen i Straffeloven om vold mot offentlig tjenestemann. Slik

informasjon kan gis på flere måter. Den kan gis ved oppslag, i forbindelse med innvilgelse av besøkstillatelse eller til den enkelte innsatte ved innsettelse.

8.10 Undersøkelse for å avdekke ulovlig postforsendelse

I fengsler med lavere sikkerhetsnivå og overgangsboliger er hovedregelen at man ikke kontrollerer postsendinger. Kontroll foretas bare dersom det fremstår som sikkerhetsmessig nødvendig, som f.eks. når den innsatte antas å smugle inn narkotika. I fengsler med høyt sikkerhetsnivå skal postsendinger til og fra innsatte som hovedregel alltid kontrolleres.

Posten kan åpnes og gjennomleses, samt kontrolleres ved bruk av teknisk utstyr og hund. Kriminalomsorgen kan nekte å utlevere eller sende postsending til eller fra innsatte dersom sendingen inneholder opplysninger om planlegging eller gjennomføring av en straffbar handling, unndragelse av straffgjennomføringen eller handlinger som vil forstyrre ro, orden og sikkerhet. Innsatte bør gjøres kjent med den delen av sendingen som uten skade kan meddeles. Postsendinger som den innsatte allerede har mottatt, kan kontrolleres på lik linje med ovennevnte. Postsending til og fra offentlig forsvarer og offentlig myndighetsrepresentant kan undersøkes ved hjelp av teknisk utstyr og narkotikahund, men skal ikke gjennomleses. Sendingen skal da alltid åpnes i nærvær av den innsatte.

8.11 Kontroll av besøk i fengselet

Ifølge Straffgjennomføringsloven § 31 kan innsatte i utgangspunktet få motta besøk dersom retten ikke har bestemt noe annet.

I fengsler med lavere sikkerhetsnivå og overgangsboliger er hovedregelen at besøk gjennomføres uten kontroll. Kontroll foretas bare dersom det fremstår som sikkerhetsmessig nødvendig, som f.eks. når den besøkende antas å smugle inn rusmidler.

Kriminalomsorgen skal derimot som hovedregel kontrollere besøk i fengsel med høyt sikkerhetsnivå. Kontroll av besøkende kan skje på flere måter, f.eks. ved at tilsatte er til stede under besøket og overhører samtalen. I den forbindelse kan kriminalomsorgen pålegge de besøkende og den innsatte å føre samtalen på et språk de tilsatte behersker. Dersom sik-

kerhetsmessige grunner gjør det nødvendig, kan den innsatte og den besøkende nektes å ha fysisk kontakt. I slike tilfeller kan det være hensiktsmessig å benytte glassvegg mellom den innsatte og den besøkende. Flere kontrolltiltak kan iverksettes samtidig, og ved brudd på gjeldene besøksregler kan besøket avbrytes.

Offentlig forsvarer og offentlig myndighetsrepresentant, herunder diplomatisk eller konsulær representant, kan undersøkes etter Straffegjennomføringsloven § 27, 2.–5. ledd, men kontroll under besøket ved at samtale overhøres, skal da ikke finne sted.

Kriminalomsorgen kan videre nekte besøk dersom det er grunn til å anta at besøket vil bli misbrukt til planlegging eller gjennomføring av en straffbar handling, unndragelse av straffegjennomføringen eller handlinger som vil kunne forstyrre ro, orden og sikkerhet. Straffegjennomføringsloven påpeker at dersom besøket er av stor betydning for den innsatte og kontroll antas å være tilstrekkelig for å forhindre at besøket misbrukes, bør besøket kontrolleres og ikke nektes. Loven poengterer også at fengselet skal legge forholdene til rette for at besøk av barn skal gjennomføres på en skånsom måte, og i den forbindelse har flere anstalter innredet egne familierom og besøksleiligheter.

8.12 Telefonkontroll

I fengsler med lavere sikkerhetsnivå og overgangsboliger er hovedregelen at telefonkontroll ikke gjennomføres. Kontroll foretas bare dersom det fremstår som sikkerhetsmessig nødvendig. Kriminalomsorgen skal derimot som hovedregel kontrollere telefonsamtaler til og fra innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå.

Utgangspunktet i Straffegjennomføringsloven § 32 er at innsatte skal kunne telefonere, og i henhold til forskrift § 3-29 skal de selv få velge hvem de ønsker å snakke med. Kontroll av telefonsamtale kan skje ved at samtalen avlyttes, men samtalepartene skal da varsles på forhånd. Partene kan pålegges å føre samtalen på et språk de tilsatte behersker, og tilsatte har anledning til å undersøke at samtalepartners identitet er korrekt både før og under samtalen.

I henhold til Straffegjennomføringsloven § 32 kan kriminalomsorgen nekte innsatte å ringe dersom det er grunn til å anta at telefonsamtalen vil bli misbrukt til planlegging eller gjennomføring av en straffbar handling, unndragelse av straffegjennomføringen eller handlinger som vil for-

styrre ro, orden og sikkerhet. Dersom telefonsamtalen er av stor betydning for innsatte, og kontroll er tilstrekkelig for å avverge at samtalen misbrukes til formål som nevnt over, bør samtalen kontrolleres og ikke nektes. Telefonsamtaler kan tas opp på bånd dersom det er sannsynlig at innsatte planlegger å unndra seg straffegjennomføringen. Samtalepartene skal på forhånd varsles om at opptak vil finne sted. Ved telefonsamtale til og fra offentlig forsvarer og offentlig myndighetsrepresentant, herunder diplomatisk eller konsulær representant, kan det etter Straffegjennomføringsloven (§ 27, 6. ledd) kontrolleres i form av at tilsatte forsikrer seg om at personen er den han/hun utgir seg for å være før samtalen påbegynnes. Samtalen kan ikke avlyttes eller tas opp på bånd.

9 Ruskontroll i fromsorgen

Sentrale stikkord i kapittelet

- Samfunnsstraff
- Prøveløslatelse
- Promilleprogram
- Forebyggende generelt rusforbud
- Generelt rusforbud som reaksjon på brudd
- Urinprøve
- Blodprøve
- Utåndingsprøve
- Visitasjon

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvilke tiltak som er aktuelle og hensiktsmessige i forbindelse med ruskontroll under straffegjennomføring i regi av friomsorgen.

9.1 Innledning

Friomsorgen forvalter de strafferettslige reaksjonene samfunnsstraff, betinget dom med promilleprogram, gjennomføring av straff utenfor fengsel etter Straffegjennomføringsloven § 16 samt prøveløslatelse fra fengselsstraff og forvaring.

I forbindelse med gjennomføringen av disse straffereaksjonene vil det være nødvendig for friomsorgen å foreta ulike kontrolltiltak for å undersøke hvorvidt domfelte overholder bestemmelser om rusforbud. Straffegjennomføringen skal ha fokus på kontroll med domfelte samt bidra til å motvirke kriminell atferd. All bruk av illegale rusmidler er straffbart, og bruk av disse og ulovlig brukte legemidler vil derfor regnes som brudd på grunnvilkåret om å avstå fra straffbare handlinger under gjennomføring av straffereaksjonen.

Med utgangspunkt i straffens formål, er det en grunnleggende forutsetning at domfelte ikke er påvirket av rus- eller bedøvende midler under oppmøtene for gjennomføring av straff. Dette gjelder også lovlige rusmidler som alkohol. I visse sammenhenger kan det i tillegg være aktuelt å ilegge et generelt rusforbud som gjelder i hele eller deler av straffegjennomføringsperioden. Dette innebærer at domfelte får et totalforbud mot bruk av all form for rusmidler, herunder alkohol. Dette blir beskrevet senere i kapitlet. Overtredelse av disse bestemmelsene regnes som brudd på særvilkår for gjennomføring av straff.

Alvorlige brudd på grunnvilkår eller særvilkår for gjennomføring av straff kan ikke aksepteres, og vil kunne medføre at straffereaksjonen avbrytes, og domfelte må sone ubetinget fengselsstraff istedenfor. Av den grunn er det viktig at bestemmelsene om rusforbud følges opp nøye av friomsorgen, og at kontrollen gjennomføres på en forsvarlig og betryggende måte.

Alle beslutninger om kontrolltiltak og vedtak som beskrives i dette kapitlet kan fattes på lokalt nivå.

Med utgangspunkt i straffens formål, er det en grunnleggende forutsetning at domfelte ikke er påvirket av rus- eller bedøvende midler under oppmøtene for gjennomføring av straff.

Alvorlige brudd på grunnvilkår eller særvilkår for gjennomføring av straff kan ikke aksepteres, og vil kunne medføre at straffereaksjonen avbrytes, og domfelte må sone ubetinget fengselsstraff istedenfor.

9.2 Samfunnsstraff

9.2.1 Kontroll og konsekvenser ved mistanke om bruk av rusmidler

Samfunnsstraff er en hovedstraff i likhet med fengselsstraff, forvaring og bot. Samfunnsstraff innebærer en frihetsinnskrenkning i stedet for frihetsberøvelse gjennom fengselsstraff. Det betyr at domfelte i en viss periode pålegges å gjennomføre bestemte tiltak i sin fritid. Retten fastsetter et timetall innenfor en viss gjennomføringstid. Samtidig blir det gitt en subsidiær fengselsstraff som må gjennomføres dersom samfunnsstraffen avbrytes på grunn av brudd på reglene for gjennomføring. Friomsorgen fastsetter det nærmere innholdet i samfunnsstraffen. Den kan bestå av samfunnsnyttig tjeneste, program eller andre tiltak som er egnet til å motvirke ny kriminalitet. Det skal særlig legges vekt på tiltak som kan fremme domfeltes evne til å motvirke sitt kriminelle handlingsmønster. Dette innebærer at i tillegg til friomsorgens egne tiltak, blir aktuelle samarbeidspartnere i samfunnet for øvrig trukket aktivt inn i gjennomføringen. Som eksempler kan nevnes helsetjenesten, sosialtjenesten, arbeidsmarkedsetaten, utdanningssektoren, konfliktrådet samt frivillige organisasjoner som eksempelvis Røde Kors, idrettslag og foreninger.

I henhold til Straffegjennomføringsloven § 54 bokstav b, skal domfelte være upåvirket av berusende eller bedøvende midler ved fremmøte til gjennomføring av samfunnsstraff. Dersom en domfelt ut fra observasjon vurderes som ruspåvirket ved oppmøte til gjennomføring av straff eller i løpet av selve oppmøteperioden, må dette undersøkes nærmere. Dette kan gjøres ved bruk av utåndingsprøve, urin- eller blodprøve (se punkt 9.6 om ulike undersøkelser nedenfor).

Dersom en domfelt er ruspåvirket ved oppmøte eller i oppmøteperioden under gjennomføring av samfunnsstraff, regnes dette som brudd på særvilkår. Det kan da ilegges en reaksjon etter Straffegjennomføringsloven § 58 (se nedenstående punkt 9.2.3 om generelt rusforbud som reaksjon på brudd). Det skal som hovedregel foreligge endelig analyseresultat fra urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve før reaksjon kan ilegges for inntak.

I henhold til retningslinjene til Straffegjennomføringsloven kan reaksjon ilegges før endelig analyseresultat foreligger dersom tidsmessige hensyn taler for det. Da må imidlertid domfelte være åpenbart påvirket av nevnte rusmidler, gi en uforbeholden tilståelse og være iaktatt av minst to tilsatte uavhengig av hverandre. I slike tilfeller må de(n) tilsatte som har observert domfelte skrive en særskilt rapport om hendelsen. Her må det

Samfunnsstraff er en hovedstraff i likhet med fengselsstraff, forvaring og bot.

fremgå hvilke rusmidler domfelte hevder å ha inntatt, mengde og når inntaket fant sted. Domfelte må bekrefte tilståelsen ved å signere på rapporten sammen med rapportskriver.

Dersom domfelte nekter å avgi prøve for å avdekke bruk av ulovlige berusende eller bedøvende midler, skal dette regnes som brudd jf. *Forskrift til lov om Straffegjennomføring* § 5-4.

Når domfelte gjennomfører samfunnsstraffen hos andre enn friomsorgen, oppnevner friomsorgen en kontrollør hos vedkommende etat eller organisasjon.

I de tilfellene hvor domfelte gjennomfører tiltak som del av samfunnsstraffen hos andre enn friomsorgen, oppnevner friomsorgen en kontrollør hos vedkommende etat eller organisasjon. Kontrolløren skal ha den direkte kontakten med domfelte under gjennomføringen og være bindeleddet inn til friomsorgen. Kontrollørens oppgave er å kontrollere at domfelte møter opp til rett tid og sted, er upåvirket av rusmidler under gjennomføringen, og at domfelte ellers på en tilfredsstillende måte utfører de oppgaver som han/hun er pålagt i henhold til gjennomføringsplanen. Kontrolløren inngår en egen kontrakt med friomsorgen som beskriver forpliktelsene i oppdraget.

Kontrollørene har en ansvarsfull rolle både overfor kriminalomsorgen og de domfelte. Det er derfor viktig at de innehar tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere oppdraget de er gitt. Kontrollørene bør få opplæring eller informasjon om samfunnsstraffens formål, gjeldende rutiner, og prosedyrer ved uregelmessigheter herunder rusproblematikk. Det kan ikke forventes at kontrollørene har store kunnskaper om rusproblematikk. Noe grunnleggende informasjon om tegn og symptomer på rusmiddelpåvirkning bør imidlertid gis, slik at kontrollørene har en viss mulighet til å kunne vurdere om domfelte er rusmiddelpåvirket ved oppmøte for gjennomføring av straff.

Ved uregelmessigheter som f.eks. ruspåvirkning må kontrolløren umiddelbart varsle friomsorgen slik at kriminalomsorgens tilsatte kan komme og forestå den videre kontroll og eventuelle undersøkelser.

Dersom gjennomføringen av samfunnsstraffen er lagt utenfor den normale arbeidstid for friomsorgen (som kveldstid eller helg), forutsettes det at friomsorgen sørger for rutiner for å kunne bli varslet dersom slike uregelmessigheter oppstår. Dette kan eksempelvis gjøres ved at friomsorgen er tilgjengelig pr. telefon i disse tidsrommene.

9.2.2 Forebyggende generelt rusforbud

Et forebyggende generelt rusforbud kan fastsettes av kriminalomsorgen dersom «det fremstår som nødvendig for å motvirke en ny straffbar handling som er rettet mot noens liv, helse eller frihet», jf. Straffegjennomføringsloven § 55. Det betyr at domfelte kan ilegges et totalforbud mot bruk av enhver form for berusende eller bedøvende midler under hele gjennomføringstiden, herunder alkohol. Ordlyden viser at det er strenge rammer for når det kan ilegges et slikt rusforbud. Ofte vil personer som utgjør en stor fare for straffbare handlinger mot noens liv, helse eller frihet, i utgangspunktet ikke være aktuelle for samfunnsstraff. Denne bestemmelsen er derfor svært sjelden aktuell. Et vilkår om forebyggende rusforbud skal oppheves når det ikke lenger fremstår som nødvendig. Det betyr at et slikt vilkår må vurderes fortløpende.

9.2.3 Generelt rusforbud som reaksjon på brudd

Ved brudd på bestemmelsene om gjennomføring av samfunnsstraff, kan kriminalomsorgen pålegge den domfelte å møte til samtale for å få innskjerpet kravene (innskjerpingssamtale). Dersom det i forbindelse med en slik innskjerpingssamtale anses som nødvendig for å motvirke nye brudd, skal kriminalomsorgen fastsette ytterligere vilkår, jf. Straffegjennomføringsloven § 58. Dette kan være:

- a. bestemmelser om oppholdssted,
- b. unnlate å ha samkvem med bestemte personer,
- c. bestemmelser om møteplikt eller
- d. unnlate å bruke rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer som ikke er lovlig forskrevet.

Vilkår d) som gjelder et generelt rusforbud, kan være hensiktsmessig i tilfeller der det er grunn til å tro at vedkommendes rusmisbruk vil føre til at domfelte ikke klarer å gjennomføre samfunnsstraffen ved å overholde de vilkår som er satt. Eksempelvis kan befatningen med rusmidler ha ført til at domfelte ikke greier å møte til avtalt tid for gjennomføring av samfunnsstraff. Et generelt rusforbud kan i enkelte tilfeller bidra til at domfelte da klarer å opptre såpass strukturert som vilkårene i samfunnsstraffen forutsetter, og at vedkommende unnlater å sette seg i situasjoner som kan føre til ytterligere brudd.

Ved ytterligere brudd etter gjennomført innskjerpingssamtale, kan regionalt nivå bringe saken inn for retten med begjæring om at den subsidiære fengselsstraffen skal fullbyrdes.

Et forebyggende generelt rusforbud kan fastsettes av kriminalomsorgen.

Når det er gitt generelt rusforbud må kriminalomsorgen undersøke om forbudet blir overholdt.

9.2.4 Kontroll av generelt rusforbud

Når det er gitt generelt rusforbud i henhold til Straffegjennomføringsloven § 55 (forebyggende) eller § 58 (som reaksjon på brudd), må kriminalomsorgen sørge for å undersøke om vilkåret om rusforbud blir overholdt, jf. Straffegjennomføringsloven § 56. Det kan være hensiktsmessig å avkreve en urinprøve umiddelbart etter oppstart av rusforbudsperioden. Dette vil gjøre urinprøver egnet som undersøkelsesmetode under resterende del av rusforbudsperioden; Den første prøven vil da kunne fungere referanseprøve for påfølgende prøver, og senere inntak kan lettere påvises.

Friomsorgen kan ved generelt rusforbud gjennomføre rutinemessige kontroller og eventuelle andre undersøkelser enten som stikkprøve eller ved mistanke. Slike kontroller må også kunne gjennomføres på kveldstid og i helger. Dette innebærer bl.a. at det må utarbeides rutiner for å kunne foreta uanmeldte besøk i hjemmet. Slike besøk må gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte, hvilket innebærer at de ikke må bli utført av en tilsatt alene. Et alternativ i disse tilfellene kan være at friomsorgen anmoder politiet om bistand.

Det bør også etableres rutiner som sikrer at politiet får melding om at vedkommende domfelte er underlagt et generelt rusforbud. Dette kan eksempelvis gjennomføres ved at politiet får oversendt vedtaket om rusforbud, og samtidig en anmodning om varsling til friomsorgen dersom domfelte påtreffes av politiet påvirket av rusmidler. Friomsorgen kan da raskt gjennomføre nærmere undersøkelser av domfelte for å få avdekket brudd på kravet om generelt rusforbud.

9.3 Prøveløslatelse

9.3.1 Kontroll og konsekvenser ved mistanke om bruk av rusmidler

Prøveløslatelse med møteplikt for friomsorgen, kan gis innsatte som er idømt fengselsstraff når vedkommende har gjennomført 2/3 av straffen og minst 60 dager, med mindre det fremstår som utilrådelig. Det skal foretas en konkret og individuell vurdering av om prøveløslatelse bør innvilges. Det skal særlig legges vekt på domfeltes atferd under straffegjennomføringen, og om det er grunn til å anta at domfelte vil begå nye straffbare handlinger i prøvetiden. Ved prøveløslatelse gis det normalt en møtepliktsperiode overfor friomsorgen. I tillegg til møteplikten kan det også fastsettes ytterligere vilkår.

Ved prøveløslatelse fra *forvaring* vil det også være naturlig med tett oppfølging av friomsorgen i prøvetiden. Forvaringsdømte kan prøveløslates når de har sonet overnevnte minstetid. Det er imidlertid en forutsetning for prøveløslatelse av domfelte i forvaring, at de ikke lenger utgjør en fare for samfunnet.

Dersom det er fattet vedtak om møteplikt i prøveløslatelsesperioden, skal domfelte møte for kriminalomsorgen til fastsatt tid og sted i upåvirket tilstand, jf. Straffegjennomføringsloven. § 43, 2. ledd. Med dette menes uten påvirkning av alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler som ikke er lovlig forskrevet. I tillegg kan kriminalomsorgen fastsette vilkår om bosted, behandling, oppholdssted, unnlattelse av samkvem med bestemte personer eller møteplikt hos andre myndigheter, personer eller organisasjoner.

Dersom en domfelt ut fra observasjon vurderes som ruspåvirket ved oppmøte, må dette undersøkes nærmere. Dette kan gjøres ved bruk av utåndingsprøve, urin- eller blodprøve (se punkt 9.6 om ulike undersøkelser).

Dersom den domfelte er ruspåvirket ved pliktig oppmøte, regnes dette som brudd på særvilkår. Det skal som hovedregel foreligge endelig analyseresultat fra urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve før reaksjon ilegges for inntak.

Som det fremgår av retningslinjene, kan reaksjon ilegges før endelig analyseresultat foreligger dersom tidsmessige hensyn taler for det. Da må imidlertid domfelte være åpenbart påvirket av rusmidler, gi en uforbeholden tilståelse og være iaktatt av minst to tilsatte uavhengig av hverandre. Tilsatte må i slike tilfeller skrive en egen rapport på forholdet. I rapporten må det fremgå hvilke rusmidler som er inntatt, mengde, og når inntaket fant sted. Domfelte må bekrefte tilståelsen ved å signere på rapporten sammen med rapportskriver.

Dersom domfelte nekter å avgi prøve for å avdekke bruk av ulovlige berusende eller bedøvende midler, skal dette regnes som brudd, jr. *Forskrift til Straffegjennomføringsloven* § 3-45.

Dersom den prøveløslatte i forbindelse med møteplikt har oppmøte hos andre instanser enn friomsorgen i møtepliktperioden (jf. Straffegjennomføringsloven § 43 2. ledd pkt. b), er det viktig at disse varsler friomsorgen umiddelbart dersom det oppstår uregelmessigheter som at den domfelte møter påvirket av rusmidler. Friomsorgens tilsatte forestår da den videre kontroll og eventuelle undersøkelser av domfelte for å avdekke eventuell ruspåvirkning (se punkt 9.6 nedenfor om ulike undersøkelser).

Domfelte skal møte for kriminalomsorgen til fastsatt tid og sted i upåvirket tilstand.

Dersom det fremstår som nødvendig av hensyn til en sikkerhetsmessig forsvarlig gjennomføring av prøveløslatelsen, kan det fastsettes nye vilkår i henhold til de ovennevnte paragrafer, eller de gjeldende vilkår kan oppheves eller endres. Dette betyr at dersom det kommer frem informasjon eller opplysninger i løpet av møtepliktsperioden som gjelder f.eks. domfeltes bruk av rusmidler, kan dette medføre at de gjeldende vilkår må endres. Eksempelvis kan et generelt rusforbud pålegges dersom det antas som nødvendig for å hindre straffbare handlinger i prøvetiden, eller det foreligger fare for at domfelte vil unndra seg straffegjennomføringen.

9.3.2 Generelt rusforbud som reaksjon på brudd

Hvis prøveløslatte forsettlig eller uaktsomt bryter vilkår som er fastsatt, kan kriminalomsorgen pålegge den domfelte å møte til samtale for å få innskjerpet kravene (innskjerpingssamtale). Dersom det i forbindelse med en slik innskjerpingssamtale anses som nødvendig for å motvirke nye brudd, skal kriminalomsorgen fastsette vilkår som nevnt ovenfor (jf. Straffegjennomføringsloven § 43, 2. ledd) eller nye vilkår (jf. Straffegjennomføringsloven § 44) om:

- a. unnlate å bruke rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer som ikke er lovlig forskrevet.
- b. overholde bestemmelser om meldeplikt overfor politiet eller kriminalomsorgen i tillegg til møteplikten.

Et nytt vilkår om rusforbud vil være aktuelt dersom årsaken til bruddet har sammenheng med domfeltes rusmiddelbruk, og det er grunn til å tro at rusforbud vil være nødvendig for å forhindre ytterligere brudd på vilkårene for prøveløslatelsen. Dette kan være hensiktsmessig å avkreve en urinprøve umiddelbart etter oppstart av rusforbudsperioden. Det vil gjøre urinprøver aktuelle som kontrollmetode under resterende del av rusforbudsperioden. Den første prøven vil da kunne være referanseprøve for påfølgende prøver, og senere inntak av rusmidler kan påvises.

9.3.3 Kontroll av generelt rusforbud

Når det er gitt generelt rusforbud i henhold til Straffegjennomføringsloven § 44, må kriminalomsorgen sørge for å undersøke om vilkåret om rusforbud blir overholdt, jf. Straffegjennomføringsloven § 56. Friomsorgen kan ved generelt rusforbud gjennomføre rutinemessige kontroller og eventuelle undersøkelser enten som stikkprøve eller ved mistanke. Slike kontroller må også kunne gjennomføres på kveldstid og i helger. Dette innebærer bl.a. at det må utarbeides rutiner for å kunne foreta uanmeldte besøk i hjemmet. Slike besøk må gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte og det innebærer at de ikke må bli utført av en tilsatt

alene. Et alternativ i disse tilfellene kan være at friomsorgen anmoder politiet om bistand.

Det bør også etableres rutiner som sikrer at politiet får melding om at vedkommende domfelte er underlagt rusforbud. Dette kan eksempelvis gjennomføres ved at politiet får oversendt vedtaket om rusforbud, og samtidig en anmodning om varsling til friomsorgen dersom domfelte påtreffes av politiet påvirket av rusmidler. Friomsorgen kan da raskt gjennomføre tester/prøver av domfelte for å få avdekket brudd på kravet om rusforbud.

Dersom domfelte etter gjennomført innskjerpingssamtale på nytt bryter vilkårene, kan straffen avbrytes og regionalt nivå kan oversende saken til domstolen med krav om at domfelte skal gjeninnsettes for fullbyrding av reststraffen.

9.4 Betinget dom med promilleprogram

Promilleprogram kan fastsettes som et særvilkår i en betinget dom i henhold til Straffelovens § 53 nr. 3 bokstav e. Anvendelsesområde, innhold og gjennomføring av promilleprogram reguleres av Rundskriv G-10/2002. Videre er det gjort enkelte endringer i rundskriv G-4/2006.

Dette straffealternativet innebærer at fengselsstraffen gjøres betinget med vilkår om at domfelte ikke begår lovbrudd i prøveperioden og i tillegg gjennomfører et promilleprogram. Promilleprogrammet er således et alternativ til ubetinget fengselsstraff ved overtredelse av Veitrafikkloven § 22 og § 31. Som hovedregel er ordningen bare aktuell for personer med et erkjent alkoholproblem og som dømmes for kjøring med promille over 1,5 eller gjentatt promillekjøring. Promilleprogrammet har en varighet på ca. ett år, og inneholder elementene kurs, tilsyn, behandling og kontroll. Friomsorgen har hovedansvaret for programmet, men flere myndigheter og organisasjoner kan trekkes inn i gjennomføringen.

Promilleprogrammet skal gjennomføres med lav toleranse for brudd på vilkår. Domfelte som gjennomfører promilleprogrammet skal være upåvirket av rusmidler ved alle oppmøter i forbindelse med gjennomføring av straffereaksjonen. Så fremt retten ikke har fastsatt et generelt rusforbud i dommen, er det ikke krav om rusfrihet utenom oppmøteperiodene, men bruk av ulovlige rusmidler regnes som et straffbart forhold. Det kreves mistanke om ruspåvirkning for at man kan gjennomføre utåndingstest. Positivt utslag på mer enn 0.2 i promille på utåndingstest regnes som

Promilleprogrammet skal gjennomføres med lav toleranse for brudd på vilkår.

et alvorlig brudd på reglene for promilleprogrammet. Utslag under 0.2 promille regnes som et mindre alvorlig brudd.

Ved utslag på alkometertesten bør målingen bekreftes ved at den også avleses av en annen tilsatt i friomsorgen. Domfelte må også gjøres kjent med resultatet, og få mulighet til å forklare seg om hendelsen.

Dersom domfelte mistenkes for å være påvirket av rusmidler, men det ikke gir utslag på utåndingsprøven, kan vedkommende være påvirket av andre typer av rusmidler. I henhold til kommentarene til forskrift § 8, er det også anledning til å avkreve urinprøve ved mistanke om ruspåvirkning. Det foreligger ikke hjemmelsgrunnlag for å avkreve blodprøve. Ved mistanke om ruspåvirkning, bør den domfelte uansett avvises (suspenderes) fra deltakelse i gruppebaserte samtaler.

Dersom domfelte nekter å avgi urin- eller utåndingsprøve for å avdekke ruspåvirkning, regnes dette som et alvorlig brudd på vilkårene for promilleprogrammet.

Dersom retten har gitt domfelte et generelt rusforbud under gjennomføringen av promilleprogrammet, må kriminalomsorgen sørge for å kunne undersøke om vilkåret om blir overholdt. Friomsorgen kan gjennomføre rutinemessige undersøkelser enten som stikkprøve eller ved mistanke. Slike kontroller må også kunne gjennomføres på kveldstid og i helger. Dette innebærer bl.a. at det må utarbeides rutiner for å kunne foreta uanmeldte besøk i hjemmet. Slike besøk må gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte, og det innebærer at de ikke må bli utført av en tilsatt alene. Et alternativ i disse tilfellene kan være at friomsorgen anmoder politiet om bistand.

Det bør også etableres rutiner som sikrer at politiet får melding om at vedkommende domfelte er underlagt rusforbud. Dette kan eksempelvis gjennomføres ved at politiet får oversendt vedtaket om rusforbud, og samtidig en anmodning om varsling til friomsorgen dersom domfelte påtreffes av politiet påvirket av rusmidler. Friomsorgen kan da raskt gjennomføre tester/prøver av domfelte for å få avdekket brudd på kravet om rusforbud.

9.5 Gjennomføring av straff utenfor fengsel etter § 16

I særlige tilfeller og på bestemte vilkår kan personer som gjennomfører straff i fengsel overføres til fortsatt gjennomføring utenfor fengsel. Det vil si at domfelte kan gjennomføre siste del av straffen i egen bolig under tett oppfølging av friomsorgen. Et av grunnvilkårene er at domfelte må avstå fra bruk av alle typer rusmidler, herunder alkohol.

For å sikre nødvendig oppfølging, skal domfelte som gjennomfører straff etter § 16 møte for friomsorgen eller annen offentlig person minimum en gang pr. uke. Det må etableres rutiner for at nødvendig kontroll av om forbudet mot bruk av rusmidler overholdes. Det må også lages avtaler med arbeidssted, skole etc. om tilbakemelding til friomsorgen hvis noe ureglementert skulle skje. Uanmeldte hjemmebesøk hos domfelte kan også foretas. Domfelte som gjennomfører straff etter § 16 kan således underlegges samme prosedyrer for ruskontroll som samfunnsstraffdømte med generelt rusforbud.

Etter retningslinjene er det lav terskel for tilbakeføring til fengsel dersom domfelte begår ny straffbar handling eller bryter fastsatte vilkår.

9.6 Ulike undersøkelser

9.6.1 Observasjon

I enhver kontakt med domfelte er det viktig å være oppmerksom på forhold som kan ha sammenheng med rusmiddelbruk. Dette kan være generell sløvhets, hygiene, merker etter sprøytstikk, brukerutstyr for narkotika osv. Se for øvrig kapitlene 6 og 7 om indikasjoner på rusmisbruk.

I Straffegjennomføringsloven § 56, 2. ledd står det: «Er det grunn til å anta at domfelte møter påvirket av berusende eller bedøvende midler, må kriminalomsorgen snarest undersøke forholdet. Den domfelte kan pålegges å avgi urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve eller å medvirke til andre undersøkelser som kan skje uten fare eller særlig ubehag.» Retningslinjene til Straffegjennomføringsloven beskriver at en «merkbar påvirkning ut fra en klinisk vurdering» er grunnlag for å pålegge videre undersøkelser. Den kliniske vurderingen i denne sammenheng vil dreie seg om observasjonen av domfelte, hvor det tas utgangspunkt i kunnskap om tegn og symptomer på rusmiddelbruk (se kapittel 7 om dette temaet).

Domfelte som gjennomfører straff etter § 16 kan således underlegges samme prosedyrer for ruskontroll som samfunnsstraffdømte med generelt rusforbud.

Hvis det er praktisk mulig, kan det være hensiktsmessig at en annen tilsett også observerer domfelte før det tas beslutning om videre undersøkelser. Dersom mistanken medfører krav om relativt inngripende tiltak som urin- eller blodprøve, kan det være greit at mistanken er styrket ved at den deles av flere. Grunnlaget for mistanken må også dokumenteres gjennom notat i journal.

9.6.2 Urinprøve

Urinprøve vil være egnet for bruk i friomsorgen først og fremst i de tilfeller hvor domfelte er gitt et generelt rusforbud i henhold til Straffegjennomføringsloven §§ 44, 55 eller 58, eller gjennomfører straffen etter § 16. Dette fordi en urinprøve måler «reststoffer» fra tidligere inntak av rusmidler, og graden av påvirkning på selve prøvetidspunktet blir ikke avdekket. Unntatt er utslag på stoffer med meget kort påvisningstid. Dette innebærer at utåndingsprøve for alkohol og blodprøve for andre stoffer eller medikamenter er de beste og mest hensiktsmessige undersøkelsesmetodene for å avdekke ruspåvirkning.

Det er for øvrig viktig at det er egnede lokaler tilgjengelig for gjennomføring av urinprøver. Her vises det til Straffegjennomføringsloven § 29 og retningslinjene til Straffegjennomføringsloven punkt 3.32.

9.6.3 Utåndingsprøve

Dersom det er mistanke om at en domfelt er påvirket av alkohol, vil det være tilstrekkelig å gjennomføre en utåndingstest av vedkommende. Alle friomsorgskontor skal ha tilgjengelig alkometer. Det bør være to tilsatte til stede ved gjennomføringen av utåndingstesten slik at promilleverdien kan avleses av begge tilsatte.

Dersom det er tvil om resultatet av testen, bør domfelte få anledning til å ta en ny utåndingstest etter 5 minutter. I mellomtiden kan domfelte få anledning til å drikke et glass vann. Dette for å motvirke muligheten for at inntak av pastiller eller annet skal kunne påvirke resultatet.

9.6.4 Blodprøve

Som nevnt ovenfor, er blodprøve den best egnede undersøkelse for å avdekke påvirkningsgrad av andre rusmidler enn alkohol. Blodprøve kan kun tas av helsepersonell, og eget analyseutstyr fra folkehelseinstituttet skal benyttes. Dette kan rekvireres fra den enkelte enhet. Den enkelte enhet bør også gjøre avtale med et lokalt legekantor i forbindelse med blodprøvetaking. Dette vil bidra til en smidigere gjennomføring med klare prosedyrer.

Blodprøve er den best egnede undersøkelse for å avdekke påvirkningsgrad av andre rusmidler enn alkohol.

9.7 Visitasjon

Det foreligger ingen hjemmel for friomsorgen til å foreta visitasjoner av domfelte eller vedkommendes bopel f.eks. i forbindelse med kontroll av rusforbud. Dersom det foreligger mistanke om eksempelvis besittelse av ulovlige rusmidler, må politiet varsles for eventuelt gjennomføring av ransaking ut fra politiets hjemmelsgrunnlag.

Litteraturliste

- AA – Anonyme alkoholikere. (1995). *12 trinn og 12 tradisjoner*. Oslo: AAs servicekontor
- Aanonsen, N. O. (2000). *ADHD: diagnose, klinikk og behandling av voksne*. Oslo: Gyldendal akademisk
- APA – American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV* (Norsk utg.). Oslo: Pilgrim Press
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hodge, R.D. (1990). Meta-analysis of treatment of programs for young offenders: The effect of clinically relevant treatment on recidivism, with controls introduced for various methodological variables. *Canadian Journal of program Evaluation*, 6, s. 87–109
- Aristoteles. (1999). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben dagens bøker
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger?: Studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug
- Bonsak, R. (2003). *Den deilige rusen. Fra venn til fiende*. [Våler i Solør]: Arena forlag.
- Bonta, J. (1997). *Offender rehabilitation: from research to practice. User report*. [Canada]: Solicitor General Canada
- Bretteville-Jensen, A.L. & Ødegård, E. (1999). *Injeksjonsmisbrukere i Norge*. Oslo: Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning. (SIFA-rapport nr. 4/99)
- BRÅ – Brottforebyggende rådet. (2005). *Kriminalvårdens særskilda narkotika satsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004*. (BRÅ-rapport nr. 3)
- Bullock, T. (2003). Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison. I: BRÅ. (2005). *Kriminalvårdens særskilda narkotika satsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004*. (BRÅ-rapport nr. 3)
- Christiansen, S.A. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet: Innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehoug
- Christie, N. (1982). *Pinens begrensning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christie, N. & Bruun, K. (2003). *Den gode fiende*. Oslo: Universitetsforlaget
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. Holt, Rhinehart & Wilston, New York
- EONN – Det europeiske overvåkningsorganet for narkotika og narkotikamisbruk. (2004). *Årsrapport 2004*

- Evensen, K. (2003). *The Fight against Isolation in the Network of Human and Non-Human Actors*. Oslo: Universitetet i Oslo. (Masteroppgave)
- Falshaw, L., Cann, J., Nugent, F. & Friendship, C. (2003). Understanding What Works: accredited cognitive skills programmes for adult men and young offenders. I: Home office. *Findings* 226
- Fekjær, H.O. (2004). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2006). *Rusmidler – Statistikk*. Lokalisert 29. mars 2006 på Verdensveven: www.fhi.no
- Forskrift til lov om straffegjennomføring av 22. februar 2002 nr. 18*. Justis- og politidepartementet
- Forskrifter om narkotika m.v. av 30. juni 1978 (narkotikalistene.)* Med hjemmel i lov om legemidler. Sosialdepartementet
- Forskrift om såvarer av 13.09.1999*. Landbrukstilsynet
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: University of Chicago Press
- Fridell, M. (1996). Institutionella behandlingsformer vid missbruk – Organisation, Ideologi och Resultat. Stockholm: Natur och Kultur
- Friestad, C. (2005). *Tilbudet til volds- og sedelighetsdømte. En gjennomgang av fem tiltalte*. Oslo: FAFO. (FAFO rapport nr. 488/2005)
- Friestad, C. & Hansen, I.L.S. (2004). *Levekår blant innsatte*. Oslo: FAFO. (FAFO rapport nr. 429/2004)
- Gad. (1999). *Gads rusmiddelleksikon*. København: G.E.C. Gads Forlag
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism. *Criminology*, 34, s. 575–607
- Hafseng, K. (1998). *Legemiddelavhengighet. Om utviklingen av avhengighet og hvordan vi kan møte problemet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Hauge, R. (2001). *Kriminalitetens årsaker: utsnitt av kriminologiens historie* (2. utg.). Oslo : Universitetsforlaget
- Hartelis, J. (2004). *Narkotika: dopningsmedel ock hälsofarliga varor*. Stockholm: Svenske Carnegie institute; Svenska narkotikapolisföreringen. Mediahuset i Göteborg
- «Helsepersonelloven» – *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Helsetilsynet. (2005). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere*. (Rapport nr. 4/2005)
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnarsson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004): *The ESPAD Report 2003*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN and Council of Europe.

- HM National Probation Service. (2002). *Offender Assessment System – OASys, User Manual*. Version 2. London: Home Office
- Home Office (2003). Lokalisert 20. mars 2006 på Verdensveven: <http://www.crimereduction.gov.uk/workingoffenders1.htm#principles>
- Hörnquist, M. (2003). Ingen højdare. Anstaltplacerte narkomaners syn på sin situasjon. *Nordisk tidsskrift for kriminalvitenskap*, 90, s. 113–128.
- Håkonsen, K.M. (2003). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Isdal, P., Dammann, B.B., Bergerud, K. & Killingstad, H. (2006). *Håndbok i studiegrupper om vold – kort versjon og lang versjon*. Oslo: KRUS
- Justis- og politidepartementet & Kommunenes sentralforbund (2005). *Avtale – bosetting ved løslatelse fra fengsel*. Lokalisert 20. mars på Verdensveven: <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/196449.823.reqtrrsdwb/boligavtale105.pdf>
- Kant, I. (1964). *Groundwork of the Metaphysics of Morals*. New York: Harper & Row
- Kider, S., MacKenzie, D.L., & Wilson, D.B. (2003). Effects of correctional boot camps on offending: a Campbell collaborative systematic review. I: BRÅ. (2005). *Kriminalvårdens særskilda narkotika satsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004*. (BRÅ-rapport nr. 3)
- Klein, S. (2005). *Lykkeformelen. Hvordan gode følelser oppstår*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- KSF – Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2002). *Retningslinjer til lov om gjennomføring av straff mv. og til forskrift til loven: Fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16. mai 2002 med hjemmel i forskrift til lov om straffegjennomføring av 22. februar 2002 § 7-1*. Oslo: KSF
- KSF – Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2002/2). *Om kontaktbe-
tjentarbeidet*. (Rundskriv 2/2002)
- KSF – Kriminalomsorgens sentrale forvaltning. (2005/2) *INFOFLYT – særskilt saksbehandlingsinstruks*. (Rundskriv 2/2005)
- KSF – Kriminalomsorgens sentrale forvaltning. (2005/G-3) *Informasjonsutveksling mellom kriminalomsorgen og politiet/påtalemyndig-
heten*. (Rundskriv G-3/2005)
- KRIPOS 2006 *Beslagsstatistikk*. Verdensveven: www.politiet.no
- KRUS. (1995). *Håndbok i Rif og Mitt valg* (norsk utg.). Oslo: KRUS
- «Legemiddeloven» – *Lov om legemidler av 4. desember 1992 nr. 132*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Lingås, L.G. (2000). Motiv og resultat: Om yrkesetikk i arbeid med rusmiddelmissbrukere. I: G. Heiene (Red.). *In Vino Veritas: Rusmidler og etikk*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Lunde, N.T. & Mæland, B. (Red.). (2006). *Militæretikk*. Oslo: Tapir Akademisk forlag
- Løgstrup, K.E. (1982). *System og symbol: Essays*. [København]: Gyldendal
- Løgstrup, K.E. (1999). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen forlag
- Mathiesen, T. (1995). *Kan fengsel forsvares?* Oslo: Pax
- MacKenzie, D.L., Shaw, J.W. & Gowdy, V. (1993) The impact of shock incarceration on technical violations and new criminal activities. *Justice Quarterly*, 10, s. 463–87
- MacKenzie, D.L., Mitchell, O. & Wilson, D.B. (2002). *The effectiveness of incarceration-based drug treatment on offending and drug use: An empirical synthesis of the research*.
- I: BRÅ. (2005). *Kriminalvårdens særskilda narkotika satsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004*. (BRÅ-rapport nr. 3)
- MacKenzie, D. L. & Shaw, J.W. (1993). The impact of shock incarceration on technical violations and new criminal activities. *Justice Quarterly*, 10, 463–87
- Melberg, H.O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. Oslo: Statens Institutt for rusmiddelforskning. (SIRUS-rapport nr. 4/2003)
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford
- Narkotikakonvensjonen av 1961*. (Single conventions on narcotic drugs). United Nations
- Nesvik, S. (2001). *Ikke-residiv som suksesskriterium: en kritisk analyse av bruken av metaanalyser i kriminalomsorgsvirksomhetens behandling av tilbakefallsproblematikken*. Oslo : [S. Nesvik]
- Nesvik, S. (2005). *TOG – et sammendrag*. Oslo: KRUS. (Rapport)
- Pallone, N.J. (2003). Treating Substance in Correctional Contexts: New Understandings, New Modalities. *Journal of offender Rehabilitation*. Volume 37, Numbers ¾
- «Pasientrettighetsloven» – *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127 (i kraft 1. januar 2001) samt forskrifter* Oslo: Cappelen akademisk 2001
- «Politiloven» – *Lov om politiet av 4. august 1995 nr. 53*. Justis- og politidepartementet
- «Psykisk helsevernloven» – *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Psykotropkonvensjonen av 1971*. Conventions on psychotropic substances. United Nations
- Påtaleinstruksen* (Kgl. Res. 28.juni 1985 nr. 1679). Justis- og politidepartementet.
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–05*

- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–08*
Rundskriv G-10/2002. Anvendelsesområde, innhold og gjennomføring av promilleprogram. Justis- og politidepartementet.
- Rundskriv G-4/2006. Proveordningen med promilleprogram – forlen- gelse.* Justis- og politidepartementet.
- Rusmiddeldirektoratet & Justisdepartementet (1991) *Stoff om stoff.* (opplæringspakken)
- Ruud, T. & Reas, D. (2003). *Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbru- kere.* Oslo: SINTEF, Unimed. (SINTEF Unimed rapport nr. STF78 A035003)
- Samarbeidsavtale mellom aetat & kriminalomsorgen 2005.* Lokalisert 20. mars 2006 på Verdensveven: <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/196449.823.reqtrrscdw/boligavtale105.pdf>
- Sealock, M.D., Gottfredson, D.S. & Gallagher, C.A. (1997). Drug treat- ment for juvenile offenders: Some good and bad news. *The journal of reasearch in Crime and Delinquency*, Vol. 34, No. 2, s. 210–236
- Sherman, L.W., Farrington, D.P., Welsh, B.C. & MacKenzie, D.L. (2003). *Evidence-Based Crime Prevention* (Dig. ed). USA/Canada: Routledge
- SIRUS – Statens Institutt for rusmiddelforskning. (2005). *Rusmidler i Norge.* Oslo: Statens Institutt for rusmiddelforskning
- SIRUS – Statens Institutt for rusmiddelforskning. (2006). *RusStat (Rus- middelstatistikk på nett).* Lokalisert 20. mars 2006 på Verdensveven: <http://statistikk.sirus.no/sirus/index.jsp>
- Skardhamar, T. (2002). *Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler.* Oslo: [T. Skardhamar]. (Hovedfagsoppgave i kriminologi – Universitetet i Oslo)
- Skog, O.J. (1990). *Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk – anslag for insidens og prevalens.* Oslo: Statens Institutt for rusmiddelforsk- ning. (SIFA-rapport nr. 1/1990)
- Skretting, A. & Bye, K.A. (2003). *Bruk av rusmidler blant norske 15–16 åringer. Resultater fra den norsk delen av de europeiske skoleunder- søkelsene – ESPAD 1995, 199, 2003.* Oslo: Statens Institutt for rus- middelforskning. (SIRUS-rapport nr. 5)
- Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Fredricson, B.L. & Loftus, G.R. (2003). *Atkinson & Hilgard's Introduction to psykology* (14th ed.) USA: Wadsworth/Thomson Learning Inc.
- Smith, P., Goggin, C. & Gendreau, P. (2004). The effects of prison sen- tences and intermediate sanctions on recidivism: General effects and individual differences. I: BRÅ. (2005). *Kriminalvårdens særskilda nar- kotika satsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004.* (BRÅ-rapport nr. 3)
- Smith-Solbakken, M. & Tunglund, E.M. (1997). *Narkomiljøet. Øko- nomi, kultur og avhengighet.* Oslo: Ad Notam Gyldendal

- «Smittevernloven» – *Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5. august 1994 nr. 55*. Helse- og omsorgsdepartementet
- «Sosialtjenesteloven» – *Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. (Rundskriv I-35/2000, revidert i I-33/2001).
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Fakta om narkotiske stoffer*
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Veileder for fengselshelsetjenesten*. Norge: Sosial- og helsedirektoratet
- SSB – Statistisk sentralbyrå (2006). *Kriminalstatistikken*. Lokalisert 20.mars 2006 på Verdensveven: <http://www.ssb.no/03/05>
- Statens rettsstoksikologiske institutt. (1999). *Tegn og symptomer på Rusmiddelbruk*. Oslo: Statens rettsstoksikologiske institutt
- St.prp. nr.1 (2005–2006): for budsjetterminen 2005* / Justis- og politidepartement
- «Straffegjennomføringsloven» – *Lov av 18. mai 2001 nr 21: Om gjennomføring av straff mv*. Oslo: Cappelen/Lovdata
- «Straffeloven» – *Almindelig borgerlig straffelov av 22. mai 1902 nr 10: med endringer, sist ved lover av 20. mai 2005 n.r 29 og av 4. mars 2005 nr. 11 (i kraft 1. september 2005); Lov om straffelovens ikrafttreden av 22. mai 1902 nr. 11 ; med endringer, sist ved lov av 4. august 1995 nr. 53 (i kraft 1. oktober 1995)*. Oslo: Cappelen akademisk 2005
- Strategi for for faglig virksomhet i krimnalomsorgen 2004–2007
- Syse, A. (2004). *Pasientrettighetsloven: med kommentarer* (2. rev. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Syse, H. (2005). *Veier til et godt liv: Filosofiske tanker om hverdagslivets etikk*. Oslo: Aschehoug
- Syse, H. (2003). *Rettferdig krig?: Om militærmakt, etikk og idealer*. Oslo: Aschehoug
- Tjersland, O.A. (1995). *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikollektivet*. Oslo: Sosial- og helse departementet.
- Ursin, H. & Zahl-Begnum, O.H. (2002). *Biologisk Psykologi*. Oslo: Tano AS
- «Veitrafikkloven» – *Vegtrafikklov av 18. juni 1965 nr. 4*. Samferdselsdepartementet
- Vetlesen, A.J. (Red.). (1998). *Dydsetikk*. Oslo: Humanist forlag
- Wheeler, S. & Leonard S.C. (1961). *Juvenile delinquency: Its prevention and control*. New York Russel Sage Foundation
- World Health Organization, WHO (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Ødegaardshaugen, A. (2005). *Løslatelse fra fengsel. Om hvordan det mulige kan bli umulig*. Universitetet i Oslo: Institutt for kriminologi og retts sosiologi. (Hovedfagsoppgave i kriminologi)
- Øiseth, O.V., Kjeldsen, T. & Sundvoll, A. (1999). *Tegn og symptomer på misbruk av narkotika eller andre rusmidler* (2. utg.). Nesbru: Vett og Viten AS
- Øiseth, O.V., Kjeldsen, T. & Sundvoll, A. (2004). *Illustrert informasjonsmateriale om narkotika, alkohol og doping*. (4. utg.). Norsk narkotikapolitiforening
- Årsmelding OASys prosjektet 2005. Kriminalomsorgens utdanningscenter 2006

Stikkord

§ 12

Straffegjennomføringsloven 58

Numerics

2C-B (bromdimetoksyfenetylamin) 113

A

abstinens 71

abstinenssymptomer

barbiturater 94

benzodiazepiner 96

cannabis 92

GHB 101

ketamin 115

løsemidler 99

opioider 108

abyssinsk te 125

acetylkolin 65

additiv virkning 69

aerosoler 98

alkohol 26, 86, 87

alkoholavhengighetssyndrom 27

alkoholforgiftning 88

alkoholholdige drikker 86

alkoholisme 27

alkoholkonsum 24

alkoholloven 88

alkoholomsetningen 27

alkoholproblem 27

alkoholpromillen 87

alkoholrus 87

alopam 97

alternative straffereaksjoner 20

amfetamin 117

androgen-anabole steroider (aas) 126

anerven 94

anestetiske gasser 98

ansvarsforhold 34

APA 1997 21

apodorm 97

arabisk te 125

arbeid etter løslatelsen 35
avdekke rus symptomer 77
avhengighet 71

B

barbiturater 93
begrepet narkotika 32
behandling 20
behovsprinsippet 49
bensin 98
benzodiazepiner 95
beroligende medikamenter 95
beslag
 i fengslene 28
 mengde 22
beslaglagte mengder 23
beslaglagte rusmidler
 håndtering av 133
besøkende
 undersøkelse av 138
besøkendes vandel 139
besøkskontroll 133
blandingsmisbruk 69
blodprøve 82, 162
bolig, hjelp til å skaffe 35
brennevin 86
buprenorfin 102, 106
butan 98

C

cannabinoider 89
cannabis 89
cannabis sativa 89
cannabisharpiks 89
cannabisolje 89
cannabisrus 92
chillumpiper 92
crack 121

D

de tyngste misbrukerne 25
dekstropoksyfen 106
delirium tremens 88
dempende stoffer 67
designer drugs 110

det perifere nervesystemet 62
deteksjonsspray 133
diacetylmorfin 105
diagnosesystemene 21
diagnosesystemet DSM-IV 21
diagnosesystemet ICD-10 21
DMT (dimetyltryptamin) 111
DOB (bromdimetoksyamfetamin). 113
dolcontin 104
DOM (dimetoksymetylamfetamin), 112
dopamin 66
dopingpreparater 126
dormicum 97
dyd 43
dydsetikken 43
dødelighetsmultiplikatoren 26
døgninstitusjon 58

E

ecstasy 112
ecstasy 110
ecstasybølgen 23
eddiksyreanhydrid 105
endorfiner 66
endringsfokuset rådgivning 60
englestøv 113
etikk 38
eufori 118

F

fenemal 94
fentanyl 106
flunipam 97
flyktige løsemidler 98
forhåndsvarslede fremstillinger 134
formål, kriminalomsorgens 18
forvaltningsloven 33
forventninger til kriminalomsorgen 40
fremstilling 134

G

gammahydroksybutyrat
GHB Se
gasser 98

GHB 100
gjennomlysningsutstyr 138

H

hallusinasjoner 109
hallusinogene stoffer 67, 109
hasjisj 89
helsebehandling 34
helsepersonelloven 34
helseskader 27
helsetjenesten 34
heroin 102–103, 105
heroinmiljøer 23
heroinomsetning 23
hjernesubstans
 svinn av 99
hjerterytmeforstyrrelser 99
horisontal nystagmus 80
hund
 bruk av 133
hurtigtest 143

I

ice 120
ikkekriminogene behov 49
illegale rusmidler 21
illusjoner 109
imovane 97
importmodellen 34
indikasjoner på misbruk 74
indisk hamp 89
individuelle planer 58
injeksjon 74
inntaksmåter 73

K

Kant 40
kartlegging
 av rusmiddelbruk 19
katin 125
katinon 125
ketalar 113
ketamin 113
ketobemidon 106
ketodur 106

ketogan 106
ketorax 106
khat 124
khatplanten 124
khatrøyking 125
klassiske dyder 45
kloroform 98
kodein 102, 104
kognitive rusprogrammer 53
kokain 121
kokainbase 121
kokainklorid 121–122
kokapasta 121, 123
kollektiv 52
kommunikasjonskontroll 133
konsekvensetikken 41
kontaktbetjentordningen 57
kontrolltiltak 32
kriminalomsorgens offisielle statistikk 28
kriminogene behov 49
Kriposstatistikken 22
kriterier for klassifisering 21
kroppsvistasjon 134
kroppsvistasjon uten avkledning 137

L

lakk 98
LAR, legemiddelassistert rehabilitering 34
legale rusmidler 20
legemiddelassistert rehabilitering 23, 34
legemiddelassisterte rehabiliteringstiltak 23
legemiddeloven 32
legemidelmisbruk 28
legemidler 28
legitimasjon
ved besøk 139
lettøl 86
levekårsundersøkelsen fra 2004 132
lever- og nyreskader 99
leverchirrose 27
lightergass 98
lim 98
lover og retningslinjer 32
LSD 109

LSD (lysergsyredietylamid) 112

lystgass 98

løsemidler og gasser 98

M

maksimumsstraff 20, 32

maling 98

marduuf 125

marihuana 89

MDA (metylendioksyamfetamin) 112

MDEA (metylendioksyetylaminfetamin), 112

MDMA (metylendioksymetamfetamin) 112

medikamentavhengighet 28

medisinske tilstander som ligner rus 76

meldrøye 109

menneskeverd 40

meprobamat 93

meskalin 110

metadon 102, 106

metadonbehandling 48

metalldetektor 138

metamfetamin 119

meta-analyse 48

miljøarbeid 57

misbruk 28

mogadon 97

moral 38

moralsk ansvar 39

morfin 102–103, 104

morfinklorid 104

morfinsulfat 104

motgift

ved forgiftninger med metanol 88

motiverende samtale 60

mysoline 94

møtepliktsperiode 156

N

narkotikabegrepet 21

narkotikabeslag 22

narkotikahund 139

narkotikakontroll i fengslene 132

narkotikalista 32

narkotikapolitisk fundament 20

narkotikaprogram med domstolskontroll 20
 (ND) 56
narkotikarelaterte dødsfall 26
NARKSYS-register 26
naturlige hallusinogener 109
nedkriminaliseringstrend 20
nervesystemet 62
netherweed 89
nevrontransmittere 63
noradrenalin 65
nystagmus 80

O

OASys 55
observasjon 161
opioider 102
opium 102, 103
opiumsrøyking 102
opiumsvalmuen 102
oralt inntak 73
overdose 72

P

partydopere 28
pasientrettighetsloven 21, 58
PCP (Phencyklidin) 113
pentazocin 106
personlighetsforandring 114
personsøk med hund 147
petidin 102, 106
peyote 109–110
pliktetikk 39
politiloven 33
positive urinprøver 28
postsendinger
 til og fra innsatte 148
preludin 117
promilleprogram 152, 159
prøveløslatelse 156
psilocin 111
psilocybin 111
psykedeliske stoffer 109
pulsfrekvensen 79
pupillenes reaksjon på lys 79
pupillereaksjon 79

pupillestørrelsestest 79
pupillometer 78
pupillstørrelse 78
påvirkning
 av hjerneaktiviteten 18
påvirkningstid
 amfetamin 83
 benzodiazepiner 83
 buprenorfinl 83
 cannabis 83
 diazepam 83
 ecstasy 83
 etanol 83
 flunitrazepam 83
 GHBI 83
 kokain 83
 metadon 83
 opiater 83
påvisningstid 83

R

ransaking av rom 142
rehabiliterende tiltak 33
rehabilitering 20, 33
rekreasjonsbruk 28
responsivitetsprinsippet 49
risikoprinsippet 49
ritalin 117
rivotril 97
rohypnol 96
Rombergs test 81
romkontroll 141
romundersøkelser 142
rus 28
rusforbud 158
rusmestringsenheter 59
rusmidler 18
ruspolitiske handlingsplaner 20
russymptomer 69
røntgenportaler 133
røyking/inhalering 74

S

samarbeid 34
samarbeidsavtale med aetat 35

samfunnsproblem 19
samfunnsstraff 152
sansebedrag 109
sanseoppfatning 18
sederende virkning 69
selvbegrensning 45
sentralnervesystemet 62
serepax 97
serotonin 66
signalstoffer 65
SIRUS' ungdomsundersøkelse 25
skadeomfanget knyttet til narkotika 21
skadereduksjon 20
skjelving 73, 77, 88, 99
skoleundersøkelser (ESPAD) 25
skunk 89
smertedempende stoffer 102
smertestillende medikamenter 105
smittevern 34
smittsomme sykdommer 34
sniffemidler 98
sniffing 73
sobril 97
sovemedisiner 95
spesialtoalett 144
spiss fleinsopp 109, 111
spraybokser 98
sprøytemisbrukere 26
statistikk, kriminalomsorgens 28
stemningsleie 18
stesolid 96
stikkmerkeundersøkelsen 26
stilnoct 97
stimulerende stoffer 67
storkonsument 27
straffeansvar 32
straffgjennomføring 18
straffgjennomføringsloven 32–33
straffeloven § 162 32
straffenivået 20
straffens formål 19
strafferammen 20
straffereaksjon 20
strafferettslige reaksjoner 20

syntetiske amfetaminderivater 112
syntetiske hallusinogener 109
syntetiske opioider 105
søvnfremkallende midler. 93

T

taushetsplikt 33
teknisk utstyr 138
telefonkontroll 149
terapeutiske samfunn 51
testosteron 127
thai-sticks 89
THC 89
tilbakefallsreduksjon 50
tiltak overfor gjengangere
(TOG) 56
TMA (trimetoksyamfetamin) 112
toleranse 71
transmitter 65
tynnere 98

U

ungdom, bruk av rusmidler 24
urin-, blod- og utåndingsprøver 82
urinprøver 28, 162
urinprøvetakning
gjennomføring av 144
utåndingstest 162

V

valium 96
vannpiper 92
verksbetjentene 57
vertikal nystagmus 80
vin 86
virkning
på hjernefunksjonen 18
visjonen om et narkotikafritt samfunn 20
vival 96

X

xanor 96

Y

YABA 119

Z

zolpidem 97

Ø

øl 86

Å

årlige ungdomsundersøkelser 25

